

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES
CODIGO 04042012-1413-P-31-APABMAMD 002

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 y particulares, 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 TEMPLOR 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 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. ASÍ SE HA 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.-
- 1.1.3. Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN.-

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 EN ACCIDENTE.-

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA PRINCIPAL, SI NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS, UNA VEZ SE HAYA DECLARADO JUDICIALMENTE LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO:

- 1.2.1. COMO CONSECUENCIA DE SU DESAPARICIÓN 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
- 1.2.2. CUANDO FUERA VÍCTIMA DE UN HECHO CATASTRÓFICO NATURAL COMO TERREMOTO, INUNDACIÓN Ó MAREMOTO

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 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 CAUSADA INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA AL ASEGURADO (HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO) Y MUERTE OCASIONADA POR HURTO Y/O HURTO CALIFICADO AL ASEGURADO.-
- 2.8. MUERTE CAUSADA 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 Y DESAFÍOS, SEAN ESTAS REMUNERADAS O NO REMUNERADAS, O QUE SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.-

- 2.11. LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO O CONTRAVENCIONES POR LA LEY PENAL 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. 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.-
- 2.16. CUALQUIER ACTO TERRORISTA O TERRORISMO.-
- 2.17. DEL USO INTENCIONAL DE FUERZA MILITAR PARA INTERCEPTAR, PREVENIR O MITIGAR CUALQUIER ACTO TERRORISTA, CONOCIDO O SOSPECHADO.-
- 2.18. CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.-
- 2.19. DEL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIATIVA 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.-
- 2.20. 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.-
- 2.21. 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.-
- 2.22. 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.-
- 2.23. 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: SALVO QUE SE MODIFIQUE LA PRESENTE CONDICIÓN, CIRCUNSTANCIA QUE DEBERÁ CONSTAR EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, 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 SESENTA Y CUATRO (64) 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 SESENTA Y NUEVE (69) 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.-

3.4. LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN.- CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA, SE APLICARÁ EL CONCEPTO DE LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN. LA SUMA ASEGURADA COMO LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN QUE SE ESTIPULA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR PÉRDIDAS DERIVADAS DE UN SOLO EVENTO.-

SI EL MONTO AGREGADO DE TODAS LAS INDEMNIZACIONES PAGADERAS POR RAZÓN DE LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA EXCEDE DEL LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN, LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO DE CADA PERSONA; Y A CADA UNA DE ELLAS PAGARÁ UN PORCENTAJE DE SU PROPIO VALOR ASEGURADO, CORRESPONDIENTE A LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN Y EL MONTO DE LAS INDEMNIZACIONES QUE SERÍAN PAGADERAS DE NO EXISTIR LA CLÁUSULA DEL LÍMITE AGREGADO.

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 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 diagnostico, 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** que se plasmará en las condiciones particulares de la Póliza 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 mas 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 deben 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.-

En consonancia con el artículo 1080 del Código de Comercio (modificado por el parágrafo del artículo 111 de la ley 510 de 1999), **LA COMPAÑÍA** hará el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite, aún 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 de más, 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 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 las condiciones particulares 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.- AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN.-

El Asegurado autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las centrales de información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento financiero como cliente de pólizas de la entidad, e información técnica de seguros.-

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial de la persona registrada en la base de datos de las mencionadas centrales de información, al igual que el suministro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.-

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones del asegurado se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.-

El Asegurado también autoriza a reportar e informar a centrales de información técnica de seguros, la información referente al seguro y causas de siniestros.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.- NOTIFICACIONES.-

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones de esta póliza, deberá consignarse por escrito, salvo el aviso del siniestro al que hace referencia el artículo 1075 del Código de Comercio y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito dirigido a la última dirección registrada por las partes.-

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 COBERTURA DE HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO,
TERRORISMO Y ACTO TERRORISTA
CÓDIGO: 04042012-1413-A-31-APANCHIHTAT 013**

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, 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, QUE SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL MISMO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, OTORGAR LA PRESENTE COBERTURA DEFINIDA EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.-

LA COMPAÑÍA, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), SEGÚN EL CASO, LAS SUMAS A QUE HAYA LUGAR POR LAS COBERTURAS OTORGADAS Y EXPRESAMENTE INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CUANDO EL SINIESTRO OCURRA:

- 1.1. COMO CONSECUENCIA DE MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO Y QUE LE SEAN CAUSADAS POR OTRA PERSONA (HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO).-
- 1.2. POR LAS LESIONES O MUERTE QUE SE PRODUZCAN EN EL ASEGURADO POR EVENTOS CATALOGADOS POR LAS AUTORIDADES COMO TERRORISMO O ACTOS TERRORISTAS.-

PARÁGRAFO I.- LA CONTRATACIÓN EXPRESA DE ESTE AMPARO DEJA SIN EFECTO LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LOS NUMERALES 2.7, 2.8 y 2.16 DE LA CONDICIÓN SEGUNDA (EXCLUSIONES) DE LA PÓLIZA DE COBERTURA BÁSICA A LA QUE SE ADJUNTA EL PRESENTE ANEXO.-

PARÁGRAFO II.- NO SERÁN ELEGIBLES PARA CONFORMAR EL GRUPO ASEGURABLE, LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑEN SUS ACTIVIDADES Ó TENGAN SU DOMICILIO EN LAS ZONAS RURALES DE LOS SIGUIENTES DEPARTAMENTOS: CESAR, BOLIVAR, CÓRDOBA, SANTANDER, NORTE DE SANTANDER, META, NARIÑO, MAGDALENA, URABÁ ANTIOQUEÑO Ó LOS DEPARTAMENTOS DE PUTUMAYO, ARAUCA Y CAQUETÁ, ASÍ COMO BARRANCABERMEJA, Y REGIONES DECLARADAS COMO ZONAS ROJAS.

CONDICIÓN SEGUNDA.- DEFINICIONES.-

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

HOMICIDIO: Se entenderá como tal, los actos que se acomoden a la definición del código Penal Colombiano.

CONDICIÓN TERCERA.- VIGENCIA.-

El inicio de vigencia del presente anexo estará definido en la carátula de la póliza ó en el certificado individual de cobertura.

CONDICIÓN CUARTA.- OTRAS MODIFICACIONES.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de la Póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin ninguna modificación.-

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.
FIRMA AUTORIZADA

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO
CÓDIGO: 18012012-1413-A-35-SLANENGRINFAM001

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 POLIZA, Y EN LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO CONTENIDAS EN LA RESPECTIVA SOLICITUD DE ESTE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL CONTRATO DE SEGURO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN OTORGAR EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO - INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO:

LA COMPAÑÍA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES CONTENIDAS EN LA CONDICION 4 DE ESTE ANEXO, PAGARÁ AL ASEGURADO POR UNA SOLA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS Ó TRATAMIENTOS GENERADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, SI SE CUMPLEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.1.** QUE AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTIQUE, IMPREVISTAMENTE LA ENFERMEDAD DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO DESCRITA EN LA CONDICION 4 DEL PRESENTE ANEXO.
- 1.2.** QUE EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA Y ASÍ CONSTE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO. **LA COMPAÑÍA** SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR O DESIGNAR A UN PROFESIONAL CALIFICADO PARA QUE REALICE LA VALORACIÓN AL ASEGURADO
- 1.3.** QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO SUFRE LA ENFERMEDAD.
- 1.4.** QUE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, EL PRESENTE ANEXO HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR AL “PERÍODO DE ESPERA” O DE CARENCIA. EL PERÍODO DE ESPERA O DE CARENCIA SE ESTABLECERÁ INDEPENDIEMENTE PARA CADA ASEGURADO SEGÚN LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO, EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS.
- 1.5.** QUE NO SEA APLICABLE ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DEL PRESENTE ANEXO.
- 1.6.** QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA A LA ENFERMEDAD CUBIERTA POR UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO, MOMENTO A PARTIR DEL CUAL SE PROCEDERÁ AL PAGO DEL SEGURO, SI SE CUMPLEN LAS DEMÁS CONDICIONES PACTADAS EN ESTE ANEXO.

