seguros de vida alfa s.a.

PÓLIZA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES

VIGENCIA DESDE:	HASTA:

PÓLIZA No. :

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES AQUÍ ESTIPULADAS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA AL OCURRIR CUALQUIER HECHO CUBIERTO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA.

AMPAROS:

LA PRESENTE PÓLIZA OFRECE LOS SIGUIENTES AMPAROS, CUANDO ASÍ SE HAYAN INCLUIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA:

- MUERTE ACCIDENTAL (amparo básico).
- DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.
- RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE.
- REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.
- BENEFICIO DIARIO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.
- DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE ESPECÍFICO.
- COBERTURA AMPLIA DE VUELO.

1. MUERTE ACCIDENTAL (AMPARO BÁSICO)

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MAS ADELANTE, ESTA PÓLIZA CUBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO OCASIONADA POR UN ACCIDENTE

AMPARADO POR ESTE SEGURO Y SE PRESENTE DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, EXTERNO, VIOLENTO, VISIBLE, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA EN LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL MISMO CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS, LESIONES CORPORALES O PERTURBACIONES FUNCIONALES INDICADAS EN LA PÓLIZA Y VERIFICABLES MEDIANTE EXAMEN MEDICO.

DESAPARECIMIENTO:

PARA EFECTOS DEL AMPARO BÁSICO, SE ENTENDERÁ TAMBIÉN COMO MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN SEÑALADOS, QUE DE ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

a) LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS.

b) LA DESAPARICIÓN EN UN RIO, LAGO O MAR.
c) LA DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO, RESPECTO DEL CUAL NO

EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

2. AMPAROS OPCIONALES

2.1. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

ESTE AMPARO CUBRE LA PÉRDIDA DE MIEMBROS, ÓRGANOS O FACULTADES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, DESCRITAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES QUE ADELANTE SE ESTIPULAN, SIEMPRE QUE TALES PÉRDIDAS SEAN COMPROBABLES MEDIANTE DICTAMEN MÉDICO, SE PRODUZCAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SE MANIFIESTEN DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

RIESGOS AMPARADOS SUMA INDEMNIZABLE

A. Por pérdida de ambas manos o ambos pies o de una mano y un pie: 100% del Valor Asegurado.

B. Por pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos: 100% del Valor Asegurado.

C. Por pérdida total e irreparable de la visión por un ojo junto con la pérdida de una mano o un pie: 100% del valor Asegurado.

D. Por la pérdida total e irreparable del habla o de la audición por ambos oídos: 100% del valor Asegurado.

E. Por pérdida de una mano o de un pie: 60% del valor Asegurado.

F. Por pérdida total e irreparable de la visión por un ojo: 60% del valor Asegurado.

G. Por pérdida del dedo pulgar de una de las manos, siempre que comprenda la totalidad de las 2 falanges: 20% del valor Asegurado.

H. Por pérdida del dedo índice de una de las manos, siempre que comprenda la totalidad de las 3 falanges: 15% del valor Asegurado.

I. Por pérdida de uno cualquiera de los restantes dedos de las manos siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges de cada uno: 10% del valor Asegurado.

J. Por pérdida de cada uno de los dedos del Pie: 5% del Valor Asegurado.

K. Por enajenación mental que impida todo trabajo: 100% del valor asegurado.

PARÁGRAFO:

a) Se entiende por valor asegurado aquel que figura para este Anexo en el Cuadro de Amparos y Valores Asegurados de la carátula de la Póliza.

b) Para todos los efectos de la presente condición se entiende por pérdida de la mano la amputación que se verifique a la altura de la muñeca y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SUFRIDA POR EL ASEGURADO, COMPROBABLE MEDIANTE DICTAMEN MÉDICO, QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN

ACCIDENTE AMPARADO Y OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE AQUELLA SUFRIDA POR EL ASEGURADO QUE LE IMPIDA DE POR VIDA DESEMPEÑAR CUALQUIER OCUPACIÓN O EMPLEO REMUNERADO.

La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al Seguro de Vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad o viceversa, la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado.

2.3. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

ESTA COBERTURA INICIA TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MÁS ADELANTE, CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE QUE TAL INCAPACIDAD SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

CUANDO EL ASEGURADO APORTE PRUEBAS FEHACIENTES QUE DETERMINEN LA EXISTENCIA DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, LA COMPAÑÍA LE PAGARA CADA MES Y MIENTRAS LA INCAPACIDAD SUBSISTA, EL VALOR ASEGURADO POR RENTA DIARIA QUE FIGURE EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARATULA DE LA PÓLIZA, SIN EXCEDER DE 365 DÍAS EN TOTAL, NI DEL 100% DE LAS RENTAS PROPIAS DE SU TRABAJO, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE LA INCAPACIDAD.

EL PRESENTE AMPARO TIENE UN PERIODO DE DEDUCIBLE POR EVENTO DE CINCO (5) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE CERTIFIQUE LA INCAPACIDAD.

TRANSCURRIDO DICHO TÉRMINO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN POR EL PERIODO POSTERIOR, SIN

EXCEDER LOS LÍMITES SEÑALADOS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

2.4. REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MAS ADELANTE, ESTE AMPARO CUBRE HASTA LA CONCURRENCIA DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARATULA DE LA PÓLIZA, LOS GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIOS Y FARMACÉUTICOS QUE DEBA SUFRAGAR EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SE PRODUZCAN DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

PARA EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTENDERÁ POR GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIOS O FARMACÉUTICOS, AQUELLOS NECESARIOS Y AUTORIZADOS POR EL MEDICO PARA LA ATENCIÓN O CURACIÓN DE LAS LESIONES O HERIDAS PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.

EL PRESENTE AMPARO SOLO OPERARA, PARA AQUELLOS EVENTOS EN LOS CUALES EL TOMADOR O ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, ESTANDO OBLIGADO A ELLO SEGÚN LA LEY O EN SU

DEFECTO, A ALGUNO DE LOS REGÍMENES DE EXCEPCIÓN CONSAGRADOS EN EL ARTICULO 279 DE LA LEY 100 DE 1993, PARA LO CUAL DEBERÁ INFORMAR EL NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO.

EL TOMADOR / ASEGURADO ESTÁN FACULTADOS PARA ELEGIR DE MANERA LIBRE Y ESPONTÁNEA LA UTILIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL EN EL EVENTO DE SINIESTRO.

2.5. BENEFICIO DIARIO DURANTE HOSPITALIZACIÓN

SI A CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD OCURRIDO(S) MIENTRAS ESTA PÓLIZA ESTÉ EN VIGOR, EL ASEGURADO ES INTERNADO NECESARIA Y CONTINUAMENTE EN UN HOSPITAL (SEGÚN AQUÍ SE DEFINE) COMO PACIENTE, POR MAS DE 24 HORAS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL BENEFICIO DIARIO DE HOSPITALIZACIÓN INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO ESTÉ HOSPITALIZADO, COMENZANDO DESDE EL PRIMER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN DESPUÉS DEL PERIODO DEDUCIBLE (SI SE INDICARA EN DICHA TABLA) SIN EXCEDER UN MÁXIMO DE 30 DÍAS INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

TODA INDEMNIZACIÓN O PAGO QUE SE HAGA DE CONFORMIDAD CON ESTE AMPARO, CAUSARÁ UNA DISMINUCIÓN EN EL VALOR ASEGURADO POR UN VALOR IGUAL A LA SUMA INDEMNIZADA O PAGADA.

2.6. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE ESPECÍFICO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, SI LA MUERTE ACCIDENTAL FUERE CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

2.6.1. MIENTRAS EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN LA PARTE CERRADA DE UN VEHÍCULO DE SERVICIO PÚBLICO, EXCEPTUANDO AERONAVES.

2.6.2. MIENTRAS EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO DE UN ASCENSOR PÚBLICO CON EXCLUSIÓN DE LOS ASCENSORES DE MINAS O EDIFICIOS EN CONSTRUCCIÓN

2.6.3. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN UN EDIFICIO AL INICIARSE EN ÉSTE UN INCENDIO.

2.6.4. POR LA EXPLOSIÓN DE UNA CALDERA DE VAPOR.

2.6.5. POR HURACÁN O TORNADO.

2.6.6. POR LA CAÍDA DE UN RAYO.

2.7. COBERTURA AMPLIA DE VUELO

EL PRESENTE AMPARO CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN HELICÓPTEROS O VUELOS PARA LOS CUALES NO EXISTAN ITINERARIOS REGULARES DEBIDAMENTE PUBLICADOS, SIEMPRE Y CUANDO:

2.7.1. ASÍ SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, NO OBSTANTE LO MANIFESTADO EN EL NUMERAL 3.9

2.7.2. LA EMPRESA TRANSPORTADORA SE ENCUENTRE AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL EN EL PAÍS DE SU REGISTRO.

