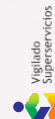


Asistencias Enel X

Tranquilidad para ti y protección
para tu familia.

Más información en
www.enelxstore.com.co



enel x

*Las asistencias ofrecidas a los clientes de Enel son prestadas por AXA Asistencia Colombia S.A. NIT 800.244.309-1, Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia SA ESP. Enel Colombia SA ESP entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Las pólizas incluidas en los planes de asistencia de Enel X son cubiertas por Zurich Colombia Seguros S.A.



INFORMACIÓN PRESTADORES DEL SERVICIO

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ENEL COLOMBIA S.A E.S.P.

NIT 860.063.875-8

PRESTADOR DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

AXA ASISTENCIA COLOMBIA S.A.

NIT 800.244.309-1

LÍNEA DE ATENCIÓN

(601) 646 2832

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.

NIT 860.002.530-0

LÍNEA DE ATENCIÓN

(601) 518 8482 / NUMERAL #723 OPCIÓN 4

RADICACIÓN DE DOCUMENTOS

avisosdesiniestrosenel@zurich.com

Consulta nuestro sitio web www.enelxstore.com/co

Modificaciones, consultas o actualización de datos personales a través de la línea de atención en Bogotá **(601) 5 115 115 opción 1-3-4.**

ANEXO CONDICIONES GENERALES

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCIDENTE: Acontecimiento súbito e imprevisto que provoque a un cliente daños materiales y/o corporales imprevisibles causados únicamente por una causa externa y fortuita. Las enfermedades no serán consideradas accidentes.

AFILIACIÓN: Orientación en la selección de un Plan o Planes de Asistencia de acuerdo con la necesidad expuesta por cada Cliente.

ANEXO DE CONDICIONES PARTICULARES DEL SERVICIO: También denominado Anexo de Condiciones, es el Anexo correspondiente a cada Plan de asistencia que incluye los términos y condiciones del Plan adquirido por El Cliente y que hace parte integral del presente Contrato. Contiene información relacionada con el plan(es) específico(s) seleccionado(s).

ASEGURADO: Persona natural o jurídica que, en virtud de un contrato de seguro, está amparada por las coberturas ofrecidas en la póliza. Es quien se beneficia de la protección frente a los riesgos especificados en el contrato, siempre que cumpla con las condiciones establecidas.

ASEGURADORA: Entidad autorizada legalmente para asumir y gestionar riesgos a través de la emisión de pólizas de seguros. Su función principal es indemnizar o prestar servicios al asegurado en caso de que ocurra un evento cubierto por el contrato de seguro.

CLIENTE: Persona mayor de edad, que se identifica con el nombre, documento de identificación y firma en el formulario de activación, aceptación telefónica grabada o activación a través del portal de internet, de canales digitales, usuario actual del servicio de energía.

COORDINACIÓN: Actividades que incluyen la gestión administrativa, de logística y de cobranza provista por Enel Colombia para la gestión de las solicitudes del Cliente y para que la prestación del servicio por parte de la red de empresas de asistencia se ajuste a los beneficios incluidos en los planes.

EMERGENCIA: Daño súbito e imprevisto que sufra El cliente y que dé lugar a una asistencia.

EMPRESA DE ASISTENCIA: Empresa especializada para la prestación de servicios de asistencia. La empresa de asistencia contará con autonomía e independencia técnica y financiera para la prestación de los servicios por sí o a través de su red de atención de servicios de asistencia. Será la responsable de prestar los servicios de asistencia dentro del territorio.

EVENTO: Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o la prestación de un servicio de asistencia por parte de una empresa de asistencia del plan y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional, operador de la red de empresas de asistencia, se presente ante un Cliente para proceder a la prestación de los servicios solicitados, siempre que responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente contrato, y siempre que los mismos hayan ocurrido durante su vigencia y ámbito territorial convenidos.

FECHA DE ACTIVACIÓN: Salvo que el anexo específico disponga algo distinto, es la fecha a partir de la cual el plan de asistencia estará a disposición del Cliente. Usualmente y salvo excepciones señaladas en cada plan, que comenzará después de la firma o aceptación del formulario de activación.

FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO: Son las causas tales como, pero no limitadas a: guerra,

invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o amenaza de terrorismo, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de autoridades, fenómenos de la naturaleza, condiciones de salubridad pública, epidemias o pandemias y en general toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impida cumplir a Enel Colombia sus obligaciones contractuales.

GRUPO ASEGURABLE: Es el conformedo por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el Seguro de Vida.

PERIODO DE VIGENCIA: Periodo comprendido desde la fecha de inicio de vigencia hasta la fecha fin del contrato o la cancelación por solicitud del cliente del plan contratado por cualquier motivo.

PÓLIZA: Documento que establece el contrato de seguro entre la aseguradora y el tomador. Contiene las condiciones generales, particulares y especiales del seguro, así como las coberturas, exclusiones, valores asegurados, vigencia y derechos y deberes de las partes.

PLAN o PLANES: Plan o planes de asistencia adquiridos por el Cliente y que pueden comprender asistencias al hogar, eléctrica, de electrodomésticos, funeral, médica, de mascotas, de vehículos (Scooters, bicicletas y demás vehículos), entre otros. El cliente podrá adquirir uno o varios planes individuales o familiares y combinarlos entre sí. Los términos y condiciones de cada Plan estarán descritos en el Formulario de Activación correspondiente.

PRECIO PREFERENCIAL: Valor de los servicios de asistencia que son ofrecidos a los clientes de Enel Colombia. Su monto ha sido acordado con las empresas de asistencia de acuerdo con tarifas negociadas por volumen obteniendo una tarifa preferencial para los clientes que pertenezcan al contrato Multiasistencias Enel Colombia. Dicho precio debe ser asumido por El Cliente.

PRESTADOR DE SERVICIOS: Entidad, profesional(es) o técnico(s) que ejecutan las actividades relacionadas con las coberturas del plan de asistencia.

SERVICIOS DE ASISTENCIA: Son los servicios prestados por las Empresas de Asistencia descritos en el Anexo de Condiciones de cada Plan.

SINIESTRO: Evento o acontecimiento previsto en una póliza de seguros que, al ocurrir, genera la obligación de la aseguradora de cumplir con las prestaciones pactadas, como el pago de una indemnización o la prestación de un servicio. Puede ser, por ejemplo, un accidente, una enfermedad, un daño o una pérdida, según el tipo de cobertura contratada.

SMDLV: Salario mínimo diario legal vigente, es el valor determinado por el gobierno colombiano.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona que contrata el seguro y a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

CONDICIONES GENERALES

ENEL COLOMBIA S.A E.S.P. (en adelante Enel Colombia), sociedad constituida mediante escritura pública No. 3480 del 15 de octubre de 1980, de la notaría 18 de Bogotá D.C.; inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá el 17 de agosto de 2007 bajo el No. 01151755 del Libro IX, con NIT. 860.063.875-8, en adelante Enel Colombia, y por otra parte el Cliente, se celebra el presente contrato que se rige por las siguientes cláusulas, así como por los documentos y/o anexos que en su conjunto hacen parte integral del contrato multiasistencia Enel Colombia.

CLAUSULAS

- 1. OBJETO:** El presente Contrato tiene por objeto la prestación de los servicios de afiliación, coordinación y gestión de cobro y recaudo (en adelante “actividades”) de Enel Colombia al Cliente dentro de los diferentes Planes y servicios ofrecidos por las Empresas de Asistencia de reconocida trayectoria seleccionadas por el grupo Enel para prestar servicios de asistencia a un Precio Preferencial.

Para su adecuada ejecución, el Cliente manifiesta confiere un mandato a Enel Colombia para identificar, contratar, mantener y eventualmente reemplazar a las Empresas de Asistencia y/o a las Aseguradoras de su plan contratado. La información sobre los prestadores del servicio vigentes estará actualizada en <https://www.enelxstore.com/co/es> y ante una eventual modificación de la empresa de asistencias, ésta será notificada a la información de contacto suministrada al momento de la afiliación.

Parágrafo Primero: Las Partes reconocen y aceptan que, en ningún caso, los Servicios de Asistencia contenidos en los Planes serán prestados directa o indirectamente por Enel Colombia.

Parágrafo Segundo: El cliente deberá inscribirse en al menos un Plan de asistencia. Cada Plan se regirá de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en su respectivo Anexo de Condiciones particulares, el cual hace parte integral del presente Contrato.

Parágrafo Tercero: El Cliente acepta que los planes de asistencia podrán estar sujetos a modificación.

- 2. VIGENCIA DEL CONTRATO:** El presente contrato tendrá una vigencia anual con facturación mensual y empezará a regir desde la fecha de activación del servicio por parte de Enel Colombia.
- 3. ACCESO AL SERVICIO:** El Cliente deberá dar pleno cumplimiento a los términos y condiciones detallados en el Anexo de Condiciones particulares del servicio de cada plan.

Sin perjuicio de lo anterior, para la prestación de los servicios, el Cliente deberá tener en cuenta el procedimiento que a continuación se indica:

- a. En caso de un evento cubierto por el presente contrato, El Cliente podrá solicitar siempre el servicio de asistencia a través de las líneas de atención dispuestas para tal fin, relacionadas en el apartado “prestadores del servicio y líneas de atención”.
- b. La Empresa de Asistencia confirmará si el cliente de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos de conformidad con el Anexo de Condiciones particulares.

- c. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, la Empresa de Asistencia le prestará al Cliente los servicios solicitados.

4. OBLIGACIONES:

a. OBLIGACIONES DE ENEL COLOMBIA:

1. Prestar los servicios de afiliación, coordinación y gestión de cobro y recaudo a El Cliente.
2. Atender los requerimientos del servicio realizados por el Cliente y canalizarlos con la Empresa de Asistencia correspondiente.
3. Poner a disposición del Cliente el contrato suscrito, el Anexo de condiciones particulares, y demás documentos complementarios.
4. Realizar actividades de cobranza y recaudo mensual por los servicios contratados.
5. Suministrarle al Cliente toda la información relevante respecto de los Planes.

b. OBLIGACIONES DEL CLIENTE

Serán obligaciones del cliente las indicadas a continuación:

1. Al presentarse una emergencia o evento que pueda hacer parte de los beneficios de un Plan Específico deberá realizar el requerimiento del servicio a través de la central telefónica del prestador de servicios.
2. Solicitar el servicio de asistencia cuando sea requerido, informando el nombre de Cliente, y demás datos que sean requeridos para la prestación del servicio de asistencia por parte de la Empresa de Asistencia.
3. Narrar los eventos acontecidos tal como ocurrieron sin incurrir en omisiones que pudieran ser relevantes para la correcta prestación del servicio, describiendo las circunstancias y hechos con la mayor precisión posible.
4. Cumplir con la normatividad vigente relacionada con la prestación de un determinado Plan Específico de Asistencia.
5. Notificar a Enel Colombia, las novedades o cambios en la información suministrada al momento de la afiliación a un Plan Específico, tales como el cambio de domicilio, cambio de teléfono de contacto, modificación del Grupo Familiar Primario.
6. Realizar las reparaciones o intervenciones con las Empresas de Asistencia indicadas por Enel Colombia.
7. Cuando sea requerido para la prestación de los servicios de asistencia, permitir el acceso al personal de las Empresas de Asistencia en condiciones adecuadas de salubridad y seguridad.

Parágrafo Primero: Enel Colombia no realizará reembolsos de servicios de asistencia prestada por un tercero contratado directamente por el Cliente.

5. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:

Comunes a las Partes:

1. Expiración del tiempo de vigencia del Contrato.
2. Fallecimiento del cliente.
3. Si el Cliente suministra información falsa, alterada o errónea que haya modificado los requisitos o la tarifa para adquirir un Plan.

4. Por incumplimiento de una obligación establecida en los términos y condiciones de un Plan Específico. Ante el incumplimiento Enel Colombia previo a la terminación podrá solicitar al Cliente el cumplimiento de las condiciones incumplidas o proceder a la terminación del Contrato.

6. FUERZA MAYOR Y CASO FORTUITO:

Enel Colombia no será responsable por los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

7. RESPONSABILIDAD:

Enel Colombia no será responsable de servicios adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de la empresa de asistencias, de hechos preexistentes al presente Contrato, ni por las pérdidas o daños directos, indirectos, consecuenciales, y en general cualquier tipo de daño derivado de la ejecución del presente contrato. En todo caso la responsabilidad de Enel Colombia estará limitada al valor de la prestación del servicio.

La prestación de cualquiera de los servicios descritos en el presente contrato no implica aceptación de responsabilidad por parte de Enel Colombia, o de las Empresas de Asistencia, frente a la causa que origina la solicitud de prestación de los servicios Multiasistencias.

El Cliente acepta y entiende que Enel Colombia y las empresas de asistencia desempeñan su actividad con plena autonomía técnica, financiera y administrativa, bajo su exclusiva responsabilidad, utilizando para estos fines sus propios recursos y organización. Los servicios Multiasistencia no generarán ningún vínculo laboral o relación de dependencia, subordinación, mandato o representación entre las partes, ni respecto del personal que cada una de ellas contrate para su ejecución y cumplimiento.

Las empresas de asistencia serán los únicos responsables civil, penal o patrimonialmente por los perjuicios que se ocasionen al Cliente durante el desarrollo de las actividades objeto del presente contrato. Por tanto, Enel Colombia queda exonerada de toda responsabilidad civil, laboral, administrativa o penal derivada de la actividad de las empresas de asistencia, y en ningún caso habrá solidaridad entre Enel Colombia y las empresas de asistencia.

8. CESIÓN:

Los derechos y obligaciones derivados del presente contrato podrán ser cedidos o transferidos en forma total o parcial por el Cliente, previo consentimiento y/o autorización de Enel Colombia.

Enel Colombia podrá, con el único requisito de notificar al Cliente, ceder sus derechos de cobro u obligaciones de pago, derivados del Contrato, a favor de cualquier otra empresa filial de Enel Colombia.

9. TRÁMITE PARA RECLAMACIONES:

En caso de inconformidad de El Cliente por la prestación de los servicios otorgados por las empresas de asistencia, dicha inconformidad podrá ser presentada a Enel Colombia por escrito o a través de la línea telefónica de Enel Colombia, quién dispondrá de un plazo máximo de quince (15) días hábiles para dar respuesta por escrito.

10. EPIDEMIAS Y PANDEMIAS:

Las partes se obligan a cumplir los decretos, resoluciones y demás actos legales que expidan las autoridades nacionales o locales para la prevención, mitigación de epidemias y/o pandemias. Sin perjuicio de las disposiciones específicas sobre Fuerza Mayor, las partes reconocen que el presente contrato se celebra durante la ocurrencia de epidemias y/o pandemias. Por lo tanto, se comprometen a monitorear cualquier consecuencia futura que epidemias y/o pandemias pueda tener sobre sus respectivas obligaciones bajo el contrato. Al producirse un impacto generado por el evento de epidemias y/o pandemias, la parte afectada deberá notificar de inmediato el posible impacto a la otra parte y utilizar esfuerzos comerciales razonables para mitigar/eliminar las consecuencias de dicho impacto en sus respectivas obligaciones bajo este contrato.

11. DATOS PERSONALES:

El cliente declara que conoce la política de tratamiento de datos personales de ENEL COLOMBIA disponible en <https://www.enel.com.co/es/politica-de-tratamiento-de-datos.html> y que tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales que no deriven de un deber legal o contractual; igualmente que puede tener acceso a sus datos a la prueba o al uso que se les ha dado, así como a presentar quejas por violación a los derechos que le asisten en los términos de la Ley 1581 de 2012.

Con la suscripción del presente Contrato, el cliente autoriza a Enel Colombia o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a consultar y reportar la información referente a su manejo crediticio a las centrales de riesgo o a las entidades donde se requiera o que manejen o administren bases de datos con los mismos fines. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos.

12. CUMPLIMIENTO CON NORMATIVIDAD ANTICORRUPCION:

Las partes se comprometen a no violar las disposiciones relacionadas con las restricciones de OFAC (United States Treasury Department's Office of Foreign Assets Control) y abstenerse de ejecutar cualquier conducta que directa o indirectamente pueda generar la responsabilidad de la otra parte por violación de la ley o de alguna de estas disposiciones.

ANEXO DE CONDICIONES PARTICULARES DEL SERVICIO

ASISTENCIA LUZ 360 + TRANQUILIDAD VITAL



COBERTURAS

El amparo básico de este seguro busca proteger a los clientes frente al riesgo de fallecimiento por cualquier causa.

VIDA

- Incapacidad total o permanente (I.T.P) por enfermedad o accidente
- Auxilio por maternidad / paternidad
- Enfermedades graves
- Muerte accidental
- Bono canasta
- Bono para educación (por vida)

FUNERAL

- Gastos de entierro o auxilio exequial

ACCIDENTES PERSONALES

- Beneficios por desmembración

RENTAS

- Renta unidad de cuidados intensivos
- Renta diaria por ITP
- Renta diaria por hospitalización

ASISTENCIA LUZ 360

- Reparaciones por daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones eléctricas en el hogar

SUSCRIPCIÓN DIGITAL EL TIEMPO

- Suscripción digital EL TIEMPO
- Acceso al club vivamos el tiempo

ANEXO DE CONDICIONES PARTICULARES DEL SERVICIO**1. COBERTURAS DE LA PÓLIZA**

COBERTURA	VALOR ASEGURADO
Amparo básico de vida plus	\$20.000.000
Incapacidad total y permanente plus	Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Vida
Indemnización adicional por muerte accidental plus	Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Vida
Beneficios por desmembración accidental plus	Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Vida
Enfermedades graves plus	Anticipo del 50% del amparo básico de Vida
Bono canasta familiar por muerte plus	\$4.800.000
Bono canasta familiar por incapacidad total y permanente plus	\$4.800.000
Bono canasta familiar por muerte para educación	\$4.800.000
Auxilio funerario por muerte plus	\$6.000.000
Auxilio por maternidad y/o paternidad plus	\$400.000
Renta diaria por hospitalización plus	\$150.000 por día
Renta adicional por hospitalización en unidad de cuidados intensivos plus	\$100.000
Renta post hospitalaria plus	\$150.000 por día
Máximo valor asegurado individual	\$20.000.000

AMPARO BASICO DE VIDA PLUS

Valor Asegurado: \$20.000.000

Se cubre, suicidio, homicidio, terrorismo, COVID 19, Eutanasia cumpliendo con las disposiciones legales para tal fin y sida no preexistente desde el inicio de vigencia de la póliza.

ZURICH ampara al asegurado contra el riesgo de fallecimiento legalmente comprobado, ocurrido como consecuencia de accidente o enfermedad, durante la vigencia de la póliza, y que no se encuentre excluido.

La cobertura opera bajo las siguientes condiciones:

- La muerte por homicidio está amparada siempre y cuando no sea causada por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.
- Al valor asegurado contratado en este amparo se le deducirá el valor de la indemnización pagada por los amparos adicionales contratados, si en ellos se indica que aplica una deducción sobre este amparo.

El amparo individual de cualquier de los asegurados termina por las siguientes causas:

- Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por muerte o en el momento en que la indemnización de alguno de los amparos opcionales agote el valor asegurado del amparo básico de vida.
- Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por incapacidad total y permanente.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Vida. Se cubre, Homicidio, intento de suicidio COVID 19 y terrorismo desde el inicio de vigencia de la póliza.

ZURICH ampara el riesgo de incapacidad total y permanente que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente o de una enfermedad que no se encuentre excluido. La ocurrencia del accidente y la estructuración de la incapacidad deben darse dentro de la vigencia del seguro. La calificación de la incapacidad debe realizarse por la junta regional o nacional de calificación de invalidez de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez).

Se entiende por incapacidad total y permanente cuando se produzcan lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que generen una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%. Para este evento la fecha del siniestro es la fecha de estructuración.

También se considera incapacidad total y permanente cualquiera de los siguientes eventos que sean consecuencia de un accidente o enfermedad:

- A. La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos;
- B. La amputación de ambas manos o de ambos pies;
- C. La pérdida de toda una mano y de todo un pie;
- D. La pérdida de toda una mano o de todo un pie y la visión por un ojo;
- E. La pérdida total del habla;
- F. La pérdida total de la audición por ambos oídos.

Para efectos de lo anterior, se considerará que hay pérdida cuando se cumplan las siguientes condiciones:

A. Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana o más proximal.
B. Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana o más proximal.
C. Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

- La calificación de la pérdida de capacidad laboral de ser realizada por la EPS, ARL, o Entidad del régimen general de pensiones y en caso de discrepancia por parte de la compañía, la calificación definitiva para este amparo será la establecida por el dictamen de la junta regional o nacional de calificación de invalidez que se encuentre en firme.
- La incapacidad total y permanente por enfermedad debe tener una causa distinta a la generada por cualquier enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual.
- La incapacidad total y permanente por accidente debe tener una causa distinta a las lesiones ocasionadas por el asegurado.
- La incapacidad total y permanente que sea consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas, siempre y cuando no sean conocidos por el asegurado al inicio de vigencia del certificado individual o a la inclusión de los amparos opcionales. O que, siendo conocidas, las haya declarado a la compañía y ésta las hubiere aceptado.

El valor asegurado del amparo opcional de Incapacidad Total y permanente por accidente o enfermedad no es acumulable con el amparo básico de vida y, por lo tanto, el valor de la indemnización que se pague por este amparo será deducido del valor del amparo Básico de Vida.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Vida.

ZURICH se obliga a pagar a los beneficiarios, una indemnización adicional a la pagada por el amparo básico de vida, hasta el límite del valor asegurado señalado en certificado individual de seguro para el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental, cuando la muerte del asegurado sea a consecuencia de un accidente y siempre y cuando ocurra dentro de los 365 días calendario contados a partir de la fecha del accidente.

El valor asegurado del amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental no es acumulable con el valor asegurado del amparo opcional de desmembración accidental ni con el valor asegurado del amparo opcional de incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, el valor de la indemnización será deducido del valor asegurado de tales amparos.

La muerte causada por suicidio, homicidio o su tentativa, estará amparadas sólo si el asegurado contrató un amparo opcional que expresamente otorgue cobertura para esos eventos.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACION ACCIDENTAL PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Vida

ZURICH ampara la desmembración cuando dentro de los 365 días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva de un accidente amparado y no excluido por esta póliza, el asegurado sufriera lesiones corporales (internas o externas). La desmembración debe ocurrir dentro de la vigencia del certificado individual de seguro.

La compañía pagará las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza para el amparo opcional de beneficios por desmembración, los porcentajes que a continuación se describen:

Pérdida o inutilización Indemnización

1. Enajenación mental incurable: 100%
2. Pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos: 100%
3. Pérdida o inutilización de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie: 100%
4. Pérdida o inutilización de una mano o de un pie junto con la pérdida de la visión por un ojo: 100%
5. Pérdida total e irrecuperable de la visión de un ojo: 50%
6. Pérdida total e irrecuperable del habla: 50%
7. Pérdida total e irrecuperable de la audición por ambos oídos: 50%
8. Pérdida o inutilización de una mano o de un pie : 50%
9. Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de su capacidad, o pérdida de un riñón: 50%
10. Ablación o extirpación de la mandíbula inferior: 30%
11. Pérdida total e irrecuperable de la audición por un oído: 25%
12. Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de las manos: 25%
13. Catarata traumática bilateral operada: 20%
14. Catarata traumática unilateral operada: 10%
15. Pérdida o inutilización del dedo gordo de cualquiera de los pies: 10%
16. Pérdida total e irrecuperable del olfato o del gusto: 5%
17. Pérdida o inutilización de un dedo de cualquiera de las manos: 5%
18. Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de los pies: 5%

Se entiende por: a) manos: a la altura de la muñeca o por encima de ella; pies: a la altura del tobillo o por encima de él; dedos: al nivel de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas o por encima de ellas.

Se entiende como pérdida o desmembración, la separación completa por amputación, o la inhabilidad total e irreparable por impotencia funcional. Para el caso de los dedos y artejos se entenderá por pérdida o desmembración la separación completa por amputación de la totalidad de las falanges. La desmembración accidental causada por tentativa de homicidio estará amparada sólo si el asegurado contrató el amparo opcional de muerte por homicidio.

ENFERMEDADES GRAVES PLUS

Valor Asegurado: Anticipo del 50% del amparo básico de Vida

ZURICH, habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde el inicio del amparo individual, pagará al asegurado el valor estipulado en el certificado individual de seguro, cuando mediante pruebas clínicas, paraclínicas, radiológicas y de laboratorio concluyentes, le sea diagnosticada por primera vez la presencia de cualquiera de las siguientes enfermedades establecidas en el presente anexo por un médico autorizado para ejercer la profesión, o cuando requiera por primera vez la práctica de alguna de las cirugías detalladas a continuación:

1. Infarto Al Miocardio
2. Cáncer (Cubre Leucemia, Limfomas, Enfermedad De Hodgkin)
3. Evento Cerebro Vascular O Apoplejía
4. Insuficiencia Renal Crónica

5. Esclerosis Múltiple
6. Revascularización Cardíaca O Bypass
7. Reemplazo De Válvula Cardíaca
8. Trasplante De Órganos Vitales
9. Injerto Aórtico
10. Quemaduras Graves (Gran Quemado)
11. Traumatismo Mayor De Cabeza
12. Enfermedad De Alzheimer
13. Enfermedad De Parkinson
14. Anemia Aplásica O Aplasia Medular Adquirida: Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- a. Transfusión de productos de sangre.
- b. Estimulantes de la médula ósea
- c. Agentes inmunosupresores.
- d. Trasplante de médula ósea

Exclusiones: solo se cubre la anemia aplásica adquirida. Las formas hereditarias como la anemia aplásica familiar y la anemia de Fanconi están excluidas

Documentos adicionales en caso de reclamación: Historia clínica completa de Hematología donde se evidencie el diagnóstico de aplasia confirmado más reportes de aspirado y biopsia de médula ósea

15. Estado De Coma:

Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, que persiste por un periodo de al menos 96 horas y que deja como resultando un déficit neurológico permanente, las causas del coma pueden ser neurológicas como trauma craneoencefálico, accidente cerebrovascular, hemorragia intracraneal, infecciones del sistema nervioso central, tumores encefálicos y/u otras causas sistémicas, como trastornos endocrinos, metabólicos y tóxicos. El diagnóstico siempre debe ser confirmado por un especialista en Neurología y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses. Durante todo el período de pérdida de la conciencia es necesario que el asegurado haya requerido manejo en una unidad de cuidados intensivos con apoyo de sistemas de soporte invasivo como por ejemplo ventilación asistida.

