

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO SUMA ANTICIPADA

02/03/2020-1407-A-37-VI-0000000000028-D00I

CONDICIONES GENERALES

Por convenio expreso entre **Compañía de Seguros Bolívar S.A.**, en adelante **LA ASEGURADORA**, y **EL TOMADOR O ASEGURADO**, previo el pago de la prima adicional correspondiente y la inclusión de esta cobertura en la carátula de la póliza, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

1. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Para los efectos del Anexo de Incapacidad Total y Permanente, se entiende como tal, la sufrida por **EL ASEGURADO**, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar cualquier labor remunerativa relacionada con su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días y no haya sido provocada por el asegurado.

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

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

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

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

- **Fecha de Estructuración:** “La fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.

Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral”.

2. EXCLUSIONES

Para todos los efectos, este amparo no cubre la incapacidad total y permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

3. PÉRDIDA

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

3.1. Manos: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

3.2. Pies: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

3.3. Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

4. SUMA ASEGURADA

La suma que **LA ASEGURADORA** pague por concepto del presente anexo será el valor de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza, al momento de la presentación de la reclamación.

Para la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, en caso de existir beneficiario oneroso, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual **LA ASEGURADORA** informe por escrito al beneficiario su aceptación respecto de la incapacidad del **ASEGURADO**.

5. DEDUCCIONES

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente no es acumulable con la de la Cobertura Básica por riesgo de muerte y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la Cobertura Básica del riesgo de muerte de **EL ASEGURADO**.

6. RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

7. VALOR A INDEMNIZAR

Para la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, en caso de existir beneficiario oneroso, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual **LA ASEGURADORA** informe por escrito al beneficiario su aceptación respecto de la incapacidad del **ASEGURADO**.

El saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá a **EL ASEGURADO**.

8. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA DEL ANEXO

8.1. La edad mínima para la contratación del presente anexo es 18 años.

8.2. La edad máxima de contratación es 69 años.

8.3. La edad límite de cobertura y permanencia es 70 años.

9. BENEFICIARIOS

El Beneficiario principal de este anexo es el Beneficiario a título oneroso, y por lo tanto, para excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima, debidamente sustentada. El documento de solicitud de exclusión debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de **LA ASEGURADORA**.

De la misa forma, en el caso del beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda.

El presente **Anexo** permite que este sea cedido o endosado con la póliza, en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

10. TERMINACIÓN

Este anexo se dará por terminado a falta de prórroga, cuando:

10.1. EL ASEGURADO expresamente lo manifieste por escrito, de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual accede este anexo;

En caso de existir Beneficiario Oneroso en la póliza, esta decisión no se hará efectiva hasta que el Beneficiario Oneroso manifieste a **LA ASEGURADORA** su autorización para tal terminación, para lo cual **LA ASEGURADORA** informará a éste dentro de los Treinta (30) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud de revocación del **ASEGURADO**.

10.2. Por **LA ASEGURADORA**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **TOMADOR** o **ASEGURADO**, y al Beneficiario Oneroso, enviado a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días calendario de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

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

10.3. EL ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia de este Anexo;

10.4. EL ASEGURADO reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente Anexo.

El hecho de que **LA ASEGURADORA** haya recibido una o más primas por este **Anexo**, después de que sea revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni dejará sin efecto tal terminación; cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será rembolsada poniéndose a disposición del **ASEGURADO**.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las Condiciones Generales de la Póliza.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma Representante Legal