EN CASO DE RECLAMACIÓN, SI SE CUMPLEN TODOS ESTOS REQUISITOS MENOS EL NUMERAL 1.4, **LA COMPAÑÍA** DEVOLVERÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA, TODAS LAS PRIMAS PAGADAS POR EL MISMO DURANTE LA VIGENCIA AFECTADA Y NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN INDICADA EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES:

LA COMPAÑÍA NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CUANDO LA ENFERMEDAD DEFINIDA EN LA CONDICIÓN 4 PROVENGA DE O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1** CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR, CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO O QUE DEBIÓ SER CONOCIDA POR ELLOS CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO.
- 2.2** ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS.
- 2.3** GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), AMOTINAMIENTO, GUERRA CIVIL, O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS O CAUSAS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL EN LOS PAISES QUE OPERA DICHA NORMA O ESTADO DE SITIO O ESTADO DE CONMOCIÓN INTERNA POR ORDEN DEL GOBIERNO O AUTORIDAD Y USO DE CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
- 2.4** LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

- 2.5 LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIATIVA 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 DERIVADOS DE ESTE HECHO DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.
- 2.6 COMO CONSECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS, NEOPLASIAS MALIGNAS O DEMÁS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O AQUELLAS MANIFIESTAS EN LOS PACIENTES CON EXAMEN POSITIVO DE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).
- 2.7 INTOXICACIÓN POR CUALQUIER AGENTE EXTERNO PUDIENDO SER: DROGAS, PESTICIDAS, VENENO O LICOR.
- 2.8 COMIENZO O DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CON ANTERIORIDAD AL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DENTRO DEL "PERÍODO DE ESPERA", SEGÚN LO INDICADO EN EL NUMERAL 1.4 DE LA CONDICIÓN 1. IGUALMENTE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LAS CONDICIONES PREEXISTENTES, ENTENDIENDO POR LAS MISMAS CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- 2.9 LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO (ESTÉ O NO EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO).
- 2.10 CUALQUIER INCIDENTE CRÍTICO DE LA SALUD, LESIÓN O ENFERMEDAD, DIFERENTE A LA DEFINIDA EN LA CONDICIÓN 4 DE LA PRESENTE PÓLIZA..
- 2.11 SI LA ENFERMEDAD POR LA QUE SE RECLAMA ES DIAGNOSTICADA DESPUÉS DE FALLECIDA LA PERSONA ASEGURADA.
- 2.12 DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE AMPARADA, EFECTUADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO SEA O NO MÉDICO O PROFESIONAL EN ALGUNA RAMA RELACIONADA CON LA SALUD.
- 2.13 DIAGNÓSTICO EFECTUADO POR PRÁCTICAS DIFERENTES A LA MEDICINA ALOPÁTICA U OTROS PRESTADORES DE SALUD NO ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.14 TRANSPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.
- 2.15 NO INCLUYE ESTE SEGURO LA INDEMNIZACIÓN A LAS PERSONAS QUE OBRAN EN CALIDAD DE DONANTES.
- 2.16 ALCOHOLISMO SEA ESTE DIAGNOSTICADO O NO, ENTENDIÉNDOSE COMO EL CONSUMO HABITUAL CONDUCTENTE AL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD CUBIERTA POR ESTE ANEXO, DROGADICCIÓN, USO DE SUSTANCIAS NARCÓTICAS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.
- 2.17 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V). QUEDA COMPRENDIDO DENTRO DE ESTA EXCLUSIÓN CUALQUIER GASTO O ACTIVIDAD ENCAMINADA AL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO CURATIVO O PREVENTIVO ASÍ COMO LAS SECUELAS O CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES.

CONDICIÓN TERCERA. LIMITACIONES:

3.1. PERIODO DE CARENCIA

EL AMPARO CUBIERTO POR EL PRESENTE ANEXO ENTRA EN VIGENCIA DESPUÉS DE QUE HAYA TRANSCURRIDO EL "PERÍODO DE ESPERA" EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA INCLUSIÓN DE CADA ASEGURADO A LA MISMA, CUBRIÉNDOSE SOLAMENTE LA ENFERMEDAD DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, DIAGNOSTICADA Y TRATADA CLÍNICAMENTE CON POSTERIORIDAD A DICHO TÉRMINO Ó PERÍODO DE CARENCIA.

SI LA ENFERMEDAD ES DIAGNOSTICADA DENTRO DEL PERÍODO DE ESPERA CONTADO DESDE EL INICIO DE LA PÓLIZA, LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS PAGADAS, AL VALOR QUE TENGA A LA FECHA DE PAGO LA UNIDAD REAJUSTABLE O MONEDA EN QUE SE HAYA PACTADO ESTE ANEXO, CON UN MÁXIMO EQUIVALENTE A DOCE (12) MESES DE PRIMA, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA ANUALIDAD COMPLETA.

NO SE APLICARÁ ESTA CONDICIÓN PARA LAS SUCESIVAS RENOVACIONES DE ESTE ANEXO.

3.2. PERIODO DE SOBREVIVENCIA

DESPUÉS DE CONFIRMADA LA ENFERMEDAD, EL PAGO SE REALIZARÁ SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS Y SE CUMPLAN LAS DEMÁS CONDICIONES DE ESTE ANEXO.

3.3. EDADES DE ACEPTACIÓN

ESTA PÓLIZA SÓLO ACEPTARÁ EL INGRESO A PERSONAS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS DIECIOCHO (18) Y LOS CINCUENTA Y CUATRO (54) AÑOS Y TRECIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS. LA EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN ES A LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRECIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

3.4. CONFLICTOS ENTRE OPINIONES MÉDICAS

LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN ENTRE EL MÉDICO DE LA COMPAÑÍA Y DEL ASEGURADO EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD AMPARADA, SERÁN DE COMÚN ACUERDO, SOMETIDAS AL CONOCIMIENTO DE UN TERCER MÉDICO ELEGIDO POR AMBAS PARTES. EL CONCEPTO OFRECIDO POR EL PROFESIONAL SERÁ EL QUE ADOPTARÁN LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

3.5. PAGO

DESPUÉS DEL PAGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA POR EL PRESENTE ANEXO, COMO CONSECUENCIA DE RECLAMACIÓN AMPARADA POR EL MISMO, CESARÁ TODA OBLIGACIÓN DE PAGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, PARA CON LA MISMA PERSONA ASEGURADA Y NO SE ACEPTARÁN RENOVACIONES POSTERIORES, INCLUSO SI SE EXCLUYERA EL PADECIMIENTO CUBIERTO EN ALGUNA VIGENCIA ANTERIOR.

3.6. COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

EN CASO DE RECLAMACIÓN, EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DEBERÁ, REMITIR A LA COMPAÑÍA LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, TALES COMO COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA EMITIDA POR UNA INSTITUCIÓN LEGALMENTE CONSTITUIDA PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD Y LA CERTIFICACIÓN POR ESCRITO DE UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA, EN LAS CUALES CONSTE EL DIAGNÓSTICO DEL AMPARO CUBIERTO POR ESTE ANEXO.

CONDICIÓN CUARTA. DEFINICION INFARTO DEL MIOCARDIO:

ES LA NECROSIS O MUERTE CELULAR DE UNA ZONA DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADO POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ BASARSE TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- 4.3.1. HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO.
- 4.3.2. ALTERACIÓN AGUDA EN EL TRAZADO ELÉCTRICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.
- 4.3.3. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS, (CK Y CK-MB) O PROTEÍNAS MIOCARDICAS (TROPONINA T).
- 4.3.4. ESTUDIO DE RADIOISÓTOPOS DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN.

CONDICIÓN QUINTA. DEFINICIONES GENERALES:

5.1. INSTITUCIÓN LEGALMENTE CONSTITUIDA PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD: Establecimiento que:

- a) Posea licencia legal válida y reúna los requisitos legalmente exigidos como Institución Prestadora de Salud.
- b) Se desempeñe exclusivamente en el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
- c) Tenga servicio médico disponible las veinticuatro (24) horas con profesionales en la medicina legalmente titulados.
- d) Tenga servicio de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día, con por lo menos una enfermera titulada.
- e) Tenga facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía y,
- f) Que no sea casa de reposo, ancianato, casa de convalecencia, casa de cuidado de ancianos o institución similar.

5.2. 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.

5.3. ASEGURADO: Es el titular del interés asegurable. En pólizas colectivas es aquella persona que está vinculada a la entidad contratante del seguro mediante relaciones estables de igual naturaleza, que figure

como tal en los registros de dicha entidad, y cuyo vínculo no se haya originado en la voluntad de obtener la prestación del seguro.

5.4. 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. En el amparo cubierto por el presente anexo, el asegurado tiene la calidad de beneficiario.

5.5. INFECCIÓN POR VIH: Infección ocasionada por uno o varios retrovirus relacionados entre sí, que se incorporan dentro del ADN celular del huésped y originan una serie de presentaciones clínicas variadas que van desde el estado de portador asintomático hasta enfermedades fatales.

5.6. 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).

5.7. MÉDICO: Significa un practicante licenciado en medicina general o en alguna de sus especialidades, con licencia legal vigente para ejercer su profesión. El médico que atienda al asegurado no puede ser:

- a) Un asegurado de la póliza en la que también se encuentre cubierto el asegurado.
- b) El cónyuge del asegurado.
- a) Una persona que sea familiar del asegurado o pariente del cónyuge del asegurado, entre ellos, más no únicamente el: hijo, padre o hermano(a), medio hermano(a).

5.8. CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Anexo que hace parte de esta póliza en la cual figuran todos los datos específicos del seguro de cada persona asegurada.

CONDICIÓN SEXTA. SUMA ASEGURADA:

La suma que **LA COMPAÑÍA** pagará por concepto de la presente póliza una vez se cumplan los requisitos citados en este anexo, será la que figure en la carátula de la póliza como "suma asegurada" para el anexo de Enfermedades Graves por infarto agudo al miocardio en las pólizas individuales, ó en las pólizas colectivas, en el Certificado Individual de Seguro de cada asegurado.

CONDICIÓN SEPTIMA. EL CONTRATO Y SUS CONDICIONES:

Forman parte del contrato de seguro la solicitud de seguro, las declaraciones individuales de seguro que presente el asegurado, en la carátula de la póliza, con las condiciones particulares, generales y los anexos a la póliza que **LA COMPAÑÍA** emita al igual que el Certificado Individual de Seguro de cada asegurado.

Cualquier modificación a las condiciones generales y particulares de esta póliza y sus anexos tendrán validez cuando **LA COMPAÑÍA** únicamente lo haga por escrito.

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 mas 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. CIRCUNSTANCIAS MODIFICATORIAS DEL RIESGO Y CAMBIO DE OCUPACIÓN:

De acuerdo con el artículo 1060 del Código de Comercio, el Asegurado o Tomador, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a **LA COMPAÑÍA** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que de acuerdo con el inciso de la condición anterior, signifiquen agravación del riesgo o variación de su

identidad local. El cambio de ocupación se considera como condición modificatoria de los hechos o circunstancias que dieron lugar a la celebración del contrato.

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

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el párrafo 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 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 DECIMA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO:

De conformidad con el artículo 1071 del Código de Comercio, el presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **LA COMPAÑÍA** mediante noticia escrita al Asegurado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Asegurado, en cualquier momento, mediante el aviso escrito enviado a **LA COMPAÑÍA**

En el primer caso, la revocación da 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 del vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta de mutuo acuerdo de las partes.

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. CÁLCULO DE PRIMAS:

Las primas se calcularán sobre la base de las sumas establecidas como aseguradas en la carátula de la póliza ó en el Certificado Individual de Seguro. Si la póliza es colectiva, se tendrá en cuenta además, la clasificación y número de asegurados amparados bajo la póliza. **LA COMPAÑÍA** podrá modificar las primas de la póliza después de transcurrido el primer año de vigencia de la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O CUOTA:

LA COMPAÑÍA y el tomador, podrán acordar el pago fraccionado de la prima del seguro. Igualmente, se podrá acordar que el pago de la primera prima se efectúe para que la póliza entre en vigor a partir de dicha fecha.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA DE GRACIA Y TERMINACIÓN AUTOMÁTICA POR MORA EN EL PAGO:

El tomador de esta póliza se compromete a pagar la prima o fracciones de primas que cause la presente póliza, diferentes a la primera y a las de su renovación, a más tardar, dentro del mes siguiente, contado a partir de la fecha de entrega de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

De acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio modificado por el artículo 82 de la Ley 45/90, la mora en el pago de las primas de tales certificados o anexos, producirá la terminación automática de esta póliza y dará derecho a **LA COMPAÑÍA** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. AVISO DE SINIESTRO:

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

Una vez ocurrido el siniestro, de acuerdo con el artículo 1075 del Código de Comercio, el Asegurado y Beneficiario está obligado a dar noticia a **LA COMPAÑÍA** sobre su ocurrencia dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. DERECHO AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

De conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado y beneficiario deberá demostrar a **LA COMPAÑÍA** la ocurrencia del siniestro, con los documentos médicos que así lo acrediten, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso; para ello, deberán efectuar una reclamación formal.

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 persona asegurada y beneficiaria se compromete con **LA COMPAÑÍA** a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación, entendiéndose que autoriza la consulta de todo el historial médico.-

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, FORMA DE PAGO:

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

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

En consonancia con el artículo 1080 del Código de Comercio (modificado por el parágrafo del artículo 111 de la ley 510 de 1999) **LA COMPAÑÍA** estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acredite aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, **LA COMPAÑÍA** reconocerá y pagará al Asegurado ó 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 OCTAVA. PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN:

La mala fe del Asegurado y Beneficiario 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 y Beneficiario, 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 NOVENA. UNIDAD MONETARIA:

Esta póliza podrá ser emitida en pesos o en cualquier forma de seguro reajutable autorizada por la Superintendencia Financiera. El valor de la Unidad de Valor Real (UVR) podrá utilizarse, previa aprobación del tomador, como factor de indexación para el pago de las primas y de las indemnizaciones.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. RENOVACIÓN:

Mediante el pago de la prima que corresponda, esta póliza podrá ser renovada sin necesidad de someterse a una nueva aprobación por parte de **LA COMPAÑÍA**, cada vez que termine su vigencia, hasta que el asegurado cumpla sesenta y cuatro (64) años de edad y trescientos sesenta y cuatro (364) días y siempre se realizará un nuevo cálculo sobre edad alcanzada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera, 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN FINANCIERA:

El Tomador autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de Información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como cliente Tomador de pólizas de la entidad.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial o y sus asegurados, en la base de datos

de las mencionadas Centrales de Información, al igual que el suministro de la información comercial, financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones del tomador se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. NOTIFICACIONES:

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones de esta Póliza, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. 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.

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Firma Autorizada