

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

01/06/2018-1407-A-37-VI-0000000000165-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente **ANEXO** se llamará “**LA ASEGURADORA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, 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

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente 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 realizada por la E.P.S., la A.R.L. y/o entidades autorizadas para tal fin, ésta será válida de acuerdo con la ley 100/93 y sus decretos reglamentarios. En caso de presentarse dudas por parte de la aseguradora, ésta podrá solicitar calificación de la junta médica regional o nacional, caso en el cual el costo de la calificación será asumido por **LA ASEGURADORA**.

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 el asegurador informe por escrito al beneficiario su aceptación respecto de la incapacidad del asegurado.

2. EXCLUSIONES

El presente **ANEXO** no establece exclusiones por intento de suicidio o eventos derivados de o relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH – SIDA.

3. PÉRDIDA

Conforme se emplea aquí el concepto "pérdida" significa con respecto de:

- 3.1. Manos:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- 3.2. Pies:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- 3.3. Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

4. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA DEL ANEXO

- 4.1.** La edad mínima para la contratación del presente **ANEXO** es 18 años.
- 4.2.** La edad máxima de contratación es 69 años y 364 días.
- 4.3.** La edad límite de cobertura es 70 años y 364 días.

5. SUMA ASEGURADA

La determinación del valor asegurado se realizará de la forma establecida en la **CONDICIÓN SÉPTIMA (7)** de las **CONDICIONES GENERALES** de la póliza a la cual accede este **ANEXO**.

6. BENEFICIARIOS

El **BENEFICIARIO** de este **ANEXO** es **EL ASEGURADO** y no podrá designar otro beneficiario. Sin embargo, en caso de existir beneficiario oneroso en la póliza de seguro de vida, dicho **BENEFICIARIO** oneroso será a su vez el **BENEFICIARIO** de este **ANEXO**, caso en el cual, 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**.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por **EL ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de siniestro; el saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá a **EL ASEGURADO**.

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.



7. INDEMNIZACIÓN

- 7.1.** El pago de la indemnización a que hubiera lugar se hará al **ASEGURADO**.
- 7.2.** En el evento en que **EL ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización, en razón a su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.
- 7.3.** El pago se efectuará de conformidad con lo indicado en las Condiciones Cuarta (4), Décima Sexta (16) y Décima Octava (18) de las Condiciones Generales de la póliza a la que accede el presente **ANEXO**.

EL ASEGURADO autoriza a **LA ASEGURADORA** a que solicite 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 médicos; así mismo, se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de este **ANEXO**, cuando la reclamación presentada fuera 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.

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

8. 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**. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

9. EXÁMENES MÉDICOS

En caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que el médico designado por **LA ASEGURADORA** considere pertinentes, luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

10. TERMINACIÓN DEL ANEXO

Este **ANEXO** se dará por terminado a falta de renovación de la póliza a la cual accede.

EL ASEGURADO que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente **ANEXO**, quedará automáticamente excluido de él, sin perjuicio de las causales de terminación contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato de seguro.

11. REVOCACIÓN

Este **ANEXO** podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

11.1. Por **EL TOMADOR** o **ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA ASEGURADORA**, de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Décima Novena (19) y Vigésima (20) de las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede este **ANEXO**, o cuando **EL ASEGURADO** alcance la edad límite para el presente **ANEXO**.

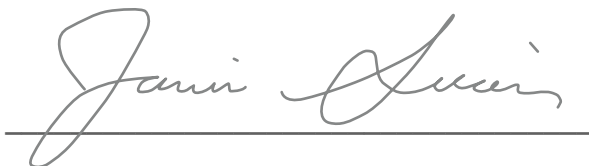
11.2. Por **LA ASEGURADORA**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **TOMADOR** o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

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

Si después de revocado el **ANEXO LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este **ANEXO**, ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación. En todo caso cualquier prima recibida por un periodo posterior será reembolsada.

Cuando la póliza a la cual accede el presente **ANEXO**, tenga **BENEFICARIO(S)** a título Oneroso, **EL ASEGURADO** debe contar con la aceptación de dicho beneficiario, para solicitar la revocación del presente **ANEXO**.

En todo lo no previsto en este **ANEXO**, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal