

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES
CODIGO 01022019-1413-P-31-MTEACCSERFBIE001-0R0I

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., quien en adelante se denominará "**LA COMPAÑÍA**", con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Tomador y las solicitudes individuales presentadas por los Asegurados (siendo incluidas las informaciones suministradas a través de cualquier medio establecido como: solicitud de seguro, correo, fax, teléfono, etc.) que forman parte de la presente póliza, así como sus condiciones generales, otorga al (los) Asegurado(s) las siguientes coberturas, consistentes en el pago de un valor asegurado determinado en el certificado individual de seguro de cada Asegurado, siempre y cuando ocurra un siniestro durante la vigencia de la Póliza y bajo las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA.- AMPARO BÁSICO: MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL.-

LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO SU MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-.

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.-

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRACTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL

CONDICIÓN SEGUNDA.- EXCLUSIONES.-

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN LOS AMPAROS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA DEL PRESENTE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. CUANDO LAS LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO, SEAN ANTERIORES A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O TENGAN COMO CAUSA, O SEAN UNA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.-

2.2. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD, INCLUYENDO INFECCIONES VIRALES Y/O BACTERIANAS Y CUALQUIER EXAMEN DE CONTROL O PROCEDIMIENTO DE RUTINA RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE, INFECCIONES PIOGENICAS DERIVADAS DE CORTADURAS O HERIDAS ACCIDENTALES, CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EDIPEMIAS. ASÍ MISMO, EN CASO DE MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO. TAMPOCO SE OTORGARÁ COBERTURA EN CASO DE EXAMENES FISICOS DE RUTINA, EXAMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.-

2.3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H). QUEDA COMPRENDIDO DENTRO DE ESTA EXCLUSIÓN CUALQUIER GASTO O ACTIVIDAD ENCAMINADA AL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO CURATIVO O PREVENTIVO ASÍ COMO LAS SECUELAS O

AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD.-

EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIODICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.-

1.1. MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.-

LA COMPAÑÍA, SE OBLIGA A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI:

1.1.1. EL EVENTO ES CUBIERTO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES INDICADAS, Y EL AMPARO ESTÁ INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.-

1.1.2. DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO HA SUFRIDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ÉSTAS HAN DADO LUGAR A SU MUERTE.-

EL PRESENTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.-

1.2. MUERTE POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO EN ACCIDENTE.-

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA PRINCIPAL, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO Y ESTA AUSENCIA HAYA SIDO DECLARADA JUDICIALMENTE COMO MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.2.1. LA DERIVADA EN UN HECHO ACCIDENTAL QUE HAYA GENERADO SU HUNDIMIENTO, CAÍDA O NAUFRAGIO, MIENTRAS SE ENCONTRABA HACIENDO USO DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AMPARADO POR ÉSTA PÓLIZA, O

CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES EN CASO DE ACCIDENTE.-

2.4. CONDICIONES PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN, QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. IGUALMENTE, SE ENCUENTRAN EXCLUIDOS DE COBERTURA LOS EVENTOS AMPARADOS QUE OCURRAN A CONSECUENCIA DE LAS CONDICIONES PREEXISTENTES DESCRITAS.

ASÍ MISMO, **LA COMPAÑÍA** NO PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA, CUANDO LOS EVENTOS AMPARADOS FRUTO DE UN ACCIDENTE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

2.5. LA FORMACIÓN DE UNA HERNIA OCASIONADA POR UN ESFUERZO, BIEN SEA AGUDO O CRÓNICO.-

2.6. LESIÓN INTENCIONALMENTE INFLIGIDA A SÍ MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.-

2.7. MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA AL ASEGURADO (HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO) Y MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) OCASIONADAS POR HURTO Y/O HURTO CALIFICADO AL ASEGURADO.-

2.8. MUERTE O LESIONES CAUSADAS CON ARMAS DE FUEGO, CORTO PUNZANTES, EXPLOSIONES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA.-

2.9. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS MILITARES, POLICIALES, UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS U ORGANISMOS JUDICIALES O FISCALIZADORES.-

2.10. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O

1.2.2. CUANDO FUERA VÍCTIMA DE UN HECHO CATASTRÓFICO NATURAL COMO TERREMOTO, INUNDACIÓN Ó MAREMOTO

DESAFÍOS, SEAN ESTAS REMUNERADAS O NO REMUNERADAS, O QUE SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.-

2.11. LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO POR LA LEY PENAL O CONTRAVENCIONES O CUALQUIER ACTO CONTRARIO A LA LEY QUE PONGA EN PELIGRO SU INTEGRIDAD FÍSICA DEL ASEGURADO-

2.12. LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO COMO PILOTO CIVIL O COMERCIAL O TRIPULANTE DE VUELO Y EL VUELO COMO PASAJERO EN HELICÓPTERO.-

2.13. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICÓPTEROS).-

2.14. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS, SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.-

2.15. MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) CAUSADAS DURANTE LA PRÁCTICA DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO GENERADO POR UN HECHO ACCIDENTAL.

2.16. MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) CAUSADAS POR UN ERROR DEL PERSONAL DURANTE LA PRÁCTICA DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO.

2.17. GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ALBOROTOS POPULARES, ASONADA, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN, INSURRECCIÓN, INVASIÓN, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MANDO O USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO.-

2.18. CUALQUIER ACTO TERRORISTA O TERRORISMO.-

2.19. DEL USO INTENCIONAL DE FUERZA MILITAR PARA INTERCEPTAR, PREVENIR O MITIGAR CUALQUIER ACTO TERRORISTA, CONOCIDO O SOSPECHADO.-

2.20. CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.-

2.21. DEL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MAS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.-

2.22. ACCIDENTES CAUSADOS POR ESTAR EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARA CUANDO LAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.-

2.23. LAS LESIONES O MUERTE POR DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, RAFTING, KAYAKING, PUENTING, BUNGEE O CAÍDA LIBRE, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O PERSONAS QUE SE DEDIQUEN PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.-

2.24. LAS PÉRDIDAS, LESIONES, DAÑOS, RESPONSABILIDAD LEGAL O MUERTE POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO, QUE SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE UN VIAJE EN, A, O A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PAÍSES: AFGANISTÁN, CUBA, REPUBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, IRAN, IRAQ, LIBERIA, SUDAN O SIRIA.-

2.25. LAS PÉRDIDAS, LESIONES, DAÑOS, RESPONSABILIDAD LEGAL O MUERTE POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O

PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.-

PARÁGRAFO I.- ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PERDIDA DE MAS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICION, DE LA VISION O EL HABLA, ASI COMO AQUELLOS LOS QUE PRESENTEN PERDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIERNA Y UNA MANO SIMULTANEAMENTE.-

PARÁGRAFO II: SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMO DE PÉRDIDA ORIGINADO EN, O DONDE EL ASEGURADO O ALGÚN BENEFICIARIO DE CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA, SEA UN CIUDADANO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE, ALGÚN PAÍS CONTRA EL CUAL CUALQUIER LEY Y/O REGLAMENTO QUE SE APLIQUE A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A **LA COMPAÑÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU SOCIEDAD CONTROLADORA FINAL, TENGAN ESTABLECIDO UN EMBARGO U OTRA FORMA DE SANCIÓN ECONÓMICA, QUE PRODUZCA EL EFECTO DE PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA DE SEGURO, REALIZAR OPERACIONES CON, O DE OTRA FORMA, OFRECER BENEFICIOS ECONÓMICOS AL ASEGURADO O A ALGÚN OTRO BENEFICIARIO DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA. SE ENTIENDE Y ACUERDA, ADEMÁS, QUE NINGÚN BENEFICIO O PAGO SERÁ OTORGADO O SERÁ EFECTUADO A CUALQUIER BENEFICIARIO QUE ES DECLARADO INCAPAZ DE RECIBIR BENEFICIOS ECONÓMICOS DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A **LA COMPAÑÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.-

CONDICIÓN TERCERA.- DEDUCCIONES Y LIMITACIONES.-

3.1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: EXISTEN LIMITANTES PARA EL INGRESO Y PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.-

3.1.1. **PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL.-**SÓLO PODRÁN SOLICITAR EL PRESENTE SEGURO, LAS PERSONAS QUE TENGAN MÁS DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD, HASTA LOS OCHENTA Y CUATRO (84) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-

EL ASEGURADO UNA VEZ CONTRATADO EL SEGURO, PODRÁ SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, HASTA QUE CUMPLA LA EDAD DE OCHENTA Y CUATRO (84) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE

EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN-

3.1.2. PARA LOS ASEGURADOS SECUNDARIOS (DEPENDIENTES).- PODRÁN HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, EL NÚCLEO FAMILIAR CONFORMADO POR CÓNYUGE E HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL, SIEMPRE Y CUANDO QUEDEN EXPRESAMENTE INCLUIDOS COMO ASEGURADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-

EN ESTE CASO, LA EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL CÓNYUGE SERÁ LA MISMA QUE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL, MIENTRAS QUE PARA LOS HIJOS, SOLO PODRÁN INGRESAR QUIENES TENGAN MAS DE SEIS (6) MESES DE EDAD Y HASTA LOS VEINTITRES (23) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS, PERMANECIENDO DENTRO DEL GRUPO ASEGURABLE HASTA LA EDAD DE VEINTICUATRO (24) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

3.2. ACTIVIDADES, OFICIOS Ó PROFESIONES RESTRINGIDAS PARA LAS PERSONAS QUE QUIERAN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.-.

NO PODRÁN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, LAS PERSONAS QUE REALICEN LAS SIGUIENTES OCUPACIONES, PROFESIONES U OFICIOS HABITUALES: GANADEROS Y ADMINISTRADORES DE FINCAS, BOMBEROS, POLICIAS Ó MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, POLÍTICOS, MINEROS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO Y PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

3.3. COBERTURA EN AVIACIÓN.- LA COBERTURA EN VIAJES EN AVIÓN, SE LIMITA A LOS VIAJES QUE REALICE EL ASEGURADO SOLO COMO PASAJERO EN UN AVIÓN PERTENECIENTE A UNA AEROLINEA COMERCIAL DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TIQUETE AEREO, O MIENTRAS ESTE SUBIENDO O DESCENDIENDO DEL MISMO.-

CONDICIÓN CUARTA.- GLOSARIO - DEFINICIONES.-

4.1. TOMADOR: De acuerdo con el artículo 1037 del Código de Comercio, es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al asegurador. El tomador se indicará en la carátula de la Póliza.-

4.2. ASEGURADO: Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.-

4.3. BENEFICIARIO: La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la "Carátula" de la Póliza, en concordancia, para lo que resulte aplicable, con los artículos 1141 y 1142 del Código del Comercio.-

4.4. GUERRA: Guerra civil o internacional sea declarada o no, significa cualquier actividad de guerra u operaciones bélicas, incluido el uso de la fuerza militar por una nación soberana con fines económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, raciales, religiosos o cualquier otro fin.-

4.5. ACTOS TERRORISTAS Y TERRORISMO: Se entenderá como tal, los actos que se acomoden a la legislación colombiana vigente al momento del acto.-

4.6. TERRORISMO NUCLEAR, QUÍMICO, BIOLÓGICO: Significa el uso de cualquier arma o dispositivo nuclear

Código clausulado: 01022019-1413-P-31-MTEACCSEFBI001-0R0I

Nota técnica: 28/01/2019-1413-NT-31-DM_AP_01

o la emisión, descarga, dispersión, liberación o escape de cualquier agente químico o biológico, sólido, líquido ó gaseoso, durante el periodo de este seguro por cualquier persona o grupo de personas, así actúen solos o en beneficio de, o en conexión con, cualquier organización, gobierno, cometidos por razones o propósitos políticos, religiosos ó ideológicos o razones que incluyan la intención para influenciar cualquier gobierno o atemorizar al público, ó a cualquier sector del público.-

4.7. AGENTE QUÍMICO: Significa cualquier compuesto que, al ser diseminado por actos terroristas, produce efectos letales, dañinos o incapacitantes en personas, animales, plantas ó propiedad (materiales).-

4.8. AGENTE BIOLÓGICO: Significa cualquier micro-organismo patogénico (productor de enfermedades) y/o toxinas biológicamente producidas (incluyendo organismos modificados genéticamente y toxinas sintetizadas químicamente que causen enfermedad y/o muerte en humanos, animales o plantas).-

4.9. HOSPITAL: Establecimiento destinado al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, con facilidades organizadas para diagnóstico, cirugía mayor, servicio médico con profesionales legalmente titulados y servicio de enfermeras o enfermeros graduados. Todo ello operando legalmente de acuerdo con las normas legales vigentes aplicables.-

4.10. ENFERMEDAD: El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.-

4.11. SIDA: Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH. y "A.R.C" (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).-

4.12. MÉDICO: Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de la medicina en el país donde tenga que ser atendido algún asegurado o que haya validado en tal país el título obtenido en el extranjero y que, además, tenga vigente la autorización oficial para su ejercicio profesional. El médico tratante del Asegurado por alguna lesión amparada por la presente Póliza no podrá ser (a) el mismo Asegurado; (b) el cónyuge del Asegurado; o (c) los padres, hermanos o hijos del Asegurado o su cónyuge.-

4.13. VÍCTIMA DE BALA PERDIDA: Declaración que emite la autoridad competente en la cual una persona que no tiene ninguna participación en un suceso en el que existen disparos de arma de fuego, es alcanzada por un proyectil dirigido hacia un lugar diferente del deseado y resulta muerta o lesionada.-

CONDICIÓN QUINTA.- DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.-

Este contrato junto con la solicitud emitida por el Tomador y las solicitudes individuales suscritas por cada Asegurado, copia de las cuales se encuentra incluida en la póliza, además de los anexos, cláusulas, amparos adicionales y documentos adheridos, si los hubiere, constituyen la totalidad del Contrato de Seguros.-

CONDICIÓN SEXTA.- GRUPO ASEGURABLE.-

Los asegurados bajo esta póliza serán los identificados como tal en la carátula de la póliza y en los certificados individuales de seguro.-

CONDICIÓN SÉPTIMA.- TÉRMINO PARA EL PAGO DE PRIMA.-

Por virtud del artículo 1066 del Código de Comercio, modificado por el artículo 81 de la ley 45 de 1990, el Tomador

se compromete a efectuar el pago de la prima dentro del plazo expresamente acordado con **LA COMPAÑÍA** ó a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes contados a partir de la fecha de la entrega de la misma o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.-

El pago de la prima en el presente seguro podrá ser pagado de manera fraccionada, ya sea anual, semestral, trimestral o mensual conforme al acuerdo suscrito entre el Tomador y **LA COMPAÑÍA**, de conformidad con la tarifa que aparece en la solicitud de seguro.-

De acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, modificado por el artículo 82 de la ley 45 de 1990, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a **LA COMPAÑÍA** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.-

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual, se devolverá la prima no devengada. El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio principal de **LA COMPAÑÍA** ó sus sucursales.-

CONDICIÓN OCTAVA.- DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.-

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058, 1059 y 1158 del Código de Comercio el Asegurado y Tomador están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA COMPAÑÍA**.-

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador 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 Tomador o del Asegurado, el contrato no será nulo, pero **LA COMPAÑÍA** 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 prima adecuada al verdadero estado del riesgo.-

CONDICIÓN NOVENA.- MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.-

El Asegurado o Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud uno u otro debe notificar por escrito a **LA COMPAÑÍA** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que conforme al criterio consignado en el inciso 1° del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.-

El cambio de ocupación del Asegurado se considera como condición modificadora de los hechos o circunstancias que dieron lugar a la celebración del contrato.-

La notificación debe hacerse con antelación no menor a diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si esta 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.-

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **LA COMPAÑÍA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.-

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a **LA COMPAÑÍA** a retener la prima no devengada.-

CONDICIÓN DÉCIMA.- AVISO DE SINIESTRO.-

A la luz del artículo 1072 del Código de Comercio, se denomina siniestro a la realización del riesgo asegurado.

Una vez ocurrido el siniestro, el Asegurado o el Beneficiario podrán dar noticia – verbal o escrita- al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** sobre su ocurrencia.-

Con el aviso de siniestro el asegurado estará en la obligación de declarar a **LA COMPAÑÍA** los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.-

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA.- DERECHO AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-

De conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, corresponderá al asegurado ó su(s) beneficiario(s) demostrar a **LA COMPAÑÍA** la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso; para ello, podrán, efectuar una reclamación formal. **LA COMPAÑÍA** proveerá de los formularios necesarios para ejercer este derecho y en él se relacionarán los documentos que se pueden presentar como soporte de la reclamación.-

LA COMPAÑÍA advierte al Asegurado o el(los) Beneficiario(s) de la presente póliza, la necesidad de efectuar la reclamación como un mecanismo para que ejercite(n) su derecho dentro del término de prescripción contemplado en el artículo 1081 del Código de Comercio.-

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar cualquier documento encaminado a analizar y evaluar la reclamación presentada, exclusivamente a efectos de que se demuestre la ocurrencia del siniestro. De la misma manera, la persona asegurada y/o sus beneficiarios se comprometen con **LA COMPAÑÍA** a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación, entendiéndose que autorizan la consulta de todo el historial médico.-

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.- FORMA DE PAGO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.-

12.1. Designación de Beneficiarios-

Corresponde a cada Asegurado la designación de cada uno de sus beneficiarios del seguro.

En caso de siniestro, el valor asegurado en la presente póliza será pagado al (los) beneficiario(s) designado(s) por el Tomador y/o Asegurado, que aparece(n) en la carátula de la misma.-

Cuando no se designe beneficiarios, ó la designación se haga ineficaz, ó quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del Asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad, al tenor de lo dispuesto en los artículos 1142 y 1143 del Código de Comercio.-

Igual regla se aplicará cuando el Asegurado y el Beneficiario mueran simultáneamente ó se ignore cuál de los dos se ha muerto primero, ó en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del Asegurado.

12.2. Forma de pago de la Indemnización.-

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado se pagará a el(los) Beneficiario(s) designado(s); si sobrevive(n) al Asegurado.

Una persona puede ser beneficiario de un seguro a título gratuito o a título oneroso, en los términos del artículo 1141 del Código de Comercio. Los beneficiarios a título gratuito son los designados por el Tomador por su mera liberalidad.

Cuando el beneficiario sea designado a título gratuito, el Tomador podrá modificar dicha designación en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de su notificación por escrito a **LA COMPAÑÍA.-**

El pago del valor asegurado podrá realizarse en un solo contado, a través de rentas periódicas, o ambas. La forma en que se pague la indemnización, se determinará en la carátula de la póliza y en el certificado individual de seguro.-

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA.- FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-

LA COMPAÑÍA hará el pago de la indemnización dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.-

Vencido este plazo, **LA COMPAÑÍA** reconocerá y pagará al Asegurado ó al Beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera, aumentado en la mitad.-

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA.- PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN.-

La mala fe del Asegurado o del(los) Beneficiario(s) en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho, conforme a lo dispuesto en el artículo 1078 del código de comercio.

El Asegurado o el Beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.-

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA.- PRESCRIPCIÓN.-

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.-

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.-

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezara a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.-

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA.- CONVERTIBILIDAD.-

Los Asegurados menores de sesenta y cinco (65) años, que se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un (1) año continuo, podrán optar por ser Asegurados, sin requisitos médicos o de

asegurabilidad adicionales, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de accidentes personales, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de accidentes personales individual de los que estén autorizados por **LA COMPAÑÍA**, siempre que lo soliciten dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.-

El seguro individual será emitido por **LA COMPAÑÍA** conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud.-

En caso de haberse aceptado bajo la póliza como un riesgo subnormal, **LA COMPAÑÍA** expedirá la póliza individual con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extraprima que corresponda al seguro individual.-

Si el Asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en esta cláusula, sin que ella se hubiere expedido, no habrá lugar al pago de la indemnización, y por lo tanto, los Beneficiarios carecerán de todo derecho para exigir la prestación asegurada.-

Adicionalmente, la cobertura de accidentes personales individual se emitirá teniendo en cuenta las exclusiones estipuladas en la condición segunda (2ª) de la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA E INCREMENTO DE VALORES ASEGURADOS Y PRIMA A LA RENOVACION.-

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor a partir de la fecha en que **LA COMPAÑÍA** comunique por escrito la aprobación de la solicitud de seguro, al Tomador y/o al Asegurado, circunstancia que se materializará con la emisión del certificado individual de seguro.-

En caso de que el Asegurado haya pagado la prima, y la solicitud de seguro no haya sido aceptada por **LA COMPAÑÍA**, esta devolverá el importe pagado al Asegurado.-

La presente póliza es renovable anualmente de manera automática siempre y cuando EL TOMADOR acepte la cláusula de renovación automática en la vigencia inicial por un periodo igual al pactado, al igual que los certificados que con fundamento en ella se expidan. Los valores asegurados y la prima se aumentarán en mínimo el IPC del año anterior certificado por la autoridad competente o teniendo en cuenta el incremento acordado con el Tomador del Seguro, el cual reposará en la carátula de la póliza.-

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA.- REVOCACIÓN DEL CONTRATO.-

De acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio, el contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por parte de **LA COMPAÑÍA**, mediante notificación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; y por parte del Tomador o de los Asegurados, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA COMPAÑÍA**.-

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 computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo entre las partes.-

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

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA.- TERMINACIÓN DEL SEGURO:

El presente seguro terminará automáticamente por las siguientes causas:

- 19.1. Falta de pago de la prima, según lo establecido en el certificado individual de seguro y en la condición séptima (7ª) de la presente póliza.-
- 19.2. En el momento de dejar de pertenecer al grupo asegurado.-
- 19.3. Cuando el Tomador ó el Asegurado (respecto de su cobertura individual), manifiesten por escrito su intención de revocar o no renovar el presente seguro.-
- 19.4. Por vencimiento de la vigencia y no renovación del seguro.-
- 19.5. Cuando el Asegurado principal cumpla la edad máxima de permanencia enunciada en la póliza o sus amparos.-
- 19.6. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la indemnización por la afectación de uno o más valores asegurados que agoten el valor máximo del seguro.-
- 19.7. Por la cancelación del medio de pago autorizado por el asegurado para proceder al pago de la prima, sin que éste sea cambiado por otro válido.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA.- DOMICILIO.-

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con la presente póliza se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C. en la República de Colombia.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA.- UNIDAD MONETARIA.-

Esta póliza podrá ser emitida en pesos o en cualquier forma de seguro reajutable autorizados por la Superintendencia Financiera. El valor de la unidad de valor real (U.V.R) podrá utilizarse, previa aprobación del Tomador, como factor de indexación para el pago de las primas y de las indemnizaciones.-

El valor mensual de la Unidad que se considerará tanto para el pago de cualquier beneficio como para el pago de las primas en pesos, será el vigente al momento del pago efectivo según lo establezca el Banco de la República.-

En caso de que el Gobierno colombiano elimine la unidad UVR, los valores asegurados y primas serán expresados en la nueva unidad creada bajo los esquemas de conversión que sean determinados por la misma autoridad.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA.- PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO.-

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con **LA COMPAÑÍA** a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma.-

De conformidad con la legislación vigente, la desatención de estos deberes, será causal para dar por terminado el contrato de seguro por parte de la aseguradora, para lo cual se dará aplicación a lo establecido en la condición décima octava (18ª) de la presente póliza.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA.- NOTIFICACIONES.-

Cualquier modificación de la póliza tendrá que hacerse por escrito.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.- COEXISTENCIA DE SEGUROS.-

El Asegurado estará obligado a informar por escrito a **LA COMPAÑÍA** los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro del término de diez (10) días a partir de su celebración, de acuerdo con el artículo 1093 del Código de Comercio. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda del valor real del interés asegurado.-

En caso de que no lo haya notificado anteriormente, el Asegurado deberá declarar los seguros coexistentes a **LA COMPAÑÍA**, al dar noticia del siniestro, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación acarreará la pérdida del derecho de la prestación asegurada, tal como lo dispone el artículo 1076 del Código de Comercio.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA.- NORMAS SUPLETORIAS.-

En lo **no** previsto en las presentes "Condiciones Generales", este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.-

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.
FIRMA AUTORIZADA

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
CODIGO 01022019-1413-A-31-ITPACCSERFBIE002-0R01

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN OTORGAR LA COBERTURA DESCRITA EN LA CONDICIÓN PRIMERA (1ª) DEL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES OTORGADAS POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO QUE CONSTAN EN LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN EL PRESENTE ANEXO:

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.-

LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO LAS PRESTACION PROPIA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EXPRESAMENTE SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.-

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, EL TERREMOTO TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRACTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO.

EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.

1.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE.-

LA COMPAÑÍA SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO, SI SE CUMPLEN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. EL EVENTO ESTÁ CUBIERTO E INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-
2. ESTÁ ACORDE CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN.-
3. SI DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO HA SUFRIDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ESTAS DAN LUGAR A UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.-
4. QUE LA INCAPACIDAD SE HAYA MANTENIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE FUE DETERMINADA POR PARTE DE UN MÉDICO, EL PRIMER DIA DE INCAPACIDAD.-

5. QUE LAS LESIONES DEL ACCIDENTE GENEREN UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), CERTIFICADA POR UNA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ NACIONAL, REGIONAL O EPS, QUIEN DETERMINA LO ANTERIOR CON BASE EN MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SOPORTADOS MÉDICAMENTE. LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBE ENCONTRARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.-

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS COMERCIALES, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.-

CONDICIÓN SEGUNDA.- DEDUCCIONES Y LIMITACIONES

2.1. LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE A LA COBERTURA BÁSICA Y POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO. EN LOS CASOS QUE SE HAYA RECONOCIDO POR DESMEMBRACIÓN UN PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEBERÁ DESCONTARSE IGUALMENTE LA PROPORCIÓN QUE AFECTE ESTA COBERTURA.

CONDICIÓN TERCERA.- DEFINICIONES.-

ADICIONALES A AQUELLAS ESTABLECIDAS EN LA CONDICIÓN CUARTA DE LAS CONDICIONES GENERALES:

3.1. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas por el asegurado, que de por vida impidan a la persona desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados a los que pudiera acceder según su educación, entrenamiento o experiencia, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días.

Si se llegare a afectar este ampro, el asegurado quedará excluido del seguro contratado bajo esta póliza. Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

- Manos: amputación a nivel de la articulación radiocarpiana.
- Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

para efectos de este amparo, la incapacidad total y permanente será la pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50% de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de incapacidad total y permanente (decreto 917 de 2001 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez), cuando presente una calificación de pérdida de capacidad laboral emitida por una junta de calificación regional o nacional, ARP o EPS emitida con base en el manual de calificación de invalidez y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente haya ocurrido mientras la póliza se encontraba vigente, y haya transcurrido el plazo mínimo en que la persona se encuentre incapacitada.-

CONDICIÓN CUARTA.- APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.-

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMA AUTORIZADA

Código clausulado: 01022019-1413-P-31-MTEACCSERFBIE001-0R01

Código anexo: 01022019-1413-A-31-ITPACCSERFBIE002-0R01

Nota técnica: 28/01/2019-1413-NT-31-DM_AP_01

ANEXO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
CÓDIGO 01022019-1413-A-31-RGMACCSERFBIE006-0R0I

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN OTORGAR LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES OTORGADAS POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO(S) QUE CONSTAN EN LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN EL PRESENTE ANEXO:

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.-

LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, O A SU(S) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FALLEZCA DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, LOS GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE HUBIERE INCURRIDO POR EL TRATAMIENTO DE LESIONES CAUSADAS EN UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA.-

PARA TAL EFECTO, DEBERÁ PRESENTAR A **LA COMPAÑÍA** SOPORTE DEL EVENTO ACCIDENTAL, DOCUMENTO MÉDICO EN EL QUE CONSTEN LAS LESIONES CAUSADAS POR EL ACCIDENTE, ASÍ COMO LAS FACTURAS ORIGINALES EN LAS QUE CONSTEN LOS DINEROS PAGADOS POR EL ASEGURADO PARA SU TRATAMIENTO MÉDICO.-

EL VALOR MÁXIMO A REEMBOLSAR POR ESTE CONCEPTO, SE ENCUENTRA DETERMINADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-

LA PRESENTE COBERTURA AMPARA AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS SIN RESTRICCIONES TERRITORIALES.-

LOS PAGOS QUE AFECTEN ESTE AMPARO NO DISMINUIRÁN LAS SUMAS ASEGURADAS PARA OTRAS COBERTURAS.-

CONDICIÓN SEGUNDA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.-

LA COMPAÑÍA NO REEMBOLSARÁ LOS GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. TODOS LOS INDICADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA.-

2.2. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA ASI COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTETICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.-

2.3. CUANDO EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD.-

PARÁGRAFO I.- RESPECTO DE ESTE ANEXO, LAS PARTES PODRÁN PACTAR UN DEDUCIBLE, EL CUAL CORRESPONDE A LA PORCIÓN DEL RIESGO O DE LA PÉRDIDA QUE PERMANECE EN CABEZA DEL ASEGURADO Y QUE ESTA REPRESENTADO EN LA CANTIDAD (EN PESOS O EL PORCENTAJE) DE LA SUMA ASEGURADA QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DEL PAGO O DE LA INDEMNIZACIÓN, O DEL CAPITAL ASEGURADO, Y QUE POR LO TANTO, SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO Y/O (LOS) BENEFICIARIO(S). EN TODO CASO, LOS PORCENTAJES Y CANTIDADES CONVENIDOS COMO DEDUCIBLES, SE ESTIPULARAN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LOS ANEXOS O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN

Código clausulado: 01022019-1413-P-31-MTEACCSERFBIE001-0R0I

Código anexo: 01022019-1413-A-31-RGMACCSERFBIE006-0R0I

Nota técnica: 25/01/2019-1413-NT-31-DM_AP_01

EN APLICACIÓN A ELLA.-

CONDICIÓN TERCERA.- LIMITACION EN EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.-

A ESTA COBERTURA SOLO PODRÁN INGRESAR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN ENTRE LOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD Y LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS DE EDAD, TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS Y PODRÁN PERMANECER EN ELLA HASTA QUE CUMPLAN SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS, TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-

CONDICIÓN CUARTA.- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.-

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 20 DEL DECRETO 806 DE 1998, PARA EFECTOS DE LA CONTRATACIÓN DE ESTE ANEXO, LA COMPAÑÍA PREVIAMENTE VERIFICARÁ QUE LAS PERSONAS QUE CONFORMAN EL GRUPO ASEGURABLE Ó EL ASEGURADO, SE ENCUENTREN AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN CASO DE ESTAR OBLIGADAS A ELLO.-

EN CASO DE ACCIDENTE TRÁNSITO ESTA COBERTURA APLICARÁ EN EXCESO DEL SEGURO OBLIGATORIO PARA ACCIDENTES DE TRANSITO.-

PARÁGRAFO.- EL ASEGURADO, AL MOMENTO DE REQUERIR EL SERVICIO, TENDRÁN LA FACULTAD DE ELEGIR LIBRE Y ESPONTÁNEAMENTE SI UTILIZAN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O SI UTILIZAN LOS BENEFICIOS DEL PRESENTE ANEXO CON BASE EN LOS LÍMITES EXPRESADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. (ARTÍCULO 18 DEL DECRETO 806 DE 1998).-

CONDICIÓN QUINTA.- APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.-

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMA AUTORIZADA

ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE ACCIDENTE
CÓDIGO 01022019-1413-A-31-RDHACCSERFBIE007-0R01

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO, Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y/O DEL (DE LOS) ASEGURADO(S) CONTENIDAS EN LA RESPECTIVA SOLICITUD DE ESTE SEGURO, IGUALMENTE INCORPORADAS AL MISMO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, OTORGAR LA PRESENTE COBERTURA DEFINIDA EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.-

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE, CUYO VALOR SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN LA FORMA Y CONDICIONES QUE MÁS ADELANTE SE ESTIPULAN.-

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ESTA COBERTURA SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, RELACIONADA CON EL EVENTO CUBIERTO. EL NUMERO MAXIMO DE DIAS A PAGAR POR ESTE CONCEPTO SERA DE DIEZ (10 DIAS CONSECUTIVOS POSTHOSPITALARIOS, Y EL VALOR A PAGAR SERA EQUIVALENTE AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE DICHA "RENDA DIARIA". A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE MÍNIMO DE UN (1) DÍA; A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE OTRA ALTERNATIVA EN LA CARATULA DE POLIZA.-

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

LA PRESENTE COBERTURA AMPARA AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO VIAJES TERRESTRES, MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.-

CONDICIÓN SEGUNDA.- EXCLUSIONES.-

LA COMPAÑÍA NO PAGARA EL BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION, AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. TODOS LOS INDICADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA.-

2.2. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA ASI COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTETICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.-

2.3. CUANDO EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD.

2.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O CUALQUIER ENFERMEDAD RELACIONADA.-

2.5. ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.-

PARÁGRAFO. RESPECTO DE ESTE ANEXO, LAS PARTES PODRÁN PACTAR UN DEDUCIBLE, EL CUAL

Código clausulado: 01022019-1413-P-31-MTEACCSERFBIE001-0R01

Código anexo: 01022019-1413-A-31-RDHACCSERFBIE007-0R01

Nota técnica: 25/01/2019-1413-NT-31-DM_AP_01

CORRESPONDE A LA PORCIÓN DEL RIESGO O DE LA PÉRDIDA QUE PERMANECE EN CABEZA DEL ASEGURADO Y QUE ESTA REPRESENTADO EN LA CANTIDAD (EN PESOS O EL PORCENTAJE) DE LA SUMA ASEGURADA QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DEL PAGO O DE LA INDEMNIZACIÓN, O DEL CAPITAL ASEGURADO, Y QUE POR LO TANTO, SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO Y/O DEL(LOS) BENEFICIARIO(S). EN TODO CASO, LOS PORCENTAJES Y CANTIDADES CONVENIDOS COMO DEDUCIBLES, SE ESTIPULARAN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LOS ANEXOS O CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN APLICACIÓN A ELLA.-

CONDICIÓN TERCERA.- LIMITACION EN EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.-

A ESTA COBERTURA SOLO PODRÁN INGRESAR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN ENTRE LOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD Y LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS DE EDAD, TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS Y PODRÁN PERMANECER EN ELLA HASTA QUE CUMPLAN SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS, TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-

CONDICIÓN CUARTA.- DEFINICIONES.-

HOSPITALIZACION: Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.-

HOSPITALIZACION EN CASA: Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra recibiendo asistencia hospitalaria o clínica en su casa por prescripción médica, requiriendo al menos, un (1) día completo (24 horas) de dicha asistencia. Dicha asistencia debe incluir recursos humanos, equipos y materiales hospitalarios que permitan realizar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados propios de hospitales y/o clínicas.

CONDICIÓN QUINTA.- APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.-

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMA AUTORIZADA

ANEXO - ASISTENCIA MÉDICA/ODONTOLÓGICA
CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

POR ACUERDO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA, FORMALIZADO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** en adelante **LA COMPAÑÍA** ASEGURA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE ASISTENCA MÉDICA/ ODONTOLÓGICA, A LAS PERSONAS ASEGURADAS QUE APAREZCAN RELACIONADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ANEXO, SIEMPRE Y CUANDO MEDIE EL PAGO DE LA PRIMA RESPECTIVA:

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA SE LIMITA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A TRAVÉS DE UN TERCERO PROVEEDOR, EN VIRTUD DEL ACUERDO AL QUE HA ADHERIDO.-

ASISTENCIA MÉDICA / ODONTOLÓGICA

COBERTURA	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	EVENTOS POR AÑO
Orientación Médica Telefónica	Sin Límite	6 eventos
Transporte del afiliado antes o después de la cirugía	\$ 80.000	1 evento
Asistencia Dental de Emergencia		
Medicina Bucal:		
Examen Clínico		
Diagnóstico		
Pronóstico		
Plan de Tratamiento		
Cirugía - Exodoncias simples o extracciones		
Dientes permanentes		
Dientes temporales	\$ 300.000	1 evento
Dientes fracturados		
Restos radiculares		
Radiografías		
Periapicales individuales		
Coronales		
Profilaxis: Pulido dental		
Restauradora y Operatoria: Amalgamas, resinas y vidrios ionoméricos		

GLOSARIO DE TÉRMINOS

DEFINICIONES

ASEGURADO: LA PERSONA FÍSICA QUE CONTRATA EL SERVICIO A SU TITULARIDAD.

COORDINACIÓN: ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA PROVISTA POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA QUE IMPLICA SINCRONIZAR DISTINTAS ACCIONES Y DEFINIR LA MANERA MÁS ADECUADA DE AGLUTINAR LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA CUMPLIR CON LA SOLICITUD DEL ASEGURADO EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS.

FECHA DE INICIO VIGENCIA: FECHA A PARTIR DE LA CUAL LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA CONTRATADOS CON **LA COMPAÑÍA** Y QUE OFRECE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA ESTARÁN A DISPOSICIÓN DE LOS ASEGURADOS, QUE COMIENZAN 24 HORAS DESPUÉS DEL MOMENTO DE AFILIACIÓN AL PROGRAMA.-

PERIODO DE VIGENCIA: PERIODO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO TIENE DERECHO A OBTENER LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA OFRECIDOS POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO. COMPRENDE DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA HASTA LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN POR CUALQUIER MOTIVO DEL PLAN CONTRATADO.