Exclusiones

Se excluye cualquier coma inducido, donde se define a coma inducido o iatrogénico de la siguiente manera: Es un estado similar al coma, producido por la administración de fármacos o sustancias que reducen el metabolismo y flujo cerebral favoreciendo la pérdida de las funciones del tallo cerebral, se utiliza frecuentemente en los pacientes sometidos a ventilación mecánica en unidades de cuidado intensivo y es reversible farmacológicamente.

-Documentación adicional en caso de reclamación:

historia clínica completa incluyendo unidad de cuidados intensivos donde se evidencia el estado de coma - concepto del médico neurólogo que determine el estado de coma. Pruebas respaldatorias
Objetivas: Tomografía, resonancia magnética – electroencefalograma- Potenciales evocados

El valor asegurado del amparo opcional de enfermedades graves no es acumulable con el valor asegurado del amparo básico de vida, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por este amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico de vida. En consecuencia, cuando se pague cualquier suma por indemnización por el amparo de enfermedades graves, el valor

asegurado del amparo básico se reducirá en la misma proporción.

Condiciones como: Ceguera, Sordera, Parálisis, no son consideradas enfermedades Graves, en caso de que un asegurado tenga la calificación de alguna de estas condiciones, el siniestro se analiza a través de la cobertura de ITP.

BONO CANASTA FAMILIAR POR MUERTE PLUS

Valor Asegurado: \$4,800,000

ZURICH, en adición al valor asegurado en el amparo básico pagará, ante fallecimiento del asegurado como consecuencia de un evento cubierto por la póliza, el valor contratado como auxilio de canasta familiar. Se otorga cobertura por COVID.

BONO CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

Valor Asegurado: \$4,800,000

ZURICH, en adición al valor asegurado del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de seguro vida grupo plus pagará, ante la estructuración de una incapacidad total y permanente como consecuencia de un evento cubierto por la póliza, el valor contratado como bono canasta familiar por incapacidad total y permanente. Se otorga cobertura por COVID.

BONO CANASTA FAMILIAR POR MUERTE PARA EDUCACION

Valor Asegurado: \$4,800,000

ZURICH, en adición al valor asegurado en el amparo básico pagará, ante fallecimiento del asegurado como consecuencia de un evento cubierto por la póliza, el valor contratado como auxilio de canasta familiar para EDUCACION. Se otorga cobertura por COVID.

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE PLUS

Valor Asegurado: \$6,000,000

ZURICH, en adición al valor asegurado al amparo básico de vida, pagará el valor contratado como auxilio funerario, ante el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un evento amparado por la póliza de seguro de vida grupo plus. Se otorga cobertura por COVID

AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD PLUS

Valor Asegurado: \$400,000

ZURICH pagará el valor indicado como auxilio de maternidad o paternidad al asegurado en los siguientes casos:

A. Por el nacimiento vivo de un hijo, aun tratándose de alumbramiento múltiple.

B. Por la adopción de un hijo, aun tratándose de adopción múltiple.

- El amparo solo tendrá cobertura si han transcurrido treinta (30) días desde el inicio de la vigencia del seguro.
- La cobertura solo procederá por una única vez por asegurado y por vigencia.
- En caso de que ambos padres tengan el carácter de asegurados bajo la misma póliza, el auxilio será reconocido sólo para uno de los padres.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

Valor Asegurado Diario: \$150.000; Cobertura: 30 días continuos o discontinuos; Deducible: 2 días, 2 eventos por año vigencia.

ZURICH ampara al asegurado y/o beneficiario por el valor diario establecido en el certificado individual de seguro, cuando por consecuencia de un accidente o enfermedad y/o padecimiento no preexistente no excluido, ocurrido durante la vigencia de la póliza, deba someterse a una hospitalización continua.

- La hospitalización del asegurado o beneficiario debe ser un hospital y/o clínica y debe ser superior a 24 horas.
- Los períodos sucesivos de hospitalización que provengan del mismo accidente y que estén separados por períodos menores de noventa (90) días calendario constituirán un solo periodo continuo de hospitalización y serán indemnizados hasta el límite de tiempo de la cobertura contratado.
- Los períodos sucesivos de hospitalización, que provengan del mismo accidente y que estén separados por períodos mayores de 90 días se considerarán como distintos períodos de hospitalización; cada uno de estos será indemnizados hasta el límite previsto para el tiempo de cobertura, siempre y cuando cumpla las condiciones establecidas en el presente amparo.

El deducible se aplicará una vez por cada dolencia o condición médica diagnosticada por el cual sea presentada una reclamación por hospitalización.

- Se otorga cobertura por COVID
- Período de carencia: el asegurado no tendrá derecho a la indemnización, por tratamientos iniciados o realizados dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso a la póliza.

RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PLUS

Valor Asegurado Diario: \$100.000; Cobertura: 15 días continuos o discontinuos; Deducible: 2 días, 2 eventos por año vigencia.

ZURICH ampara al asegurado y/o beneficiario cuando por consecuencia de un accidente o enfermedad y/o padecimiento no excluido, ocurrido durante la vigencia de la póliza, deba someterse a una hospitalización continua y sea internado en la unidad de cuidados intensivos.

El deducible en días de espera será en conjunto con el amparo opcional de renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad y/o padecimiento, es decir, se le aplica a lo que ocurra primero en el tipo de hospitalización, siempre y cuando el amparo opcional de renta adicional por hospitalización en unidad de cuidados intensivos por accidente o enfermedad y/o padecimiento sea contratado y el evento y causa que llevó a la hospitalización sea la misma.

- La presente cobertura es excluyente de la Renta Hospitalaria y Viceversa.
- Se otorga cobertura por COVID.
- Período de carencia: el asegurado no tendrá derecho a la indemnización, por tratamientos iniciados o realizados dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso a la póliza.

RENTA POST HOSPITALARIA PLUS

Valor Asegurado Diario: \$150.000; Cobertura: 5 días continuos o discontinuos; Deducible: 2 días, 2 eventos por año vigencia.

Si por prescripción médica el asegurado debe recluirse en su domicilio o casa de habitación mientras dure el periodo de incapacidad total temporal derivada de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, la compañía indemnizará esta incapacidad temporal mediante el pago de una renta diaria post hospitalaria, siempre que el asegurado haya estado hospitalizado como mínimo tres días y hasta por periodo igual al periodo de hospitalización, con un máximo de días pactado en las condiciones particulares de la póliza, que se indicará en el certificado individual de seguro.

- La incapacidad total temporal debe ocurrir dentro del período de vigencia del certificado individual de seguro.
- Este amparo cubre un evento por vigencia, salvo pacto en contrario.
- En este amparo se entiende por hospitalización, la reclusión en una institución hospitalaria legalmente establecida y aprobada, por un período de mínimo de 24 horas.
- La incapacidad total temporal debe ocurrir dentro del período de vigencia del certificado individual de seguro.
- Período de carencia: el asegurado no tendrá derecho a la indemnización, por tratamientos iniciados o realizados dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso a la póliza.

ACEPTACION DE ASEGURADOS

Todos los asegurados podrán ser aceptados dentro de la póliza, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad definidos.

MUERTE POR HOMICIDIO PLUS

ZURICH cubre mediante este amparo opcional, el fallecimiento accidental del asegurado producido por homicidio, que se encuentra excluido en el amparo opcional adicional de indemnización adicional por muerte accidental plus, ocurrido dentro de la vigencia del seguro, siempre y cuando se encuentre contratado expresamente.

Para efectos de este amparo, se entenderá por homicidio la muerte causada al asegurado por otra persona.

MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: Máximo Valor Asegurado Individual \$20.000.000

2. EXCLUSIONES PÓLIZA VIDA

AMPARO BÁSICO DE VIDA PLUS

El fallecimiento causado directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado o motín.

El fallecimiento como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.

El fallecimiento causado por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.

El fallecimiento del asegurado que tenga como causa o sea consecuencia de enfermedades o patologías y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la vigencia del certificado individual de seguro.

Parágrafo: La compañía no estará obligada a proveer cobertura, realizar pagos, prestar servicios u otorgar beneficios al asegurado o a terceros, relacionados con la póliza, en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del tomador y/o asegurado, sea

violatoria de leyes o regulaciones sobre sanciones económicas o comerciales, locales o internacionales que le sean aplicables a Zurich.

NOTA: Se dejan sin efecto las siguientes exclusiones contenidas en el condicionado general de la póliza para la presente cobertura:

- D. El fallecimiento por participación del asegurado en riñas.
- E. El fallecimiento por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- G. El suicidio, si el asegurado se quitare la vida antes de haber transcurrido un (1) año desde la fecha de inicio de la primera vigencia del certificado individual.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones, aplican las siguientes:

- A. Incapacidad total y permanente por accidente producida por el uso de vehículo o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación, o como pasajero en vuelos no comerciales.
- B. Incapacidad total y permanente causada por la participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.
- C. El estado de coma provocado por el abuso del alcohol, sustancias tóxicas o drogas no prescritas por un médico.
- D. La incapacidad total y permanente por enfermedad que se haya manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual, o por accidente que no haya ocurrido dentro de la vigencia del certificado de seguro.

NOTA: Se dejan sin efecto las siguientes exclusiones contenidas en el condicionado general de la póliza para la presente cobertura:

- E. La incapacidad total y permanente por accidente como consecuencia de lesiones ocasionadas por el mismo asegurado, incluida pero no limitada a la tentativa de suicidio.
- F. La incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente en motocicleta, motoneta u otros vehículos a motor de solo 2 ruedas, si el asegurado es menor de 25 años ya sea como conductor o acompañante.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza seguro de vida grupo plus a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para la indemnización adicional por muerte accidental en los siguientes eventos:

- A. Eventos causados directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar

usurpado o motín.

B. Prestación del servicio militar, en servicio activo y/o en ejercicio de sus funciones como militar, naval, aéreo o de policía, miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante.

C. Participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.

D. Participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo.

E. Por accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.

F. Fisión o fusión nuclear o radioactividad, sea en forma directa o indirecta.

G. Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.

H. Intoxicación, salvo que se trate de envenenamiento causado por un tercero cuando el amparo de muerte por homicidio haya sido contratado.

I. Estrangulamiento de hernias de cualquier clase.

J. Infección bacteriana y tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente amparado por esta cobertura; cualquier enfermedad corporal o mental, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, pandemias y epidemias.

K. Lesiones corporales (internas o externas) que sufra el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, o que tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.

L. Enfermedades producidas por la picadura de insectos (vectores) que causen enfermedades tales como, pero sin limitarse a paludismo, la leishmaniasis, enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana, dengue, fiebre amarilla, chikunguña, filariasis linfática, entre otras.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza seguro de vida grupo plus a la cual este accede y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para la desmembración:

A. Por lesiones causadas por un tercero con arma de fuego, cortante, punzante u objeto contundente, o con explosivos salvo que haya sido contratado el amparo opcional de muerte por homicidio.

B. Por la prestación del servicio militar, en servicio activo y/o en ejercicio de sus funciones como militar, naval, aéreo o de policía, miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante.

C. Por la participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.

D. Por la participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo o contravención, en calidad

de autor, cómplice o encubridor. La desmembración derivada de lesiones ocasionadas por el mismo asegurado con la intención de suicidarse, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.

E. Por la lumbalgia, espasmos musculares o hernias de cualquier clase.

F. Por accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.

G. Por intoxicación o envenenamiento.

H. Por infección bacteriana y tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente amparado por esta cobertura; cualquier enfermedad corporal o mental, hernias de cualquier clase, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, pandemias y epidemias.

I. Por enfermedades congénitas o adquiridas, lesiones por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.

J. Por la picadura de insectos (vectores) que causen enfermedades tales como, pero sin limitarse a paludismo, la leishmaniasis, enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana, dengue, fiebre amarilla. Chikunguña, filariasis linfática, entre otras.

ENFERMEDADES GRAVES

Para este amparo son aplicables las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para ninguna de las enfermedades graves objeto de este amparo que sean consecuencia o estén relacionadas con:

1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), al igual que cualquier enfermedad derivada de este.

2. Accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o no con anterioridad al inicio de vigencia del presente anexo y que por sus síntomas o signos no pudiesen pasar desapercibidos por el asegurado.

3. Enfermedades, anomalías o malformaciones de origen congénito, ya sean conocidas o no por el asegurado.

4. El cáncer no invasivo o in-situ, cáncer de seno no metastásico, cáncer de útero no metastásico, leucemia linfocítica crónica, y cualquier tipo de cáncer de piel, exceptuando el melanoma maligno.

5. La angiografía, angioplastia, y/o cualquier otra intervención intra-arterial, al igual que los tratamientos laser, la valvuloplastia y la valvulostomía.

6. Isquemias cerebrales transitorias.

7. Accidentes o lesiones causados cuando el asegurado se encuentre, voluntariamente, bajo la influencia de sustancias tóxicas, heroicas, alucinógenas o cualquier otra que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.

8. Accidentes que sufra el asegurado cuando se encuentre viajando como parte de la tripulación o como pasajero de cualquier tipo de aeronave privada.

9. Erupciones volcánicas, temblores de tierra, terremoto, tifón, huracán, ciclón o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.

10. El evento de una segunda reclamación por la misma enfermedad grave cubierta por la póliza y que ya haya sido objeto de una indemnización previa por parte de ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.

11. Diagnósticos realizados por personas que no ostenten título de medicina debidamente acreditado de acuerdo con las normas vigentes para el ejercicio de su profesión.

BONO CANASTA FAMILIAR POR MUERTE Y EDUCATIVO

Se aplican las mismas exclusiones generales que las indicadas para el amparo básico de la póliza de seguro de vida grupo.

BONO CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

Se aplican las mismas exclusiones generales que las indicadas para el amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de seguro vida grupo plus.

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE PLUS

Para este amparo adicional se aplican las mismas exclusiones generales para el amparo básico de la póliza de vida grupo plus.

AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD PLUS

Para este amparo son aplicables las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no operará el auxilio por maternidad o paternidad cuando sea consecuencia de:

A. Nacimientos de hijos sin vida.

B. Adopciones que no estén acreditadas legalmente.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para los siguientes eventos:

- Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- Hospitalizaciones consecuencia de tratamientos psiquiátricos o psicológicos,
- Estados de demencia, curas de sueño, reposo o descanso.
- Hospitalizaciones consecuencia de tratamientos por alcoholismo y/o drogadicción.
- Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de obesidad de cualquier tipo, incluyendo la obesidad mórbida.
- Hospitalizaciones por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sida.
- Hospitalización por cirugías consecuencia de defectos de refracción visual.
- Tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos orientados al feto.
- Hospitalización por los reconocimientos médicos o exámenes de chequeo general o de rutina, de tamizaje o preventivos.
- La hospitalización por un periodo continuo o sucesivo derivada de lesiones o accidentes ocasionados por el mismo asegurado o beneficiario con la intención de suicidarse, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
- Mutilación voluntaria o lesiones intencionalmente infringidas, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia
- Hospitalizaciones y/o cirugías a consecuencia de tratamientos por infertilidad y/o planificación familiar.
- Tratamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos consecuencia de complicaciones del embarazo o parto.
- Tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos relacionados o consecuencia de tratamientos odontológicos.
- Cirugía estética para fines de embellecimiento, cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sea a consecuencia directa de enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de este anexo y cubiertos por el mismo.
- Hospitalización domiciliaria o en instituciones no autorizadas para la prestación de servicios médicos.
- Hospitalizaciones a consecuencia de la participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente,

paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, Motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.

RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PLUS

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza de seguro de vida grupo plus a la cual accede este amparo opcional y en adición están excluidos los mismos eventos indicados en el amparo opcional de renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad y/o padecimiento.

RENTA POST HOSPITALARIA PLUS

Para este amparo son aplicables las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para renta post hospitalaria, objeto de este amparo, que sea consecuencia o esté relacionada con:

- a) Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- b) Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- c) Hospitalizaciones consecuencia de tratamientos psiquiátricos o psicológicos, estados de demencia, curas de sueño, reposo o descanso.
- d) Hospitalizaciones consecuencia de tratamientos por alcoholismo y/o drogadicción.
- e) Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de obesidad de cualquier tipo, incluyendo la obesidad mórbida.
- f) Hospitalizaciones por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el virus de inmunodeficiencia humana (vih) o sida.
- g) Hospitalizaciones y/o cirugías a consecuencia de tratamientos por infertilidad y/o planificación familiar.
- h) Hospitalización por tratamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos consecuencia de complicaciones del embarazo o parto.
- i) Hospitalización por tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos relacionados o consecuencia de tratamientos odontológicos.
- j) Hospitalización por cirugías consecuencia de defectos de refracción visual.
- k) Tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos orientados al feto.
- l) Hospitalización por cirugía estética para fines de embellecimiento, cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sea a consecuencia directa de enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de este anexo y cubiertos por el mismo.
- m) Hospitalización domiciliaria o en instituciones no autorizadas para la prestación de servicios médicos.
- n) Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios como consecuencia de accidentes por la utilización de o la práctica de deportes o actividades denominadas de alto riesgo y/o extremas.
- o) Hospitalizaciones consecuencia de intento de suicidio y lesiones causadas voluntariamente por el asegurado contra su voluntad física.
- p) Hospitalización por los reconocimientos médicos o exámenes de chequeo general o de rutina, de tamizaje o preventivos.
- q) Participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas,

espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.

EDADES INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO BASICO DE VIDA	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 70 años Máxima de Permanencia: 80 años 364 días
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
BENEFICIOS POR DESMEMBRACION ACCIDENTAL	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
ENFERMEDADES GRAVES	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
BONO CANASTA FAMILIAR POR MUERTE	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 70 años Máxima de Permanencia: 80 años 364 días
BONO CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 70 años Máxima de Permanencia: 80 años 364 días
AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 50 años Máxima de Permanencia: 50 años 364 días
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días
RENTA POST HOSPITALARIA	Mínima de Ingreso: 18 años Máxima de Ingreso: 65 años Máxima de Permanencia: 65 años 364 días

DOCUMENTOS PARA ATENCIÓN SINIESTROS

AMPARO BASICO DE VIDA PLUS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Fotocopia del registro civil de defunción.

- Historia clínica con antecedentes.
- En caso de muerte presunta, sentencia proferida por autoridad judicial.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.
- En caso de muerte accidental: Certificación de Fiscalía y croquis en caso de accidente de tránsito.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Copia de la historia clínica con antecedentes.
- Copia de la declaración del médico tratante.
- Dictamen de Junta calificadora medica regional, EPS o ARL donde indica porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, fecha de dictamen y fecha de estructuración. (incluyendo la respectiva ponencia)

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL PLUS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado o documento de identidad.
- Acta de levantamiento de cadáver, Necropsia, informe de autoridad competente Fiscalía o fotocopia legible del croquis de tránsito, según el caso.
- Fotocopia del registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.

BENEFICIOS POR DESMEMBRACION ACCIDENTAL PLUS

- Carta del reclamante presentando la solicitud de indemnización
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Historia clínica completa, incluyendo informe médico en el cual se indique el origen, evolución y naturaleza de la desmembración.
- Dictamen de pérdida de incapacidad por la ARL, EPS, o junta regional o nacional de calificación de invalidez.

ENFERMEDADES GRAVES PLUS

- Los beneficiarios designados en el certificado individual de seguro deberán acreditar la ocurrencia del siniestro, Es decir, la clase de enfermedad, su origen, consecuencias, evolución y diagnóstico, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos:
- En caso de CANCER: Resultados de anatomía patológica e historia clínicas.
- En caso de ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Certificado del médico especialista y Resultado de exámenes médicos practicados, copia de historia clínica.
- En caso de INSUFICIENCIA RENAL CRONICA: Certificado del médico especialista y resultado de exámenes médicos practicados, copia de la historia clínica.
- En caso de INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: Copia de la historia clínica completa. Electrocardiogramas y ecocardiograma (Lectura) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardiacas.
- En caso de CIRUGIA ARTERIOCORONARIA: Reporte de la angiografía coronaria o la descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.
- En caso de ESCLEROSIS MULTIPLE: Resonancia magnética que permita observar las placas de desmielinización e historia clínica.

- En caso de TRANSPLANTE DE ORGANOS: Historia clínica con el nombre quirúrgico, descripción del procedimiento.
- En caso de GRAN QUEMADO: Historia clínica.

BONO CANASTA FAMILIAR POR MUERTE PLUS

Aplican los mismos documentos de la cobertura básica de Vida

BONO CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PLUS

Aplican los mismos documentos de la cobertura Incapacidad Total y Permanente

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE PLUS

Aplican los mismos documentos de la cobertura básica de Vida

AUXILIO POR MATERNIDAD Y/O PATERNIDAD PLUS

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Registro civil nacimiento del menor o sentencia judicial de adopción ejecutoriada.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

RENTA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PLUS

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

RENTA POST HOSPITALARIA PLUS

- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de informe clínico u hospitalario donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.
- Resolución de la invalidez temporal emitida por la clínica u hospital de la ARL o EPS que acrediten la incapacidad.

CLAUSULAS ADICIONALES PÓLIZA VIDA

AMPARO AUTOMATICO

La presente póliza contempla un amparo automático de treinta (30) días para todos los nuevos asegurados con edad menor o igual a sesenta y cuatro (64) años y hasta máximo valor asegurado de \$20.000.000 que entren a formar parte del grupo asegurable, a partir de la fecha en que sea reportado por el tomador a la compañía.

La Compañía concede amparo automático con diligenciamiento de solicitud de seguro o requisitos

de asegurabilidad para los aumentos de suma asegurada menor o igual al 30% siempre y cuando sean menores de 64 años, a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador.

Para asegurados con edad o valor asegurado superior a los mencionados anteriormente y/o para aquellas personas que respondan afirmativamente a las preguntas de carácter medico sin importar su edad o valor asegurado; la compañía se reserva el derecho de exigir el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

CLAUSULA DE PREEXISTENCIAS: Hasta \$20.000.000

La Compañía asumirá indemnizaciones únicamente en la cobertura Básica de Vida e incapacidad Total y Permanente, si ésta es ocasionada por enfermedades preexistentes hasta la suma asegurada de \$20.000.000, aunque hayan sido diagnosticadas con anterioridad al momento del ingreso al seguro.

NOTA ACLARATORIA:

- 1) Los ingresos de asegurados con valor total Asegurado inferior a \$20.000.000 podrán no diligenciar el formato de solicitud de seguro, sin embargo debe ser reportado por medio a la Compañía para su inclusión en el grupo asegurado, en el momento de enviar la base de datos para el cobro de prima.
- 2) Los ingresos de asegurados con valor Asegurado superior a \$20.000.000 deberán diligenciar solicitud de seguro y serán cubiertos bajo las condiciones estipuladas por la Compañía en sus condiciones particulares y generales una vez aplicados los criterios de selección definidos en la póliza.

CLAUSULA DE SANCIONES ECONOMICAS

La compañía no estará obligada a proveer cobertura, realizar pagos, prestar servicios u otorgar beneficios al asegurado o a terceros, relacionados con la póliza, en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del Tomador y/o Asegurado, sea violatoria de leyes o regulaciones sobre sanciones económicas o comerciales, locales o internacionales que le sean aplicables a ZURICH.

COBERTURA AMPLIA DE VUELO

Se extiende a amparar la muerte o lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de accidente aéreo, siempre y cuando el asegurado viaje en calidad de pasajero, en líneas comerciales, en rutas autorizadas por la aeronáutica civil. Se deja claro que esta cobertura no opera como valor adicional, sino que se extiende la cobertura de muerte accidental.

CONDICION DE NO DILIGENCIAMIENTO DE SOLICITUD DE SEGURO:

La compañía aseguradora conviene con el tomador y/o asegurado en no exigir el diligenciamiento de la solicitud de seguro por los solicitantes del seguro cuya edad no sea superior a 65 AÑOS 365 DIAS y cuyo valor asegurado sea de hasta de \$20.000.000, salvo que el solicitante padezca o haya padecido o le hayan sido diagnosticadas enfermedades mentales, cerebrovasculares, renales, cáncer, cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, hipertensión arterial, diabetes, alcoholismo, tabaquismo drogadicción, Sida, y en general, cualquier otro tipo de enfermedad o patología pre - existente a la fecha de iniciación del amparo individual o incremento de valor asegurado, caso en el cual deberá declarar estos hechos”

CONTINUIDAD DE COBERTURA

La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de cobertura, sin exigir para ello ningún requisito de asegurabilidad por edad, valor asegurado o estado de salud, a todos los asegurados que se trasladen a la póliza de vida grupo y que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza con ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran vigente con la anterior aseguradora.

Es condición indispensable para otorgar este beneficio, que el tomador suministre a la compañía copia del último listado emitido por la aseguradora de la cual es trasladado el grupo con plazo máximo de treinta (30) días con la siguiente información: nombres, apellidos, documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas, limitaciones de cobertura y extra primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados.

CONVERTIBILIDAD

El asegurado principal menor de setenta (70) años que revoque su seguro o que, por causa distinta al pago de un siniestro, se separe del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrá derecho a ser asegurado de manera individual con cualquier otra compañía de seguros con la que ZURICH tenga un contrato o convenio. Lo anterior sin la exigencia del cumplimiento de requisitos de asegurabilidad, garantizando la misma suma asegurada vigente del amparo básico al momento de retirarse del grupo sin beneficios adicionales, siempre y cuando solicite la convertibilidad dentro del término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro que la otra compañía expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones respectivas del asegurado y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud.

Si el asegurado fallece después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiera expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El amparo individual de cualquier de los asegurados termina por las siguientes causas:

- A. Por falta de pago de la prima, una vez vencido el periodo de gracia estipulado.
- B. Cuando el asegurado solicite por escrito la revocación del seguro.
- C. Cuando el Tomador solicite revocar la póliza o no renovar.
- D. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por muerte o en el momento en que la indemnización de alguno de los amparos opcionales agote el valor asegurado del amparo básico de vida.
- E. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por incapacidad total y permanente.
- F. En caso de haberse otorgado la posibilidad de asegurar al cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hermanos y/o hijos dependientes del asegurado principal, su cobertura finalizará en caso de fallecimiento del asegurado principal o salida de este del grupo asegurado.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro de acuerdo con lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio.

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por ZURICH.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo pero ZURICH sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio, el cual indica que transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (Artículo 1058, Código de Comercio).

Aunque ZURICH prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 del Código de Comercio, ni de las sanciones a las que su infracción dé lugar. ZURICH se reserva el derecho a solicitar la información médica requerida del asegurado con el fin de verificar las declaraciones presentadas.

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1161 del Código de Comercio.

ERRORES U OMISIONES

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo según la solicitud de seguro suscrita por él. La inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidas por LA COMPAÑIA la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas produce la nulidad relativa del seguro. sin embargo, si el tomador incurriere en errores o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el presente contrato no será nulo ni habrá lugar para la aplicación del inciso tercero del Código de comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada.

ERROR EN LA DECLARACION DE EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1161 del Código de Comercio, que indica que, si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- 1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 (Nulidad relativa del contrato del seguro);
- 2) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y
- 3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

IRREDUCTIBILIDAD.

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la Declaración de Asegurabilidad o en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

JURISDICCION, NOTIFICACIONES Y DOMICILIO.

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

La notificación se realizará en la última dirección registrada por el asegurado o Tomador, respectivamente.

Sin perjuicio de las disposiciones correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO

Si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones a las condiciones de la póliza que representen un beneficio a favor del asegurado, sin que impliquen un aumento a la prima originalmente pactada, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza.

MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO.

En caso de desaparecimiento de algún asegurado bajo la presente póliza, la compañía pagará la indemnización con la sola presentación y admisión de la demanda de presunción de muerte por desaparecimiento ante la autoridad competente, previa constitución de la caución consagrada en el artículo 1145 del código de comercio.

PAGO DE EXAMENES MEDICOS

Los exámenes pagados por ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. serán los relacionados en la anterior tabla, sólo por su primera vez. Si el área Médica concluye que necesita exámenes adicionales a los anteriores y/o repetirlos es el usuario quien debe pagar por los mismos.

PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

La eventual reticencia o inexactitud solo podrá ser alegada por la aseguradora si tal error en la declaración del estado del riesgo tiene relación de causalidad con el siniestro, por lo que, en caso contrario, la aseguradora reconocerá el valor asegurado.

De acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio se presenta reticencia o inexactitud cuando el tomador o asegurado omite declarar hechos o circunstancias acerca del estado del riesgo, que, de haber sido conocidos por el asegurador al momento de contratar, éste se hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavados de activos, el Tomador, el (los) asegurado (os) y el (los) beneficiario (s), según sea el caso, se obligan a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

REPORTE DE ASEGURADOS

El reporte de valores asegurados del mes inmediatamente anterior se hará de manera vencida los primeros 15 días del mes siguiente.

Este archivo deberá contar con la siguiente información:

No. cédula, nombre del asegurado, fecha de nacimiento, valor asegurado, género, correo electrónico (se requiere el correo para el envío de los certificados individuales según sea el caso, aplicando lo indicado en la circular 040 de la Super Financiera)

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Diligenciamiento de la solicitud de seguro (ZUR_Formato_Solicitud_Vida_v14) para Todo el personal nuevo.

Para los asegurados que en su declaración de asegurabilidad manifiesten alguna enfermedad se debe solicitar a ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. (vía e-mail) las condiciones de aceptación o rechazo para el ingreso a la póliza.

Los asegurados que no manifiesten ninguna enfermedad quedan asegurados de manera inmediata.

REVOCACION

El tomador y/o asegurado podrán revocar el seguro y quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por ZURICH o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde y el tomador será responsable de pagar a la compañía todas las primas debidas en esa fecha.

El presente contrato no podrá ser revocado unilateralmente por el asegurador en el amparo básico de muerte.

Tratándose de los amparos adicionales, ZURICH podrá revocarlos mediante aviso escrito al tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, ZURICH devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación. En caso de que ZURICH reciba suma alguna después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

AMBITO DE COBERTURA

Mundial. No obstante, Zurich no estará obligada a proveer cobertura, realizar pagos, prestar servicios u otorgar beneficios al asegurado o a terceros, relacionados con la póliza, en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del tomador y/o asegurado, sea violatoria de leyes o regulaciones sobre sanciones económicas o comerciales, locales o internacionales que le sean aplicables a Zurich. "

ANEXO DE CONDICIONES ASISTENCIA LUZ 360



Sin perjuicio de lo descrito en la cláusula primera de las condiciones generales, la prestación del servicio del Programa de Asistencia se realizará por Axa Asistencia Colombia S.A. inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C con Matrícula Mercantil No. 00639459, NIT 800.244.309-1., quien en adelante se denominará la empresa de asistencia. Los servicios serán prestados por la empresa de asistencia al cliente cuando así sean solicitados, las 24 horas, los 365 días del año. En ningún caso, los servicios serán prestados directa o indirectamente por Enel Colombia.

La empresa de asistencia garantiza la puesta a disposición del cliente de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios con el fin de limitar y controlar los daños materiales, presentados en la edificación del inmueble registrado a consecuencia de un evento fortuito, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo de condiciones particulares del servicio y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

COBERTURA AL INMUEBLE REGISTRADO

Las coberturas relativas al inmueble registrado se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

1. ELECTRICIDAD DE EMERGENCIA

La empresa de asistencia enviará al inmueble registrado, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar la reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones eléctricas del inmueble registrado, exclusivamente en los siguientes casos:

- a. Cuando se trate de reparación y/o sustitución de cables y/o alambres eléctricos. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones eléctricas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de instalación.

- b. B. Cuando se trate de reparación y/o sustitución de accesorios como, tomas, interruptores, rosetas y tacos.

Este servicio cuenta con una cobertura **\$250.000** por evento, y se encuentra limitado a 2 eventos por vigencia anual del producto. El valor incluye el costo de los materiales y la mano de obra.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA DE ELECTRICIDAD:

- a. Cuando el daño se presente en los elementos de iluminación, en electrodomésticos y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico.
- b. Cuando el daño se presente en instalaciones eléctricas, que, no obstante, se encuentren dentro del inmueble, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad horizontal.
- c. Cuando el daño se genere por problemas de las empresas suministradoras del servicio público de energía.

2. POLÍTICA DE REEMBOLSOS:

La empresa de asistencia reembolsará al cliente, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos en cobertura, mencionados en el presente condicionado y hasta por los límites indicados, siempre y cuando el cliente cumpla con las siguientes obligaciones.

El cliente deberá solicitar antes de contratar un servicio cubierto por el presente condicionado, una autorización de la empresa de asistencia, la cual deberá pedirse por teléfono, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia, debiendo informar el nombre del cliente, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, el teléfono y la factura del servicio público de energía, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de daño que requiera ser cubierto.

Una vez reciba la solicitud previa, la empresa de asistencia le dará al cliente un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización.

En ningún caso la empresa de asistencia realizará un reembolso sino que el cliente haya remitido las facturas originales correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley. De cualquier manera, la empresa de asistencia se reserva el derecho de prestar directamente la asistencia, objeto del presente Condicionado, en aquellas ciudades donde a su propio juicio lo estime conveniente.

En todo caso, la empresa de asistencia se reserva el derecho de prestar directamente los servicios comprendidos dentro de la asistencia, en aquellos lugares fuera del territorio donde lo estime conveniente.

EXCLUSIONES GENERALES: No son objeto de la cobertura de este contrato las prestaciones y hechos siguientes:

1. Intervenciones y/o reparaciones sobre instalaciones fuera de la normativa legal, no autorizadas o no permitidas.
2. Reparaciones en lugares de uso común, comercial, de trabajo, o cualquier ambiente que no sea el domicilio del Cliente/Cliente.
3. Intervenciones y/o reparaciones que puedan comprometer la seguridad de los técnicos.
4. Reparaciones sobre elementos de iluminación, electrodomésticos y, en general, cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico.

