

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 18/05/2020-1407-A-34-GR-000000000011-000R

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. AMPARO

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:

- 1.1. 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.
- 1.2. Vestirse:** Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.
- 1.3. Comer:** Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.
- 1.4. Higiene:** Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma.
- 1.5. Movilidad:** Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.
- 1.6. 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.

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

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. SUMA ASEGURADA

Es el valor contratado por cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado el cual se establece Certificado de seguro correspondiente.

4. PÉRDIDA

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

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

5. INDEMNIZACIÓN

- 5.1.** El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.
- 5.2.** 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**.
- 5.3.** 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 el médico designado por **LA ASEGURADORA** considere pertinentes, luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

6. TERMINACIÓN DEL ANEXO

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.

7. EXÁMENES MÉDICOS

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente Anexo.

8. REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

8.1. Por **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA ASEGURADORA**.

8.2. Por **LA ASEGURADORA**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/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.

En todo lo no previsto en este Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.
Firma Representante Legal