



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, A LA REALIZACIÓN DE LOS RIESGOS AMPARADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA.

1. AMPAROS

BÁSICO. MUERTE ACCIDENTAL

2. AMPAROS ADICIONALES

- 2.1. INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN
- 2.2. GASTOS MÉDICOS
- 2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
- 2.4. AUXILIO FUNERARIO
- 2.5. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

3. EXCLUSIONES

- 3.1. ES EXCLUSIÓN ABSOLUTA DE ESTE SEGURO TODO HECHO QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN EN ESTE CONDICIONADO. NO CUBRE TRATAMIENTOS POR ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, TRATAMIENTOS PARA DESINTOXICACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS, ALCOHOL, DROGAS ALUCINÓGENAS, CURAS DE SUEÑO ENTRE OTROS.
- 3.2. SUICIDIO O SU TENTATIVA O LAS LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTANDO ESTE O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 3.3. LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS ALUCINÓGENAS, ESTIMULANTES NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.

- 3.4.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS QUE OCURRA CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD A NIVEL AFICIONADO O PROFESIONAL.
- 3.5.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO PRACTIQUE DE MANERA PROFESIONAL (ENTRENAMIENTO O COMPETENCIAS) DEPORTES O ACTIVIDADES NOTORIAMENTE PELIGROSAS, LAS CUALES INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A: ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, VUELO EN PLANEADORES, COMETA, MOTOCICLISMO, RAFTING, PUÉNTING, BUNGE JUMPING, CICLO MONTAÑISMO, RAPPEL, CANOTAJE, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUÍ, PATINAJE SOBRE HIELO, HOCKEY ASÍ COMO LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL DE CUALQUIER NATURALEZA.
- 3.6.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS DEL ASEGURADO POR SU PARTICIPACIÓN ACTIVA EN RIÑAS, PELEAS O ACTOS ILÍCITOS, ASÍ COMO EN ACTIVIDADES ILÍCITAS O CONTRAVENCIONALES SIEMPRE QUE SE ENCUENTREN DESCRITAS COMO TALES EN NORMAS LEGALES O REGLAMENTARIAS.
- 3.7.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS CAUSADA POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, PUÑOS O PATADAS.
- 3.8.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS POR LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO, DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- 3.9.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS POR LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA DECLARADA O NO, CONMOCIÓN CIVIL, REVUELTAS POPULARES, MOTÍN, SEDICIÓN, ASONADA Y DEMÁS ACCIONES QUE CONSTITUYAN DELITO.

- 3.10.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS POR LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL USO POR PARTE DEL ASEGURADO DE AERONAVES Y ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PASAJERO, PILOTO O TRIPULANTE, ESTUDIANTE DE PILOTAJE O MECÁNICO DE AVIACIÓN, SALVO QUE SE ENCUENTRE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 3.11.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS POR LOS HECHOS COMO RESULTADO DE FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- 3.12.** LA MUERTE Y/O LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS OCASIONADAS COMO CONSECUENCIA DE ENVENENAMIENTOS DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA NO ACCIDENTAL.
- 3.13.** LAS PERTURBACIONES Y/O ENFERMEDADES MENTALES, SALVO QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y SE PUEDA COMPROBAR EN LA HISTORIA CLÍNICA EL NEXO DE CAUSALIDAD DE LA PERTURBACIÓN MENTAL CON EL ACCIDENTE.
- 3.14.** LOS GASTOS MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
- 3.15.** LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO RECONOCIDOS POR LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES.
- 3.16.** HOSPITALIZACIONES POR INTENTO DE SUICIDIO, O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTANDO ESTE O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 3.17.** HOSPITALIZACIONES OCASIONADAS POR LESIONES PRODUCIDAS POR OTRA PERSONA INTENCIONALMENTE CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, PUÑOS O PATADAS.
- 3.18.** PARA EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN APLICA, ADEMÁS LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:
- 3.18.1** HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE

RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA Y QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO O ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE CONSTITUIDO.

- 3.18.2** HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTAN INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.
- 3.18.3** HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS CONGÉNITOS Y/O PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
- 3.18.4** HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LA RESPECTIVA HABILITACIÓN CONFERIDA POR EL ENTE TERRITORIAL DE SALUD O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- 3.18.5** TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.
- 3.18.6** HOSPITALIZACIONES PARA TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS Y/O SUS COMPLICACIONES.
- 3.18.7** EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.

