

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE BIENESTAR EDUCADORES

26/10/2020-1407-A-34-GR-0000000000156-D00I

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **LA ASEGURADORA**, en consideración de 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 - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

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 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, 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**.

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.

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 que **LA ASEGURADORA** pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad total y permanente, el **ASEGURADO** o Beneficiario(s) deberá(n) presentar pruebas fehacientes como historia clínica completa que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo, y en caso de ser necesario, **LA ASEGURADORA** podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que considere necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

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** 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.

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 el **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, genera la terminación de la póliza y de todos los demás anexos contratados.

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