5. Intervenciones sobre lugares externos tales como el jardín, terraza, balcón, parqueadero o lugares de difícil acceso para la prestación del servicio.
6. Intervenciones en instalaciones eléctricas que, no obstante, se encuentren dentro del inmueble, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad.
7. Intervenciones diferentes del servicio contratado, tales como romper paredes, pisos, pintura, resane o cualquier tipo de obra civil.
8. Intervenciones para restaurar el revestimiento de las paredes, pisos y/o decoraciones.
9. Cuando el daño sea resultado de errores en diseño o en construcción.
10. Los servicios que el cliente haya contratado por su cuenta sin el previo consentimiento de la empresa de asistencia; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que se impida comunicarse con la empresa de asistencia.
11. Los servicios adicionales que el cliente haya contratado directamente con el especialista reparador bajo su propia cuenta y riesgo.
12. Los causados por mala fe del cliente.
13. Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
14. Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa de hechos que alteren la seguridad interior del Estado o el orden público.
15. Cuando el daño se presente en el mobiliario del inmueble registrado, incluyendo, pero no limitándose a muebles de cocinas, de baños, patio de ropas, divisiones, espejos, alfombras, tapetes.

LÍMITES Y RESTRICCIONES: La empresa de asistencia no será responsable de los siguientes eventos:

1. Servicios contratados directamente por el Cliente con terceros ajenos a la empresa de asistencia.
2. Los servicios adicionales que el Cliente haya contratado directamente con el especialista reparador bajo su propia cuenta y riesgo.
3. Daños derivados de fallas en el servicio público de energía eléctrica, servicios de gas, servicios de agua potable y alcantarillado, servicios por rotura de vidrios.
4. Daños causados por el Cliente o por terceros.
5. Daños derivados de la falta de información veraz y oportuna respecto del daño, que no permitan atender adecuadamente el servicio.
6. Daños derivados de fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, huracanes, tempestades, epidemias, pandemias, entre otros.
7. Hechos y actos del hombre derivados del vandalismo, terrorismo, guerra, guerrilla, motín, asonada o cualquier otro que altere la seguridad u orden público, o similares.
8. Cuando por orden de cualquier autoridad competente se impida la ejecución de la prestación de los servicios o trabajos requeridos.
9. Daños que sean resultado de errores de diseño o en la construcción.
10. Daños, reparaciones o mantenimiento que involucren bienes de propiedad común o que deban ser efectuados en áreas comunes o que involucren bienes de terceros incluyendo bienes que sean propiedad de las empresas que prestan el servicio de energía eléctrica, suministro de gas, acueducto y alcantarillado o similares, según corresponda.
11. Cualquier falla o daño preexistente, debiendo considerar como tal, a aquel que ya exista y sea demostrable antes de la fecha de la solicitud del servicio.
12. Daños en los elementos de iluminación no fijos y/o en electrodomésticos.

La empresa de asistencia no será responsable de la prestación de servicios adicionales no incluidos dentro del Plan de asistencia, ni de hechos o de causas preexistentes al servicio que causen los daños ocasionados o de daños causados por un tercero.

La empresa de asistencia no será responsable por el uso indebido, la manipulación inadecuada, la no atención a las instrucciones suministradas, el uso o mantenimiento inadecuado de los bienes, y los defectos que se deriven de los materiales suministrados que no hayan podido ser detectados al momento de la prestación del servicio. La empresa de asistencia no será responsable por la compra, instalación, resane, chequeo y acabado de materiales que no estén a la venta y disponibles en Colombia, ni de los que hayan sido discontinuados o que hayan sido fabricados con diseño exclusivo.

La empresa de asistencia no será responsable de los daños, retrasos o incumplimiento de las prestaciones derivados de eventos de fuerza mayor o de caso fortuito que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios o que impidan su cumplimiento.

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones. En el caso de Pandemia, los servicios continuarán siendo entregados en la medida que las condiciones y las disposiciones emitidas por las autoridades nacionales, distritales, departamentales o municipales así lo permitan.

La empresa de asistencia no será responsable de servicios adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de su red de proveedores, de hechos preexistentes al presente Contrato, ni por las pérdidas o daños directos, indirectos, consecuenciales, y en general cualquier tipo de daño derivado de la ejecución del presente contrato. En todo caso la responsabilidad de La empresa de asistencia estará limitada al valor de la prestación del servicio.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Los servicios otorgados en este contrato serán efectivos para todas las personas afiliadas siempre que se demuestre autenticidad de la condición de afiliado al Plan y no exista suplantación de identidad u otra condición fraudulenta.

SUSCRIPCIÓN EL TIEMPO DIGITAL COMO BENEFICIO ADICIONAL DEL PLAN DE ASISTENCIA



Casa Editorial El Tiempo ha sido una empresa pionera en Colombia y en Latinoamérica en temas relacionados con innovación, modelos de negocio y tecnología. Actualmente cuenta con diversos productos y múltiples canales que le permiten llegar a una gran cantidad de audiencias. La prestación del servicio del producto EL TIEMPO DIGITAL + CLUB EL TIEMPO VIVAMOS (en adelante “Servicios” o “servicio”), se realizará por CASA EDITORIAL EL TIEMPO.

Servicio de suscripción digital al medio de comunicación más premiado del país, con más y mejor análisis en tiempo real, informes exclusivos, entrevistas con los personajes del momento y una variedad de columnistas que representan todas las tendencias y diferentes puntos de vista. Se trata de ingresar a un selecto y exclusivo grupo de suscriptores para acceder a información valiosa, relevante, actual y que no encontrarás en otro lugar. Todo con la calidad, la seriedad, la veracidad y el liderazgo

que siempre ha caracterizado a este diario. Adicionalmente encontrarás más de 7.000 contenidos nuevos al mes, con información confiable, relevante y útil que podrás personalizar de acuerdo a tus intereses y consultar en diferentes formatos, en cualquier momento y lugar como sólo la sala de redacción más grande y premiada del país puede entregar.

- Acceso a suscripción EL TIEMPO Digital (Encontrarás más de 7.000 contenidos nuevos al mes, con información confiable y relevante).
- Navega hasta en 4 dispositivos de manera simultánea (Navegación Web / APP / Mobile).
- Acceso a las versiones e-Paper de EL TIEMPO Impreso y de la revista Motor.
- Acceso a más de 30 revistas internacionales (versión digital).
- Alianzas con BBC NEWS, Foros W, New York Times.
- Atención personalizada servicio al cliente EL TIEMPO.
- Acceso al Club EL TIEMPO vivamos (programa de fidelización y lealtad de Casa Editorial EL TIEMPO) donde tendrás descuentos en más de 120 marcas aliadas y podrás inscribir 2 beneficiarios.

EL CLUB EL TIEMPO VIVAMOS es un programa de fidelización y lealtad de EL TIEMPO casa editorial conformado por un selecto grupo de suscriptores. Uno de los beneficios que más se destacan es que El Club Vivamos de EL TIEMPO permite que un suscriptor principal inscriba a hasta tres personas adicionales como beneficiarios de los beneficios del club.

- Con el Club se aprovechan descuentos hasta del 50% en más de 130 marcas aliadas distribuidas en 6 categorías. Podrás ahorrar en grande y disfrutar experiencias exclusivas para compartir con aquellos que más quieres.
- Es importante tener en cuenta que los descuentos pueden variar según las promociones actuales, las alianzas con las marcas y el tipo de suscripción activa del cliente.
- Los términos y condiciones que aplican por cada alianza deben ser verificados a través de: www.clubvivamos.com

LÍNEAS DE ATENCIÓN

Línea de atención para el servicio de suscripción El Tiempo (601) 426 6000 en Bogotá o al 01 8000 110990 gratuita nacional.

Activación suscripción EL TIEMPO Digital.

La activación de la suscripción EL TIEMPO DIGITAL se realizará en un máximo de 30 días posteriores a la activación del servicio de Asistencia.

PARA ACTIVARLA, SIGUE ESTOS PASOS:

1. Entra a www.eltiempo.com/login
2. Regístrate o inicia sesión con tu correo.
3. Haz clic sobre tu nombre y selecciona “activar acceso digital”.
4. Ingresa tu tipo de documento y el número.

Posteriormente a la activación de la suscripción El titular del servicio recibirá comunicaciones de Casa Editorial El Tiempo vía correo electrónico sobre los beneficios de la suscripción.

**Las soluciones de Enel X te
están esperando para
hacer tu vida más fácil.
Únete a nuestra comunidad hoy.**



www.enelxstore.com/co

Enel X es una línea de negocios de Enel.