GESTIÓN: ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE OBTIENEN, DESPLIEGAN Y COORDINAN UNA VARIEDAD DE RECURSOS BÁSICOS PARA CONSEGUIR DETERMINADOS OBJETIVOS EN MIRAS DE LA CONSECUCCIÓN DE UN FIN ESPECÍFICO.

PAÍS DE RESIDENCIA: PARA FINES DE ESTAS CONDICIONES GENERALES, EL TERRITORIO DE COLOMBIA.

SMDLV: SALARIO MÍNIMO DIARIO LEGAL VIGENTE, ES EL VALOR DETERMINADO POR EL GOBIERNO COLOMBIANO COMO TAL Y QUE SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DEL INICIO DE VIGENCIA.

REFERENCIA: INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y FEHACIENTE CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS, QUE ES PROVISTA TELEFÓNICAMENTE POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA AL ASEGURADO DE ACUERDO CON SU SOLICITUD.-

SERVICIOS: LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA CONTEMPLADOS EN EL PROGRAMA DESCRIPTO EN EL PRESENTE ANEXO.

EVENTO: CADA SUCESO QUE IMPLIQUE UNA EMERGENCIA, URGENCIA O PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA Y POR EL CUAL UN TÉCNICO, EMPLEADO, PROVEEDOR, PROFESIONAL, OPERADOR DE TELEFÓNICAMENTE SE PRESENTE ANTE UN ASEGURADO PARA PROCEDER A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIO DE ASISTENCIA SOLICITADO.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE ANTE UNA SITUACIÓN QUE IMPLIQUE UNA EMERGENCIA, URGENCIA O DEMANDA DE ASISTENCIA Y RESPONDA A LOS TÉRMINOS, CARACTERÍSTICAS Y LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE ANEXO, SIEMPRE QUE LOS MISMOS HAYAN TENIDO LUGAR DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA Y EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DE VALIDEZ.

RESIDENCIA PERMANENTE: EL DOMICILIO HABITUAL DEL ASEGURADO QUE PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO DEBE SER EN COLOMBIA DENTRO DEL ÁMBITO DE TERRITORIALIDAD DEFINIDO.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

En caso de que el asegurado requiera una orientación médica telefónica, la empresa prestadora del servicio de asistencia brindará al asegurado de acuerdo a las condiciones de la asistencia, orientación médica telefónica las 24 horas, los 365 días del año.

En la línea de asistencia un profesional médico coordinado con un tercero por la empresa prestadora del servicio de asistencia, realizará la clasificación de la gravedad de su padecimiento y le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional médico de manera presencial, en caso de que lo requiera.

- * No se prescriben medicamentos vía telefónica.
- * No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación telefónica.
- * No se cambian protocolos de tratamiento vía telefónica.
- * El servicio no incluye el costo o garantiza el envío de un médico a domicilio.
- * Verificar exclusiones generales de asistencia médica.

Este servicio de asistencia se brindará las 24 horas durante los 365 días del año.

Esta asistencia se prestará por 6 eventos durante la vigencia de la póliza sin límite de cobertura.

TRANSPORTE DEL ASEGURADO ANTES O DESPUÉS DE CIRUGÍA

Si el asegurado tiene programada una cirugía y requiere desplazarse antes o después de la cirugía, la empresa prestadora del servicio de asistencia coordinará y pagará el servicio de transporte básico en taxi o vehículo con características similares, desde el domicilio del asegurado hasta el centro médico o del centro médico hasta el domicilio (un trayecto).

Este servicio cubrirá traslados dentro del perímetro urbano, hasta máximo cuatro (4) personas.

El servicio deberá ser solicitado por parte del asegurado al menos con 12 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$80.000).

ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA:

La empresa prestadora del servicio de asistencia a solicitud del asegurado prestará el servicio de asistencia dental de emergencia, hasta el valor indicado.

La asistencia se prestará por un monto máximo de TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 300.000) por un (1) evento durante la vigencia de la póliza.

Los servicios de asistencia dental de emergencia comprenden:

- Medicina bucal: examen clínico de urgencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).
- Cirugía: exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes, exodoncias o extracciones simples en dientes temporales, exodoncias o extracciones simples en dientes restos radiculares, exodoncias o extracciones simples en dientes fracturados.
- Radiografías: periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio.
- Profilaxis: pulido dental.
- Restauradora y operatoria: amalgamas en dientes posteriores, resinas en dientes anteriores, vidrio ionoméricos.

El procedimiento a realizarse y su autorización quedará a criterio del profesional médico dental del call center coordinado por la empresa prestadora del servicio de asistencia.

CÓMO ACCEDEN LOS CLIENTES A LOS SERVICIOS

EN CASO QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

A) EL ASEGURADO QUE REQUIERA DEL SERVICIO, SE COMUNICARÁ LAS 24 HORAS DEL DÍA DURANTE LOS 365 DÍAS DEL AÑO, A LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS DEFINIDAS POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.

B) EL ASEGURADO PROCEDERÁ A SUMINISTRARLE AL FUNCIONARIO DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA QUE ATIENDA LA LLAMADA RESPECTIVA, TODOS LOS DATOS NECESARIOS PARA IDENTIFICARLO COMO ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DEMÁS DATOS QUE SEAN NECESARIOS CON EL FIN DE PODER PRESTAR EL SERVICIO SOLICITADO, TALES COMO: LA UBICACIÓN EXACTA DEL ASEGURADO; NÚMERO TELEFÓNICO EN EL CUAL LOCALIZARLO; DESCRIPCIÓN POR EL ASEGURADO DEL PROBLEMA QUE SUFRE, EL TIPO DE AYUDA QUE PRECISE, ETC.

C) LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA CONFIRMARÁ SI EL ASEGURADO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA TIENE O NO DERECHO A RECIBIR LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS.

D) UNA VEZ CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS, LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA LE PRESTARÁ AL ASEGURADO LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MEDIO DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS A LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS DEL PROVEEDOR, DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DEL PRESENTE DOCUMENTO.

E) EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA ADECUADAMENTE CON LOS REQUISITOS INDICADOS, NI

EL PROVEEDOR NI LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA ASUMIRÁN RESPONSABILIDAD NI GASTO ALGUNO RELACIONADO CON LA NO-PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO (GARANTÍAS)

EL ASEGURADO ESTARÁ OBLIGADO EN TODOS LOS CASOS Y PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE LE SERÁN BRINDADOS A:

- A) OBTENER LA AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DEL SERVICIO, A TRAVÉS DE LA CENTRAL OPERATIVA EN COLOMBIA, ANTES DE COMPROMETER CUALQUIER TIPO DE SERVICIO POR INICIATIVA PROPIA.
- B) EL ASEGURADO DEBERÁ SIEMPRE ACEPTAR LAS RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES INDICADAS POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, FRENTE A LOS SERVICIOS SOLICITADOS.
- C) IDENTIFICARSE COMO ASEGURADO ANTE LOS FUNCIONARIOS DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA O ANTE LAS PERSONAS QUE ESTA ÚLTIMA COMPAÑÍA CONTRATE CON EL PROPÓSITO DE PRESTAR LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.
- D) QUEDA IMPLÍCITO QUE AL MOMENTO DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE LA "ASISTENCIA", EL ASEGURADO AUTORIZA A LA CLÍNICA A ENTREGAR TODA DOCUMENTACIÓN (HISTORIA CLÍNICA) QUE REQUIERA LA COMPAÑÍA.

PERIODO DE CARENCIA.

24 HORAS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA ACTIVACIÓN DE LA ASISTENCIA, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A USAR EL SERVICIO.

INDEPENDENCIA

LA PRESTACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS, O EL PAGO DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DERIVADA DE LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, NO IMPLICA NINGUNA CLASE DE ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, RESPECTO DE LA COBERTURA A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO DE ASISTENCIA.

EXCLUSIONES GENERALES:

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN ALGUNAS DE LAS COBERTURAS, LA COMPAÑÍA NI LA EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA NO CUBRIRÁN LOS SIGUIENTES CASOS:

- LOS SERVICIOS SERÁN PRESTADOS EN LAS CIUDADES DEFINIDAS EN "ÁMBITO TERRITORIAL" DEL PRESENTE DOCUMENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA ZONA NO ESTE ENMARCADA COMO TERRITORIO DE CONFLICTO INTERNO (ZONAS ROJAS) O ZONAS DE TOLERANCIA O ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO VEHICULAR, PEATONAL Y DE TRANSITO LIBRE.
- LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DADA POR LA COMPAÑÍA.
- LOS SERVICIOS ADICIONALES QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRATADO DIRECTAMENTE CON EL TÉCNICO ESPECIALISTA Y/O PROFESIONALES BAJO SU CUENTA Y RIESGO.
- DAÑOS CAUSADOS POR MALA FE DEL TITULAR.
- SE EXCEPTÚAN AQUELLOS LUGARES EN DONDE EXISTA INCONVENIENTE O RIESGO DE SEGURIDAD DE LOS RECURSOS POR CUALQUIER FUERZA AL MARGEN DE LA LEY, GUERRILLA, AUTODEFENSAS O CUALQUIER OTRO.
- LOS QUE TUVIESEN ORIGEN O FUERAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE GUERRA, GUERRA CIVIL, CONFLICTOS ARMADOS, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, MOTÍN, HUELGA, DESORDEN POPULAR, TERRORISMO Y OTROS HECHOS QUE ALTEREN LA SEGURIDAD INTERIOR DEL ESTADO O EL ORDEN PÚBLICO.
- HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE CUERPOS DE SEGURIDAD.
- LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
- EVENTOS CATASTRÓFICOS DE LA NATURALEZA TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, MAREMOTO, GRANIZO, VIENTOS FUERTES, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS, ETC.
- EXPROPIACIÓN, REQUISA O DAÑOS PRODUCIDOS EN LOS BIENES DEL TITULAR POR ORDEN DEL GOBIERNO, DE DERECHO O DE FACTO, O DE CUALQUIER AUTORIDAD INSTITUIDA.

- SI SE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTA O ENGAÑOSA O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS.

ANEXO EMISIÓN GARANTIZADA
CÓDIGO: 01022019-1413-A-31-EMIGARSERFBIE013-0R01

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO CONTENIDAS EN LA RESPECTIVA SOLICITUD DE ESTE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL MISMO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, OTORGAR LA PRESENTE COBERTURA DEFINIDA EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.-

LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO SU MUERTE, MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, DESMEMBRACIÓN Ó INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES O SU MUERTE. TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRACTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD.

EL PRESENTE ANEXO OTORGA COBERTURA A:

- PERSONAL DE LAS FUERZAS MILITARES, POLICIALES, UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS, ORGANISMOS JUDICIALES O FISCALIZADORES, MIENTRAS NO SE ENCUENTREN EN SERVICIO ACTIVO MANTENIENDO LA EXCLUSIÓN DE MUERTE O LESIONES CAUSADAS CON ARMAS CORTO PUNZANTES, EXPLOSIONES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, O MUERTE CON ARMAS DE FUEGO.

- ASEGURADO QUE PARTICIPE EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS REMUNERADOS O QUE SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO, MIENTRAS QUE EL ACCIDENTE OCURRA EN CIRCUNSTANCIAS QUE NO SEAN PROPIAS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

- LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO COMO PILOTO CIVIL O COMERCIAL O TRIPULANTE DE VUELO Y EL VUELO COMO PASAJERO EN HELICÓPTERO, MIENTRAS QUE EL ACCIDENTE OCURRA EN CIRCUNSTANCIAS QUE NO SEAN PROPIAS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

- PODRÁN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE TAN SOLO BAJO COBERTURA NO OCUPACIONAL LOS AMPAROS DE MUERTE, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRACIÓN CAUSADAS POR ACCIDENTE, LAS PERSONAS QUE REALICEN LAS SIGUIENTES OCUPACIONES O PROFESIONES: COMERCIANTES, GANADEROS Y AMINISTRADORES DE FINCAS, BOMBEROS, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE CAMIONES, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, POLÍTICOS, MINEROS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAS QUE CONFORMEN

GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES CONSIDERADAS COMO DE ALTO RIESGO. MANTENIENDO LA EXCLUSIÓN DE MUERTE O LESIONES CAUSADAS CON ARMAS CORTO PUNZANTES, EXPLOSIONES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, O MUERTE CON ARMAS DE FUEGO.

CONDICIÓN SEGUNDA.- APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.-