

SEGURO DE VIDA GRUPO VIDA ON LINE

15/04/2018-1407-P-34-GR-0000000000060-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente contrato se llamará “**LA ASEGURADORA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por **EL TOMADOR**, y las solicitudes y declaraciones de asegurabilidad individuales de los asegurados, pagará la correspondiente suma asegurada con sujeción a las siguientes cláusulas y condiciones de la póliza:

1. AMPARO BÁSICO

LA ASEGURADORA cubre, dentro de la vigencia de la póliza, el riesgo de muerte de los asegurados.

2. EXCLUSIONES

Dentro de los dos (2) primeros años, contados desde la fecha de iniciación de la vigencia del seguro, **LA ASEGURADORA** no está obligada al pago de ninguna indemnización por los siguientes eventos:

2.1. Suicidio

Si cualquier asegurado se quita la vida estando en sano juicio o demente, o en cualquier otra circunstancia.

2.2. VIH Positivo-SIDA

Muerte derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana.

Transcurrido este plazo, tanto el evento de suicidio como el de muerte derivada o relacionada con VIH POSITIVO o SIDA del **ASEGURADO** están amparados bajo la presente póliza, siempre y cuando el diagnóstico del VIH POSITIVO o SIDA, si es el caso, haya sido posterior a la fecha de ingreso a la póliza.

3. DEFINICIONES

3.1. Tomador

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

3.2. Grupo Asegurable

Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

3.3. Asegurado

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurado y cuya vida se asegura por parte de **LA ASEGURADORA**.

3.4. Beneficiario

Es la persona designada por **EL ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. A falta de designación de beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o cuando se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales vigentes.

4. VIGENCIA

Los amparos individualmente considerados entrarán en vigencia en la fecha prevista en la póliza, siempre y cuando **EL ASEGURADO** haya pagado la prima del primer periodo.

5. EDAD DE INGRESO Y EDAD DE PERMANENCIA

Sin perjuicio de los demás requisitos de asegurabilidad, para que un miembro del grupo asegurable pueda contratar o acceder a los amparos a los que se refiere esta póliza, debe cumplir con los siguientes requisitos de edad al momento de su ingreso:

5.1. Edad de Ingreso.

- Tener mínimo 18 años.
- No ser mayor de sesenta y cinco (65) años.

5.2. Edad de Permanencia.

La cobertura de la póliza y de su anexo terminará para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** haya cumplido setenta (70) años de edad.

6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y PERIODOS DE INCLUSIÓN

6.1. LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo **ASEGURADO** se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado máximo acumulado igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el seguro.

En el evento de superar dicho límite de valor asegurado, en caso de siniestro, **LA ASEGURADORA** indemnizará hasta dicho límite y devolverá las primas pagadas por los valores asegurados en exceso del mismo, debidamente actualizadas conforme el índice de precios al consumidor "IPC".

6.2. La Compañía se reserva la facultad de fijar periodos de inclusión de nuevos Asegurados.

7. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

El valor del seguro de cada persona se calculará en todo momento, multiplicando el monto asegurado expresado en Unidades de Valor Real “UVR” según la cotización del día del ingreso a la póliza, por el valor del “UVR” correspondiente a la fecha de cálculo.

8. CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el monto asegurado individual expresado en “UVR” en el momento de ingresar a esta póliza, o en su renovación, por el valor del “UVR” según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima.

9. PAGO DE PRIMAS

EL TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la prima del primer periodo es condición indispensable para la vigencia del seguro.

Salvo el pago de la prima del primer periodo, para el pago de las primas en forma anual, se concede al **TOMADOR** un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que se han señalado en la póliza.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a deducir de la indemnización, las primas o cuotas pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

La presente póliza es de carácter contributivo, por lo tanto, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que **EL TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.

Si las primas posteriores a la primera no son pagadas antes de vencerse el periodo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho periodo.

10. REVOCACIÓN DEL SEGURO

El **TOMADOR** puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir de la fecha de recibo por parte de **LA ASEGURADORA**. En caso de revocación del seguro, **LA ASEGURADORA** devolverá al **TOMADOR** la prima no devengada, cuando haya lugar.

EL ASEGURADO también podrá revocar su seguro mediante el mismo procedimiento.

11. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL TOMADOR y **EL ASEGURADO** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** han 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** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **LA ASEGURADORA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

De conformidad con el artículo 1158 del Código del Comercio, aunque **LA ASEGURADORA** prescinda de examen médico **EL ASEGURADO** no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generen por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si **LA ASEGURADORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

PARÁGRAFO: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 del Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena en caso de que se rescinda el contrato, cuando **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

12. IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO** desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- 13.1.** Por falta de pago de la prima, o de cualquier cuota si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia.
- 13.2.** Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- 13.3.** Cuando **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** soliciten la revocación del contrato de seguro.
- 13.4.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla 70 años de edad.
- 13.5.** Cuando **LA ASEGURADORA** pague la indemnización por el Anexo de Incapacidad Total y Permanente.
- 13.6.** Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurado no se encuentre constituido por más de un **ASEGURADO**.
- 13.7.** Al vencimiento de la vigencia de la póliza si ésta no se renueva.

14. COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como un beneficio para el grupo asegurado, con el fin de conservar la antigüedad adquirida por **EL ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados se renovarán automáticamente por periodos consecutivos de igual plazo, excepto cuando:

14.1. Opere alguna causal de terminación.

14.2. EL ASEGURADO o **EL TOMADOR** manifiesten a **LA ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se renueve para una nueva vigencia.

14.3. LA ASEGURADORA manifieste al **TOMADOR** con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.

14.4. EL TOMADOR o **ASEGURADO** manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el término no corrido de la vigencia.

En cada una de las renovaciones de la póliza, **LA ASEGURADORA** actualizará el valor asegurado y las primas de seguro, de acuerdo a lo señalado en la Condición Séptima y Octava, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

15. CONVERTIBILIDAD

Los Asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la presente póliza.

El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por **EL ASEGURADO** a la fecha de la solicitud.

La convertibilidad no es aplicable al Anexo de la presente póliza.

16. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si se comprueba inexactitud en la edad informada por **EL ASEGURADO**, se aplicarán las siguientes normas:

16.1. Si la edad real está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.

16.2. Si la edad real 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 **LA ASEGURADORA**.

16.3. Si la edad real es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 16.2.

17. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los beneficiarios serán libremente designados por **EL ASEGURADO** quien los podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a **LA ASEGURADORA**.

Serán beneficiarios el cónyuge o compañero (a) permanente del **ASEGURADO** en la mitad del seguro, y sus herederos en la otra mitad, cuando:

17.1. EL ASEGURADO fallezca sin que haya designado beneficiario.

17.2. La designación de beneficiario sea ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa.

17.3. Se ha designado genéricamente como beneficiarios a sus herederos.

17.4. El beneficiario fallezca simultáneamente con **EL ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero.

18. RECLAMACIÓN

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o del anexo, **EL ASEGURADO** o beneficiario, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

EL ASEGURADO o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos. **LA ASEGURADORA** tiene el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

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

19. AVISO DE SINIESTRO

En caso de muerte de cualquiera de los **ASEGURADOS**, el beneficiario deberá dar aviso a **LA ASEGURADORA** dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

20. PAGO DE SINIESTRO

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, dentro de los veinticinco (25) días calendario siguientes a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

21. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

22. DOMICILIO

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá, D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de **LAASEGURADORA**.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.
Firma representante Legal

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

15/04/2018-1407-A-34-GR-000000000011-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará "**LA ASEGURADORA**", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

1. AMPARO

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

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

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

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad.

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

2. EXCLUSIONES

Para todos los efectos este amparo no cubre la incapacidad total y permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.



3. SUMA ASEGURADA

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

4. PÉRDIDA

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

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

5. INDEMNIZACIÓN

- 5.1.** El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará a **EL ASEGURADO**.
- 5.2.** En el evento en que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización, en razón a su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **LA ASEGURADORA**, el pago se hará a quien acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.
- 5.3.** Para efectos de la reclamación por este anexo, **EL ASEGURADO** debe aportar a **LA ASEGURADORA** la historia clínica completa y, en caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que el médico designado por **LA ASEGURADORA** considere pertinentes, luego de la evaluación preliminar del estado de salud de **EL ASEGURADO**.

6. TERMINACIÓN DEL ANEXO

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

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

7. EXÁMENES MÉDICOS

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

8. REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

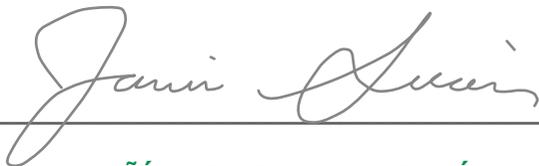
8.1. Por **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA ASEGURADORA**.

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

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

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

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



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.
Firma representante Legal