2.7.3. LA AERONAVE NO SE ENCUENTRE VINCULADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTIVIDADES AL MARGEN DE LA LEY.

3. EXCLUSIONES

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO LA PRESENTE PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR LOS PERJUICIOS RESULTANTES DE LESIONES CORPORALES PRODUCIDAS POR O RESULTANTES DE:

3.1. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, INVASIONES, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS Y HOSTILIDADES (MEDIE DECLARACIÓN DE GUERRA O SIN ELLA), MOTÍN, HUELGA, ALBOROTOS A MENOS QUE ESTOS ÚLTIMOS TENGAN SU ORIGEN EN EL

ACCIDENTE MISMO, LEVANTAMIENTO MILITAR, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO.

3.2. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO.

3.3. LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO.

3.4. HOMICIDIO Y LESIONES EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, SALVO QUE EL BENEFICIARIO PRESENTE FALLO DE AUTORIDAD COMPETENTE QUE CALIFIQUE EL HECHO COMO HOMICIDIO O LESIONES CULPOSAS, O LESIONES O MUERTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO U HOMICIDIO EN CASO DE HURTO SIMPLE O CALIFICADO.

3.5. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS, DROGAS TÓXICAS O DROGAS HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y SOLO EN LOS CASOS EN LOS QUE LA PÉRDIDA SE PRODUZCA COMO CAUSA DIRECTA DE ESTE HECHO.

3.6. ENFERMEDADES FÍSICAS O MENTALES DEL ASEGURADO, CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VARICES, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR ESTE SEGURO, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL) NI LOS EFECTOS SÍQUICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ACCIDENTE.

3.7. REACCIONES O RADIACIÓN NUCLEAR, INDIFERENTEMENTE DE

COMO SE HUBIERE ORIGINADO.

3.8. ACCIDENTES DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, O EN AERONAVES NO AUTORIZADAS OFICIALMENTE PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EN EL TRANSPORTE DE PASAJEROS, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS PAGANDO TIQUETE.

3.9. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESENTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORE A CUALQUIER CUERPO ARMADO, LA COMPAÑÍA LE DEVOLVERÁ LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL LAPSO DE DURACIÓN DE DICHO SERVICIO, LIQUIDADA A PRORRATA.

3.10. TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS O CONVULSIONES DE LA NATURALEZA

DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

3.11. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, CIRUGÍA PLÁSTICA A MENOS QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, Y EN GENERAL TODA OPERACIÓN QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

3.12. TAMPOCO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CUANDO LOS GASTOS SEAN ORIGINADOS EN EL SUMINISTRO DE

PRÓTESIS, EN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO O EN REPOSICIÓN DE PIEZAS DENTALES NATURALES O POSTIZAS.

3.13. CUANDO LA MUERTE SE ORIGINE EN ACCIDENTES OCURRIDOS O POR ENFERMEDADES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR TRATARSE DE UN HECHO CIERTO, NO ES ASEGURABLE, POR EXPRESA DISPOSICIÓN DEL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

3.14. COBERTURA DE INVALIDEZ PROFESIONAL.

3.15. RIESGOS ESPECIALES TALES COMO: MINEROS, BUCEADORES, TRABAJADORES EN EXPLORACIONES, PERFORACIONES Y/ PRODUCCIÓN PETROLÍFERA.

3.16. TRIPULANTES DE BARCOS Y AERONAVES.

3.17. CARRERAS AUTOMOVILÍSTICAS, RALLIES Y SIMILARES.

3.18. EQUIPOS PROFESIONALES DE DEPORTES, SERVICIOS U OPERACIONES DE DEPORTES.

4. DEFINICIONES

TOMADOR: ES LA PERSONA QUE TRASLADA LOS RIESGOS Y ES EL RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS PRIMAS. SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, EN TODOS LOS CASOS EN QUE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO ESPECIFICADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA SEAN PERSONAS DISTINTAS, SE ENTENDERÁ QUE EL TOMADOR ACTÚA POR CUENTA PROPIA SIENDO DE SU CARGO POR LO TANTO, EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES QUE COMO TAL LE CORRESPONDEN DE ACUERDO CON LA LEY Y EL PRESENTE CONTRATO.

GRUPO ASEGURABLE: LO CONFORMAN AQUELLAS PERSONAS CUYA EDAD SE ENCUENTRE COMPRENDIDA ENTRE LOS 16 Y LOS 69 AÑOS Y NO PADEZCAN DE PARAPLEJÍA, CUADRIPLEJÍA, SORDERA, CEGUERA, EPILEPSIA, DIABETES, APOPLEJÍA, ATAQUES DE DELÍRIUM TREMENS, SONAMBULISMO, SÍNCOPES, VÉRTIGOS, ENFERMEDADES MENTALES O ENFERMEDADES CORONARIAS.

SI SE LLEGARE A SUSCRIBIR EL CONTRATO DE SEGURO FUERA DE LOS LÍMITES DE EDAD O PARA ALGUNA PERSONA QUE PADEZCA DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, EL CONTRATO NO TENDRÁ EFECTO ALGUNO Y DARÁ LUGAR A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

ENFERMEDAD: SIGNIFICA CUALQUIER ALTERACIÓN DE LA SALUD DE UNA PERSONA, RESULTADO DE LA ACCIÓN DE AGENTE PATÓGENO CON RELACIÓN AL ORGANISMO, QUE CONDUZCA A UN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO CONTRAÍDA POR LA PERSONA ASEGURADA Y QUE HAYA EMPEZADO DESPUÉS DE LA FECHA EFECTIVA DE ESTA PÓLIZA.

HOSPITAL: ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE REGISTRADO Y AUTORIZADO QUE REÚNA LAS CONDICIONES EXIGIDAS PARA ATENDER A LOS ENFERMOS. NO SE CONSIDERARA CENTRO HOSPITALARIO PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS: INSTITUCIONES MENTALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS; LUGARES DE REPOSO; CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS Y LUGARES DONDE SE PROPORCIONA TRATAMIENTOS NATURISTAS.

LESIONES: LAS LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR MEDIOS EXTERNOS, DE UN MODO VIOLENTO, ACCIDENTAL E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHAS LESIONES SE MANIFIESTEN POR CONTUSIONES O HERIDAS (EN LOS CASOS DE AHOGAMIENTO O LESIÓN INTERNA, LA LESIÓN CORPORAL DEBE SER DETECTADA EN LA AUTOPSIA).

ACCIDENTES: TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO.

5. CALIDAD CON QUE ACTÚA EL TOMADOR

Salvo estipulación expresa en contrario, en todos los casos en que el Tomador y el Asegurado especificados en la presente Póliza sean personas distintas, se entenderá que el Tomador actúa por cuenta propia siendo de su cargo, por lo tanto, el cumplimiento de todas sus obligaciones que como tal le corresponden de acuerdo con la Ley y el presente Contrato.

6. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y DEL BENEFICIARIO

Las obligaciones que en la Ley y el presente Contrato se imponen al Asegurado, se entenderán a cargo del Tomador o Beneficiario cuando sean estas personas las que estén en posibilidad de cumplirlas.

7. PERIODO DE CARENCIA

Corresponde al período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un siniestro. El período de carencia será el indicado expresamente en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

8. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado individual se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la Póliza. En cada anualidad el valor asegurado de cada amparo se aumentará automáticamente en una suma igual al incremento porcentual señalado en la carátula de la póliza. Durante cada vigencia de la póliza el valor asegurado se mantendrá constante.

9. VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el certificado individual de seguro.

10. PAGO DE LA PRIMA

Salvo estipulación expresa en contrario, el pago de la prima deberá hacerse de contado y dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Durante este tiempo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurre algún siniestro la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes en la respectiva anualidad.

11. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas son anuales pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales

o mensuales mediante la aplicación de recargos del 4%, 6% y 10% respectivamente.

12. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del Límite Agregado de Responsabilidad estipulado en la carátula de la Póliza.

Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar la Compañía como consecuencia de un solo accidente, excediere el expresado Limite Asegurado de

Responsabilidad, la Compañía pagará a cada Asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al Limite Agregado de Responsabilidad.

13. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

Salvo lo previsto en el artículo 1153 del Código de Comercio, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que Seguros de Vida Alfa S.A. tenga derecho a exigirlas.

14. DEDUCIBLE

Respecto de cada reclamación, serán de cuenta del Asegurado las sumas o periodos de incapacidad que específicamente se estipulen como deducibles de la presente Póliza.

15. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA.

El tomador o el asegurado, según el caso, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Seguros de Vida Alfa S.A. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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

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

16. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DE RIESGOS Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El tomador o el Asegurado, según sea el caso, tienen la obligación de mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán informar por escrito a la compañía sobre hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, así como del acontecimiento de cualquier hecho que signifique agravación del riesgo.

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

modificación. La falta de notificación oportuna, produce la terminación del contrato, pero solo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a la compañía, a retener la prima no devengada.

Notificada la modificación del riesgo, la compañía, podrá revocar el contrato, o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

17. COEXISTENCIA DE SEGUROS

A este respecto y, exclusivamente, para los amparos que tengan carácter indemnizatorio, según el artículo 1140 del Código de Comercio, el asegurado deberá informar por escrito a la compañía, los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de un término de diez (10) días a partir de su celebración (Artículo 1093 del Código de Comercio)

Habrá pluralidad de seguros sobre un mismo interés o coexistencia de seguros cuando estos reúnan las condiciones siguientes (artículo 1094 del Código de Comercio):

- Diversidad de aseguradores
- Identidad de asegurado
- Identidad de interés asegurable
- Identidad del riesgo

En caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe.

18. AVISO EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de accidente que pueda dar lugar a una reclamación bajo esta póliza o sus anexos, el Asegurado o el Beneficiario según el caso, avisará a LA COMPAÑÍA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

19. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará, a los beneficiarios la indemnización a que está obligada por la Póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, dentro del término legal, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario, tienen derecho a presentar reclamación en tal evento deben allegar informe detallado sobre las causas y circunstancias del accidente y las lesiones sufridas, acompañado del informe médico respectivo.
Al presentar la reclamación es indispensable que el Asegurado suministre todas las pruebas, declaraciones, certificaciones e informes que la Compañía esté en derecho de exigirle con miras a dejar plenamente establecida la ocurrencia del siniestro, dentro del alcance que se da en la definición de cobertura y el monto de la pérdida. LA COMPAÑÍA podrá así mismo, a su propia costa, solicitar al Asegurado, los demás informes que considere pertinentes con referencia a la reclamación, al origen y a la causa del siniestro y a las circunstancias bajo las cuales las lesiones se hubieren producido o que tengan relación con su responsabilidad o con el importe de la indemnización. Si LA COMPAÑÍA lo requiere, el Asegurado deberá someterse al examen del médico que ella designe.

En caso de muerte del Asegurado, los beneficiarios, herederos o quienes legalmente representen sucesión, deberán entregar a LA COMPAÑÍA además de los documentos que trata el párrafo anterior los certificados y comprobantes necesarios para determinar la causa de la muerte y la identidad del fallecido. Asimismo, cuando hubiere de practicarse examen de necropsia, deberá darse aviso oportuno a LA COMPAÑÍA con el fin que ésta pueda hacerse representar en tal diligencia. Si la Compañía por su parte juzgare necesario practicar examen de necropsia deberá dársele

las facultades necesarias al efecto, háyase o no practicado la inhumación.

En caso de verse afectado el amparo de Gastos Médicos, el Asegurado deberá declarar los seguros contratados de la misma naturaleza, con indicación del asegurador y la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida de la prestación asegurada.

Los documentos señalados anteriormente no constituyen los únicos documentos viables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Por lo tanto, el Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, queda en la libertad de acreditar tanto la ocurrencia del siniestro como la cuantía de la pérdida mediante la presentación de otros documentos legalmente idóneos.

El valor de la indemnización corresponderá a la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza según el plan contratado.

20. REGLAS RELATIVAS A LA INDEMNIZACIÓN

Queda expresamente convenido que:

20.1. El Asegurado podrá a su opción reclamar bajo el Amparo Básico o el amparo de Incapacidad Total Temporal, pero en ningún caso bajo más de uno de tales amparos en razón de un mismo accidente.

20.2. En caso de pérdida cubierta bajo uno o más numerales de desmembración, la indemnización a que haya lugar será establecida mediante la suma de los porcentajes allí estipulados, sin que, en ningún caso el monto máximo indemnizable bajo tal amparo como resultado de una o varias reclamaciones exceda de la respectiva suma asegurada.

20.3. Todo pago parcial efectuado por LA COMPAÑÍA bajo la presente Póliza será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente en que se origine dicho pago.

Respecto de los amparos de Incapacidad Total y Permanente e Incapacidad Total Temporal y Gastos Médicos Quirúrgicos, de Ambulancia, de Hospital, de Enfermera y de Drogas de la Póliza LA COMPAÑÍA no se obliga en ningún caso a efectuar pagos parciales por periodos inferiores a treinta (30) días.

20.4. La suma asegurada para el amparo básico y adicionales de la Póliza efectuadas por un siniestro, se entenderán reducidas desde el momento del siniestro

20.5.

respecto del Asegurado o los Asegurados lesionados, en el monto de la indemnización pagada LA COMPAÑÍA y la diferencia será considerada como nueva

Suma Asegurada para el amparo básico y adicionales afectadas por el resto del periodo de vigencia del seguro.

21. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. estará obligado al pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aun extrajudicialmente su derecho ante el Asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.

Vencido este plazo, el Asegurador reconocerá y pagará al Asegurado o Beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago, en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

El contrato de reaseguro no modifica el contrato celebrado entre el Tomador y el Asegurador, y la oportunidad de pago de este, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El Asegurado o el Beneficiario tendrán derecho a demandar, en el lugar de los intereses a que

se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causada por la mora del Asegurador.

22. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El derecho del Asegurado a la indemnización se perderá en los siguientes casos:

a. Si la pérdida ha sido causada por el Asegurado o con su complicidad.

b. Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en pruebas falsas.

c. Cuando el asegurado renuncie a sus derechos contra los responsables del siniestro.

23. MÉRITO EJECUTIVO DE LA PÓLIZA.

La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

24. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La vigencia será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro y/o las condiciones particulares.

Seguros de Vida Alfa S.A. podrá renovarlo de forma automática por un término igual al inicialmente pactado, en virtud de la autorización que otorgue para el efecto el asegurado, o hasta cuando éste cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado, mediante noticia escrita al asegurador antes de la terminación de la vigencia.

25. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO.

El contrato de seguro, podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante notificación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el tomador y/o Asegurado, en cualquier momento mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso, la revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computara de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo entre las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Para efectos de la presente condición la prima a corto plazo se liquidara conforme a la metodología indicada en las condiciones particulares del producto.

26. INTRANSMISIBILIDAD

Queda convenido que la presente Póliza no será transferible. Por consiguiente, ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato semejante producirá efecto respecto de la Compañía, la cual quedará definitivamente descargada por virtud de los recibos expedidos por el Asegurado, o por sus herederos o por quienes legalmente representen su sucesión cuando aquel haya fallecido.

27. TERMINACIÓN

La presente póliza y los certificados individuales de seguro que se adhieran al contrato de seguro, se darán por terminados por las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.

2. Revocación unilateral, mediante noticia escrita, de parte del asegurado.
3. Muerte del Asegurado.
4. Al vencimiento de la póliza, se esta no se renueva.
5. A la terminación del período anual en que el asegurado cumpla sesenta y nueve (69) al años de edad.
6. Cuando el asegurado o los beneficiarios hubieren recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado por el amparo de Muerte Accidental. En este caso no habrá devolución de suma alguna.
7. Cuando la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a 10 personas.

28. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.

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

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes

29. OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Para efectos de dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 102 y sub siguientes del Decreto 633 de 1993 (E.O.S.F.) y a lo dispuesto en la Circular Externa 026 de 2008, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, el TOMADOR y/o ASEGURADO se compromete a diligenciar integral y simultáneamente AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO, el formulario de vinculación de clientes – SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo) CON LAS FORMALIDADES LEGALES REQUERIDAS. Si el contrato de seguro se renueva, EL TOMADOR y/o ASEGURADO igualmente se obligará a diligenciar dicho formulario como requisito para la renovación.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al TOMADOR y/o ASEGURADO, este deberá informar tal circunstancia a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula. **Parágrafo:** la presente obligación, no aplica para aquellos ramos o programas de seguro señalados en el Titulo Primero, Capitulo XI de la Circular Externa

Básica Jurídica 007/96 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia

30. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

EL TOMADOR y/o ASEGURADO de la presente póliza, autorizan a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., para que con fines estadísticos, suministre información entre compañías aseguradoras, consulta o transferencia de datos, con cualquier autoridad que lo requiera en Colombia o en el exterior, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de Riesgo que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información confidencial que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esa relación comercial o contrato que declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

31. MODIFICACIONES

Toda modificación a las Cláusulas impresas en la Póliza así como las Cláusulas adicionales, deberán estar a disposición de la Superintendencia Financiera antes de su utilizació

32. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deba hacerse entre las partes en el desarrollo del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo dicho en la condición para el aviso del siniestro y será prueba suficiente de la misma la constancia de su envió por correo recomendado o certificado dirigido a la ultima dirección registrada de la otra parte.

33. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad establecida en la carátula como lugar de expedición de la póliza.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

---------- **----------**

FIRMA AUTORIZADA **TOMADOR**