

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE - BIENESTAR EDUCADORES

26/10/2020-1407-A-34-GR-0000000000153-D00I

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:

PRIMERA - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente por accidente la sufrida por el **ASEGURADO**, que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado por el presente anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

- a) **Aseo personal:** Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.
- b) **Vestirse:** Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.
- c) **Comer:** Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.
- d) **Higiene:** Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma.
- e) **Movilidad:** Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.
- f) **Traslados:** Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por el **ASEGURADO** sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente por Accidente, 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 cincuenta (150) días de incapacidad.

Dichas lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables serán determinadas con base en la historia clínica por parte del médico designado por **LA ASEGURADORA**.

El accidente y la Incapacidad Total y Permanente generada por este, deben tener ocurrencia con posterioridad al inicio de vigencia del producto **BIENESTAR EDUCADORES**.

SEGUNDA - EXCLUSIONES

Para todos los efectos, este amparo no cubre la Incapacidad Total y Permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

TERCERA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo.

CUARTA - PÉRDIDA

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

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

- a) La indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Accidente 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.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si este es contratado) como consecuencia del mismo accidente.

QUINTA - RECLAMACIONES

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el caso de los hijos asegurados, serán beneficiarios los padres en partes iguales, si éste es menor de edad; en caso contrario, es decir, si el hijo es mayor de edad, el pago de la indemnización se realizará al hijo.

Para efectos de la reclamación por este anexo, el **ASEGURADO** debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que determine pertinentes el médico designado por **LA ASEGURADORA** luego de la evaluación preliminar del estado de salud del **ASEGURADO**.

SEXTA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

SÉPTIMA - REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado:

7.1. Por decisión unilateral del **TOMADOR** o **ASEGURADO** mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.

7.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, 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 implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

8.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el **ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

8.2. El pago al **ASEGURADO** de la indemnización derivada de este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos.

8.3. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

Si después de terminado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal