

Póliza de Seguro de Accidentes Personales

Condiciones Generales

CODIGO 01022019-1413-P-31-MTEACCSERFDES001-0R0I

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, TEBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRÁCTICA 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 PERIÓDICOS 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 DEFINI-

CIONES 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

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 PIÓGENICAS DERIVADAS DE CORTADURAS O HERIDAS ACCIDENTALES, CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS. ASÍ MISMO, EN CASO DE MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO. TAMPOCO SE OTORGARÁ COBERTURA EN CASO DE EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES 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 DIAGNÓSTICO, 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 EXCLUÍDOS 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 FISCALIZADOS.-
- 2.10.** LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O 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 RADIACTIVA, ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MÁS PERSONAS MUE-RAN 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 APLICARÁ 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.

TOS 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, REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, IRÁN, IRAQ, LIBERIA, SUDÁN 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 PERMANEN-

TE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS LOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIERNA Y UNA MANO SIMULTÁNEAMENTE.-

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 COMPANÍA, 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 COMPANÍA, 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 MÁS DE SEIS (6) MESES DE EDAD Y HASTA LOS VEINTITRÉS (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, POLICÍAS Ó MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE OR-

GANISMOS 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 AÉREO, O MIENTRAS ESTÉ 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 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 patógeno (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

ya 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 inculparable 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 1o. 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 mo-

dificación 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 designación 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 simul-

táneamente 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 empezará 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.-

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Vigencia de los amparos individuales, renovación automática e incremento de valores asegurados y prima a la renovación

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.-

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.

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.-

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 autorizado 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 financiación 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 el Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.-

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Póliza Colectiva de Seguro de Desempleo o de Incapacidad Total Temporal

Código: 01022019-1413-P-24-DESITTSERFDES001-0R01

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMNISTRADA EN LA SOLICITUD DE SEGURO HA CONVENIDO CON EL TOMADOR CELEBRAR PRESENTE CONTRATO DE ACUERDO CON LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES, SEGÚN LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS:

CLÁUSULAS

CONDICIÓN PRIMERA

Coberturas

1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES:

LA **COMPAÑÍA** PAGARÁ LA CUOTA MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN DINERARIA QUE ADEUDE EL ASEGURADO AL BENEFICIARIO HASTA Y POR EL PERÍODO DE BENEFICIO Y EL MONTO MÁXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO PIERDA INVOLUNTARIAMENTE SU EMPLEO Y PERMANEZCA DESEMPLEADO DURANTE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, TENIENDO EN CUENTA LA DEFINICIÓN, ESTABLECIDA EN EL NUMERAL 4.8 DE LA CONDICIÓN 4 DEL PRESENTE CLÁUSULADO Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

PARÁGRAFO: SOLAMENTE HABRÁ LUGAR A LA COBERTURA DE ESTE AMPARO CUANDO EL ASEGURADO HAYA TRA-

BAJADO EN LA MISMA EMPRESA Y/O EN EL MISMO TRABAJO Y/O CON EL MISMO EMPLEADOR POR UN PERÍODO MÍNIMO DE SEIS (6) MESES CONTINUOS E ININTERRUMPIDOS.

2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES:

LA **COMPAÑÍA** PAGARÁ LA CUOTA MENSUAL DE LA OBLIGACIÓN DINERARIA QUE ADEUDE EL ASEGURADO AL BENEFICIARIO HASTA EL PERÍODO DE BENEFICIO Y EL MONTO MÁXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO, EN CASO QUE EL ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE O PADEZCA UNA ENFERMEDAD DE ORIGEN PROFESIONAL O NO PROFESIONAL, DURANTE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE LE CAUSE UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Exclusiones

1. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO DE ESTE SEGURO, CUANDO LA PÉRDIDA DEL TRABAJO O EMPLEO TENGA SU

CAUSA, CONSISTA EN, O SEA CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA DE:

1.1. RENUNCIA O TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE CUALQUIER EMPLEO O TRABAJO POR PARTE DEL EMPLEADO O TRABAJADOR.

1.2. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO ACUERDO ENTRE TRABAJADOR Y EMPLEADOR SIN QUE ESTE ÚLTIMO RECONOZCA SUMA ALGUNA POR MERA LIBERALIDAD.

1.3. HUELGAS.

1.4. PÉRDIDA DEL EMPLEO O TRABAJO DURANTE EL PERÍODO DE CARENCIA.

1.5. DESPIDO DEL EMPLEADO O TERMINACIÓN DEL CONTRATO CON JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA.

1.6. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO POR CUALQUIER CAUSA DURANTE EL PERÍODO DE PRUEBA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA

1.7. MUERTE DEL EMPLEADO ASEGURADO.

1.8. DESPIDO COLECTIVO POR ORDEN O CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DEL TRABAJO.

TAMPOCO OPERARÁ LA COBERTURA CUANDO SE TRATE DE PERSONAS QUE:

1.9. TENGAN LA CALIDAD DE TRABAJADORES O EMPLEADOS EN SU PROPIA EMPRESA O QUE SEAN INDEPENDIENTES O AUTOEMPLEADORES.

1.10. PERSONAS QUE SE ENCUENTREN AMPARADAS BAJO LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES.

1.11. SEAN PENSIONADOS O JUBILADOS.

2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO DE ESTE SEGURO, CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES TENGA SU CAUSA, CONSISTA EN, O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.1. INCAPACIDAD POR EMBARAZO, ALUMBRAMIENTO, MATERNIDAD, ABORTO O CUALQUIER COMPLICACIÓN RESULTANTE DE ESTOS EVENTOS.

2.2. CIRUGÍAS PLÁSTICAS NO RECONSTRUCTIVAS O CUALQUIER COMPLICACIÓN RESULTANTE DE ESTOS EVENTOS QUIRÚRGICOS.

2.3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H).

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.

2.5. LESIÓN INTENCIONALMENTE INFLIGIDA O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONCIENTE O INCONSCIENTE.

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

2.7. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS REMUNERADOS O QUE SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

2.8. LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO O CONTRAVENCIONES POR LA LEY U OTRA REGULACIÓN, Ó CUALQUIER ACTO CONTRARIO A LA LEY QUE PONGA EN PELIGRO SU INTEGRIDAD FÍSICA.

2.9. LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO COMO PILOTO CIVIL O COMERCIAL O TRIPULANTES DE VUELO Y EL VUELO COMO PASAJERO EN HELICÓPTERO.

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

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

2.12. GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U

OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ALBOROTOS POPULARES, ASONADA, SEDI-CIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN, INSURRECCIÓN, INVASIÓN, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MAN-DO O USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO.-

2.13. CUALQUIER ACTO TERRORISTA O TERRORISMO.

2.14. DEL USO O ESCAPE DE MATERIA-LES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDI-RECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIATIVA, ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS.

2.15. LAS LESIONES 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, PLA-NEADORES, RAFTING, KAYAKING, PUEN-TING, BUNGEE O CAÍDA LIBRE, MOTOCI-CLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CA-RRERAS DE AUTOS O LA PRACTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

2.16. EVENTOS CAUSALES DE INCAPA-CIDAD OCASIONADOS POR ESTAR EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, ALCOHOL U OTRAS SUSTAN-CIAS TÓXICAS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO DE-BIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJER-CER LA PROFESIÓN Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.

2.17. TRATAMIENTOS MÉDICOS O CIRU-GÍAS PRACTICADAS POR PERSONAS SIN HABILITACIÓN LEGAL PARA EJER-CER LA PROFESIÓN MEDICA.

2.18. ANOMALÍAS CONGÉNITAS ENTE-NDIÉNDOSE ESTAS COMO AQUELLAS MALFORMACIONES O ALTERACIONES BIOLÓGICAS PRODUCIDAS EN LA FASE EMBRIONARIA O DE GESTACIÓN Y QUE PUEDAN GENERAR ALGUN TIPO DE IN-CAPACIDAD DURANTE LA EXISTENCIA DE LA PERSONA.

2.19. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O CUALQUIER DESORDEN MENTAL O NERVIOSO.

2.20. TAMPOCO OPERARÁ LA COBERTU-RA CUANDO SE TRATE DE PENSIONA-DOS O JUBILADOS O PERSONAS QUE TENGAN COBERTURA BAJO EL AMPARO DE DESEMPLEO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES.

2.21. LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUR-RA DURANTE EL PERÍODO DE CAREN-CIA.

CONDICIÓN TERCERA

Edades de ingreso y permanencia aplicable tanto para la cobertura de desempleo involuntario para trabajadores dependientes como para la incapacidad total temporal para trabajadores independientes

EL ASEGURADO PODRÁ INGRESAR A LA PÓ-LIZA, SIEMPRE Y CUANDO A LA FECHA DE IN-GRESO, SU EDAD SEA MAYOR A 18 AÑOS (EDAD MÍNIMA DE INGRESO) Y MENOR A SE-SENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DIAS (EDAD MÁXI-

MA DE INGRESO). Y PERMANECERÁ EN LA PÓLIZA, HASTA EL DÍA EN EL QUE CUMPLA SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DIAS DE EDAD (EDAD DE PERMANENCIA).

CONDICIÓN CUARTA

Definiciones generales

4.1 PERÍODO DE BENEFICIO: Corresponde al número de meses en que **LA COMPAÑÍA** pagará la cuota mensual de la obligación dineraria que estará expresamente indicado en el certificado individual del seguro. Este periodo no será inferior a 3 meses y con un máximo de 12 meses.

4.2 PERÍODO DE CARENCIA: Es el periodo comprendido entre el inicio de la vigencia de la cobertura expresamente indicado en el certificado individual de seguro y la fecha de activación de las coberturas, durante el cual el asegurado no tendrá amparo en caso de presentarse el desempleo involuntario o la incapacidad total temporal.

Este periodo de carencia solo opera para la vigencia inicial del certificado individual de seguro y no para sus sucesivas e ininterrumpidas renovaciones automáticas.

De acuerdo con lo anterior, los amparos de esta póliza inician el día inmediatamente después de finalizado el periodo de carencia a partir del cual el asegurado tiene derecho a la indemnización.

4.3 PERÍODO DE ESPERA PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES: Es el periodo comprendido entre la fecha de siniestro (desempleo involuntario) y la fecha de inicio de pago de las cuotas de la obligación dineraria, durante el cual el asegurado debe permanecer desempleado. Este periodo está expresamente indicado en el certificado individual del seguro y durante el mismo no hay lugar a pago alguno.

4.4 PERÍODO DE ESPERA PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES: Es el periodo comprendido entre la fecha de siniestro (accidente o enfermedad que dan lugar a la incapacidad total temporal) y la fecha de inicio de pago de las cuotas de la obligación dineraria, durante el cual el asegurado debe permanecer incapacitado total y temporalmente. Este periodo está expresamente indicado en el certificado individual del seguro y durante el mismo no hay lugar a pago alguno.

4.5 ASEGURADO: Es la persona natural deudora de una obligación dineraria otorga-

da por el Tomador y que hace parte del grupo asegurable tal como este se indica en la Condición Quinta de esta póliza.

4.6 BENEFICIARIOS: La Persona Jurídica que tiene la calidad de acreedor del crédito u obligación dineraria tal como se define en este seguro.

4.7 OBLIGACIÓN DINERARIA: Es aquella por la cual una persona natural en calidad de deudor adquiere un compromiso de pago de una suma de dinero, en favor de una persona jurídica llamada acreedor cualquiera que sea la naturaleza de éste.

4.8 DESEMPLEO INVOLUNTARIO: Para los efectos de la cobertura indicada en el numeral 1 de la Condición Primera de esta póliza, se entenderá por desempleo involuntario la finalización de cualquier trabajo o empleo por cualquiera de las siguientes causas:

4.8.1. Terminación del contrato de trabajo sin justa causa por parte del empleador tal como aquella está definida en la regulación laboral colombiana.

4.8.2. Terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre empleado y empleador cuando este último reconozca o pague en favor del primero una suma de dinero por mera liberalidad.

4.8.3. Declaratoria de insubsistencia, despido o finalización de la relación de trabajo o legal y reglamentaria de empleados o servidores públicos de libre nombramiento y remoción.

4.8.4. Supresión o eliminación de cargos por fusión de entidades públicas o privadas.

4.8.5. Liquidación o cierre definitivo de una empresa o entidad pública o privada.

No se considerará despido involuntario para los efectos de este seguro el retiro o finalización de cualquier empleo, trabajo o relación laboral que tenga su causa en la jubilación por vejez.

4.9 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Para los efectos de la cobertura indicada en el numeral 2 de la Condición Primera de esta póliza, se entiende por incapacidad total temporal la causada por un accidente o enfermedad sufrida por el asegurado estando cubierto bajo el presente contra-

to, y que le impida desempeñar su ocupación, profesión u oficio habitual por un tiempo determinado, de acuerdo con la certificación de la E.P.S. (Empresa Promotora de Salud) o la A.R.L. (Administradora de Riesgos Laborales).

4.10 TOMADOR: En concordancia con lo previsto por el artículo 1037 del Código de Comercio es la Persona Jurídica que traslada riesgos, y que, en virtud de las autorizaciones legales otorgadas para el efecto, otorga un crédito o una obligación dineraria a favor de una persona natural actuando como acreedor.

CONDICIÓN QUINTA

Grupo asegurable

Es el conformado por personas naturales que tienen el atributo de clientes, afiliados o usuarios de los servicios ofrecidos por el Tomador y que cumplen con los requisitos de edad de

ingreso mínima y máxima, obligación dineraria existente y exigible y que no tenga la calidad de pensionado.

CONDICIÓN SEXTA

Valores asegurados

En los certificados individuales de seguro se indicará el monto máximo asegurado mensual y el Periodo de Beneficio contratados de acuerdo con las condiciones pactadas en la carátula

de la póliza. El valor máximo de beneficio corresponde al monto asegurado mensual por el número de pagos mensuales contratados.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Vigencia de la póliza colectiva e inicio y vigencia de los certificados individuales

La vigencia de la póliza colectiva será de un año la cual se especificará en la carátula.

Por su parte, cada uno de los certificados individuales de seguro tendrá una vigencia mensual, la cual se indicará en cada uno de ellos en forma específica.

Los certificados individuales incluirán expresamente una cláusula de renovación automática y se renovarán sucesivamente por periodo iguales salvo que:

- a) Haya lugar al pago de la indemnización, caso en el cual se producirá la terminación del certificado individual de seguro, o
- b) El Asegurado manifieste expresamente su deseo de no continuar con la cobertura.

En caso que la póliza colectiva sea revocada o no renovada por el Tomador se producirá la terminación de los certificados individuales.

CONDICIÓN OCTAVA

Declaración del estado del riesgo

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el Asegurado y Tomador están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cues-

tionario que le sea propuesto por el asegurador.

La retención o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegura-

dor, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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

cepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

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

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN NOVENA

Pago de las primas y terminación del contrato por mora en el pago de la prima

La prima correspondiente a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el asegurado dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en el mismo certificado individual de seguro. En todo caso y en concordancia con lo previsto

por el artículo 1068 del C. de Co. la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza terminada automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA

Renovación

La póliza colectiva será renovada anualmente previa negociación entre **LA COMPAÑÍA** y el tomador.

Los certificados individuales serán renovables mensualmente en forma automática tal como se establece en esta póliza y en los certificados individuales de seguro.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza colectiva entre el tomador y **LA COMPAÑÍA**, estos le serán comunicados al asegurado en su respectiva renovación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Revocación del contrato

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por el tomador, la aseguradora o los asegurados según corresponda.

Por el asegurador, mediante noticia 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 en-

vío; por el tomador o asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

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 de vencimiento del con-

trato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de 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 SEGUNDA

Aviso del siniestro

De acuerdo a lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el Asegurado o Beneficiario estarán obligados a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3) días

siguientes a que lo conoció o debió conocer, a través de los diferentes canales de comunicación disponibles en la página web corporativa www.metlife.com.co

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Modalidades de pago de la indemnización

La indemnización a que haya derecho bajo cualquiera de las coberturas de este seguro se pagará bajo una de las siguientes modalidades:

1. **PAGO CONTINGENTE:** Bajo esta modalidad la indemnización se pagará mensualmente de acuerdo con el monto de la cuota de la obligación dineraria cubierta, por un valor máximo igual a la suma asegurada mensual del plan contratado, una vez haya transcurrido el tiempo correspondiente al periodo de espera establecido en la póliza. Este pago mensual continuará mientras el asegurado se encuentre desempleado en el caso de la cobertura de desempleo involuntario para trabajadores dependientes (Condición primera numeral 1) o incapacitado total y temporalmente en el caso de la cobertura de incapacidad total temporal para trabaja-

dores independientes, sin exceder el número máximo de pagos mensuales o periodo de beneficio establecido en el certificado individual del seguro.

2. **PAGO CIERTO:** Bajo esta modalidad la indemnización, se pagará en un una sola cuota equivalente al monto asegurado mensual contratado multiplicado por el número de pagos establecidos en la certificado, una vez haya transcurrido el tiempo correspondiente al periodo de espera establecido en la póliza.

En cada certificado individual de seguro la Compañía indicará expresamente la modalidad de pago que aplica a cada asegurado. No obstante lo anterior, en cualquier caso de duda aplicará la modalidad de pago contingente.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Requisitos para el pago de la indemnización

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclama-

ción al asegurado, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

Para la Cobertura de Desempleo Involuntario:

- Copia del documento de identificación.
- Copia de la carta de despido indicando el motivo del mismo.
- Certificación de la EPS o ARL donde se evidencien las semanas cotizadas o certificación del fondo de pensiones indicando los últimos 6 pagos.
- Extracto de la obligación dineraria de la cual es objeto el seguro.
- Soporte de liquidación de prestaciones sociales.

Para la Cobertura de Incapacidad Total Temporal para trabajadores independientes:

- Copia del documento de identificación.
- Certificación de la EPS donde se evidencia que el asegurado cotiza como trabajador independiente.
- Extracto de la obligación dineraria de la cual es objeto el seguro.
- Original de la incapacidad emitida por la EPS, o ARL indicando la causa de la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Pérdida del derecho a la indemnización

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el asegurado o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, el asegurador sólo podrá deducir de la indemnización el va-

lor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

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 empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.-

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Conocimiento del cliente

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador y el Asegurado 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 anexos.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

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.-

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Notificaciones

Cualquier modificación de la póliza tendrá que hacerse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del avi-

so dirigido a la última dirección registrada de las partes.-

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Mérito ejecutivo de la póliza

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el asegurado o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los compro-

bantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Domicilio, legislación aplicable, territorio y notificaciones

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza. El presente contrato de seguro se

rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Protección de datos personales

El tomador asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

EL TOMADOR declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requerirían

la autorización previa por parte del titular de los datos para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**, se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y EL TOMADOR en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Anexo - Asistencia Cartera Protegida

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 CARTERA PROTEGIDA, 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 CARTERA PROTEGIDA

COBERTURA	MONTO MÁXIMO POREVENTO	EVENTOS POR AÑO
TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA	SIN LÍMITE	1 EVENTO
ASISTENCIA MÉDICA	40 SMDLV	1 EVENTO
GASTOS DE REEXPEDICIÓN DE DOCUMENTOS	50 SMDLV	1 EVENTO
COMPENSACIÓN PARA EL REEMPLAZO DE LA CARTERA O LA BILLETERA	10 SMDLV	1 EVENTO
CERRAJERÍA PARA EL VEHÍCULO	4 SMDLV	1 EVENTO
GRÚA PARA EL VEHÍCULO	5 SMDLV	1 EVENTO
INFORMACIÓN BLOQUEO DEL CELULAR	SIN LÍMITE	3 EVENTOS

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

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 COMPAÑÍA** A TRAVÉS DE 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 DESCRITO 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 LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA 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.

TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Cuando como resultado inmediato y directo del intento de hurto calificado de la billetera o de la cartera o su tentativa, el asegurado sufra lesiones o heridas, que requiera a criterio del operador médico manejo en un centro hospitalario; **LA COMPAÑÍA** adelantará los contactos

y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano e idóneo. El operador médico de **LA COMPAÑÍA** orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

TRASLADO BÁSICO:

Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, **LA COMPAÑÍA** pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un Taxi o una ambulancia básica.

TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA:

Una vez clasificada la situación médica del paciente, **LA COMPAÑÍA** coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano. Para cada caso se tendrán en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza sin límite de cobertura.

ASISTENCIA MÉDICA

Cuando como resultado inmediato y directo del hurto calificado de la billetera o de la cartera del asegurado o su tentativa, este sufra lesiones o heridas, **LA COMPAÑÍA** se encargará de organizar y asumir los gastos que se generen por hospitalización, por intervención quirúrgica, por honorarios médicos y productos farmacéuticos que sean prescritos por el médico tratante hasta un límite de 40 SMDLV, sin ningún deducible. Este límite opera por evento. **LA COMPAÑÍA** mantendrá a través de su departamento médico los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al beneficiario, para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

COBERTURA.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de 40 SMDLV.

GASTOS REEXPEDICIÓN DE DOCUMENTOS

LA COMPAÑÍA se encargará de sufragar los gastos de reposición o de expedición de los duplicados de los documentos del asegurado que sean extraviados o hurtados como consecuencia de la pérdida o del hurto de la billetera o de la cartera, contra la presentación de la denuncia y de los originales de los recibos de pago correspondientes. Lo anterior, siempre que el asegurado lo haya comunicado a **LA COMPAÑÍA** en un lapso no mayor a 24 horas después de ocurrido el hurto o pérdida. Esta cobertura está limitada a 1 evento durante la vigencia cubre los siguientes documentos: licencia de conducción, cédula de ciudadanía, libreta militar, tarjetas débito y crédito. No se cubren gastos de tramitación de pasaporte o visas en caso de pérdida o hurto del pasaporte.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de 50 SMDLV.

COMPENSACIÓN PARA EL REEMPLAZO DE LA CARTERA O LA BILLETERA

En caso de pérdida o hurto de la billetera o de la cartera del asegurado, **LA COMPAÑÍA** asumirá los gastos de reposición hasta por la suma de 10 SMLD, contra la presentación de la denuncia y de los comprobantes originales de la compra que reemplazo el elemento hurtado, siempre que el asegurado lo haya comunicado a **LA COMPAÑÍA** en un lapso no mayor a 24 horas después de ocurrido el hurto

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de 10 SMDLV

CERRAJERÍA PARA EL VEHÍCULO

En caso de pérdida o hurto de las llaves del vehículo del asegurado, **LA COMPAÑÍA** enviará un técnico especializado que se encargará de la apertura del vehículo y en general la mano de obra de dicha labor, excluyendo el valor de las llaves o de la cerradura.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de 4 SMDLV.

GRÚA PARA EL VEHÍCULO

En caso de pérdida o hurto de las llaves del vehículo del asegurado, **LA COMPAÑÍA** enviará a solicitud del ASEGURADO, un recurso de grúa para trasladar el vehículo desde el lugar donde se encuentra al domicilio del asegurado si se encuentra en su ciudad de residencia, o al taller más cercano si se encuentra de viaje.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de 5 SMDLV.

BLOQUEO DEL CELULAR

Por solicitud del asegurado en caso de pérdida o hurto de su teléfono celular, **LA COMPAÑÍA** se encargará de informar los números del operador de comunicación celular donde pueda reportar el evento y realizar el bloqueo.

Esta asistencia se prestará por 3 eventos durante la vigencia de la póliza sin límite de cobertura

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 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 PRESTARÁ AL ASEGURADO LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MEDIO DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS A LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, 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 LA **COMPAÑÍA** 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, 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 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 EL PROVEEDOR Y POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.

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 NI DE **LA COMPAÑÍA**, RESPECTO DE LA COBERTURA, A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO.

EXCLUSIONES GENERALES:

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN ALGUNAS DE LAS COBERTURAS, **LA COMPAÑÍA** NO CUBRIRÁ 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 TRÁNSITO 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 RIES-

- GO 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.