4. LIMITACIONES

4.1. LÍMITES DE EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ES DE DIECIOCHO (18) AÑOS CUMPLIDOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: SERÁ DE SESENTA Y OCHO (68) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO DIAS (364) DÍAS. ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: SERÁ DE SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS. ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

- 4.2. LA COBERTURA DE INVALIDEZ Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL NO SON ACUMULATIVAS. UNA VEZ INDEMNIZADO UNA SUMA ASEGURADA SEGÚN TABLA DE DESMEMBRACIÓN, SE DESCONTARÁ DEL VALOR ASEGURADO TOTAL. EN CASO DE CONFIGURARSE LA INVALIDEZ SE INDEMNIZARÁ LA PROPORCIÓN FALTANTE PARA COMPLETAR LA SUMA ASEGURADA.
- 4.3. UNA VEZ INDEMNIZADA LA INVALIDEZ AL CIENTO PORCIENTO (100%) SE ENTIENDE COMO UN ANTICIPO DEL CIENTO PORCIENTO (100%) DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO POR MUERTE ACCIDENTAL Y TERMINA LA RESPONSABILIDAD DE POSITIVA PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.
- 4.4. EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN SE DETERMINARÁ UN DEDUCIBLE MÍNIMO DE DOS (2) DÍAS. SOLO A PARTIR DEL TERCER DÍA CONTINUO DE HOSPITALIZACIÓN SE GENERA DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO.
- 4.5. EL TIEMPO MÁXIMO DE COBERTURA PARA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN ES DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS AÑO VIGENCIA, EN UNO O VARIOS EVENTOS.
- 4.6. LA PRIMA MÍNIMA PARA LA PÓLIZA INDEPENDIEMENTE DE LA VIGENCIA CONTRATADA Y/O PERIODICIDAD DE PAGO ES EL EQUIVALENTE A UN CUARTO (1/4) DE SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
- 4.7. PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, SE LIMITA ÚNICAMENTE DESDE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO HASTA LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA FECHA DE ESTE.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS

5.1 MUERTE ACCIDENTAL

EN CASO DE MUERTE DE UNA PERSONA ASEGURADA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, POSITIVA PAGARÁ AL BENEFICIARIO O LOS BENEFICIARIOS, LA SUMA CONTRATADA COMO VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA MUERTE SE HAYA PRODUCIDO CON OCASIÓN DEL ACCIDENTE Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE ESTE.

5.2 INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN

POSITIVA PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA CONTRATADA POR INVALIDEZ ACCIDENTAL, CUANDO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE PRODUZCA LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O

SUPERIOR AL CINCUENTA PORCIENTO (50%), CALIFICADO POR AUTORIDAD COMPETENTE, TAL COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS), ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES (AFP), ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL), JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y/O JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INVALIDEZ ACCIDENTAL, CUANDO LA ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ SE PRODUZCA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO EL ACCIDENTE QUE DA ORIGEN A LA MISMA. UNA VEZ INDEMNIZADA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA DE INVALIDEZ TERMINA LA RESPONSABILIDAD DE POSITIVA.

EN LO QUE REFIERE A LA DESMEMBRACIÓN, CUANDO DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO PADECIERE COMO CONSECUENCIA DE DICHO EVENTO ALGUNA DE LAS PÉRDIDAS O INUTILIZACIONES DESCRITAS EN ESTE NUMERAL, POSITIVA PAGARÁ, DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO A LA FECHA DEL ACCIDENTE, LOS PORCENTAJES INDICADOS EN LA TABLA CONTENIDA EN ESTE NUMERAL, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SOBREVIVA DESPUÉS DE LA FECHA DEL ACCIDENTE AL MENOS DURANTE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO; CUALQUIER OTRA PÉRDIDA NO DESCRITA EN ESTA TABLA, SERÁ PAGADA APLICANDO EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA QUE SE DETERMINE CON EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EN LO QUE CORRESPONDE A DEFICIENCIAS:

CLASE DE PERDIDA	% DE LA SUMA A PAGAR
PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.	100%
CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS.	100%
LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS.	100%
SORDERA TOTAL BILATERAL.	100%
PÉRDIDA DEL HABLA.	100%
PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA.	60%
PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO.	50%
SORDERA TOTAL UNILATERAL.	50%
PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA.	50%

CLASE DE PERDIDA	% DE LA SUMA A PAGAR
PÉRDIDA DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA.	50%
PÉRDIDA DE UN PIE.	40%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA.	30%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA.	30%
PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO.	25%
PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA (MEÑIQUE, ANULAR Y CORAZÓN) O LA PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR.	25%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO.	25%
COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA.	25%
PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA (MEÑIQUE, ANULAR Y CORAZÓN) O LA PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR.	20%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO.	20%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA.	20%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA.	20%
PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO.	15%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO.	15%
PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO.	15%
PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO.	12%
PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO.	10%
PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO.	10%
PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO.	8%
PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO.	8%
PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES.	8%
PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO.	7%
PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO.	5%
PÉRDIDA DE UNA FALANGE DE CUALQUIER DEDO.	5%

Parágrafo

- A. PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CONDICIÓN, SE ENTIENDE POR PÉRDIDA DE LA MANO, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA, Y POR PÉRDIDA DEL PIE, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL. PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO LA DESMEMBRACIÓN SE ORIGINA CUANDO HAY PÉRDIDA DE TEJIDO ÓSEO.
- B. TAMBIÉN SE ENTIENDE POR PÉRDIDA, LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO.
- C. CUANDO EL ASEGURADO SUFRA DOS O MÁS PÉRDIDAS DE LAS ESPECIFICADAS EN LA TABLA CONTENIDA EN ESTE NUMERAL, EL VALOR TOTAL DEL PAGO NO PODRÁ EXCEDER EL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO.
- D. LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR LA PÉRDIDA DE DEDOS SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIESE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O EL PIE RESPECTIVO.

LA TABLA CONTENIDA EN ESTE NUMERAL APLICA PARA PERSONAS DIESTRAS, EN CASO DE ASEGURADO ZURDO SE APLICA EN LOS MISMOS PORCENTAJES INDICADOS EN SENTIDO INVERSO.

5.3 GASTOS MÉDICOS

SI COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO, OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO, SE VIERA PRECISADO A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO O AMBULATORIO, POSITIVA INDEMNIZARÁ EL VALOR DE LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRAN, SIN EXCEDER NUNCA DE LA SUMA ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO TENGAN LA PERTINENCIA MÉDICA CON EL EVENTO AMPARADO, CON SUJECIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- QUE EL ACCIDENTE HUBIERE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- EL MÉDICO O CIRUJANO QUE LO ATIENDA DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

- LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCASIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
- LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE.
- LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS Y/O CUENTAS DE COBRO ORIGINALES DEBIDAMENTE CANCELADAS, QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y APLICABLE EN EL TERRITORIO COLOMBIANO.

LOS VALORES ASEGURADOS PARA ESTE AMPARO SE RESTABLECERÁN AUTOMÁTICAMENTE POR EL VALOR ASEGURADO INICIAL, POR UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CON EL FIN DE ATENDER OTRO RECLAMO POR UN NUEVO ACCIDENTE DENTRO DE LA MISMA VIGENCIA SIN COBRO DE PRIMA POR EL VALOR RESTABLECIDO.

LA RESPONSABILIDAD DE POSITIVA TERMINA CON EL PAGO DEL CIEN PORCIENTO (100%) DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, O TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO 365 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO, LO QUE OCURRA PRIMERO.



5.4 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

POSITIVA CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ÉSTA, EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO MEDIANTE ORDEN MÉDICA SE REQUIERA LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO PARA UN EVENTO AMPARADO. EL DERECHO A ESTA COBERTURA INICIARÁ DESPUÉS DE DOS (2) DÍAS CONTINUOS DE HOSPITALIZACIÓN.

LA COBERTURA MÁXIMA SERÁ DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN EXCEDER NUNCA DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS AL AÑO POR UNO O VARIOS EVENTOS EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN, SE EFECTÚE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, SE DARÁ COBERTURA HASTA POR DIEZ (10) DÍAS, RECONOCIENDO EL VALOR EQUIVALENTE AL DOBLE DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONTRATADA. LA COBERTURA EN TODOS LOS CASOS OPERARÁ SIEMPRE QUE LA HOSPITALIZACIÓN TENGA LUGAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, UNA ASEGURADA DEBIERA SER HOSPITALIZADA PARA ATENCIÓN DE LA URGENCIA OCASIONADA POR EL ACCIDENTE, O SE PRODUZCA EL PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO QUE SE ADELANTE A LA FECHA PREVISTA, POSITIVA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DESPUÉS DE APLICADO EL DEDUCIBLE Y SIN EXCEDER NUNCA DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, Y SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE AMPARO.

ASIMISMO, POSITIVA RECONOCERÁ HASTA EL CINCUENTA PORCIENTO (50%) DE LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA QUE LE SEA ORDENADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SIN SOBREPASAR POR EVENTO, LOS CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS MENCIONADOS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES SIN EXCEDER NUNCA DEL NÚMERO TOTAL DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN CONTRATADOS.

LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, HOSPITALIZACIÓN EN UCI Y DOMICILIARIA SE ACUMULAN Y TODOS NO PODRÁ SOBREPASAR EL LÍMITE MÁXIMO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN EXCEDER NUNCA DE 45 DÍAS AL AÑO EN UNO O VARIOS EVENTOS.

PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

5.5 AUXILIO FUNERARIO

BAJO ESTE AMPARO POSITIVA CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, LA SUMA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

5.6 GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

EN CASO DE PRESENTARSE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y QUE SEA NECESARIO TRASLADAR AL ASEGURADO ACCIDENTADO A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIA, SE RECONOCEN LOS GASTOS DE TRANSPORTE HASTA LA SUMA PACTADA.

DICHOS GASTOS DE TRANSPORTE DEBERÁN SER DEMOSTRADOS MEDIANTE FACTURAS ORIGINALES DEBIDAMENTE CANCELADAS, LAS CUALES DEBEN CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS MÍNIMAS ESTABLECIDAS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y APLICABLE EN EL TERRITORIO COLOMBIANO.

EN CASO DE QUE EL TRASLADO SE REALICE EN TRANSPORTE PÚBLICO, POSITIVA CONFIRMARÁ QUE EL VALOR RECLAMADO SE AJUSTÉ A LAS TARIFAS FIJADAS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE LA CIUDAD, EN LA CUAL SE PRODUJO EL TRASLADO.

EL TRASLADO SERÁ CUBIERTO ÚNICAMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA DURANTE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LOS GASTOS DE TRASLADO, POR HECHOS POSTERIORES A LA PRIMERA URGENCIA, COMO CITAS DE CONTROL, EXÁMENES MÉDICOS O ASISTENCIA A TERAPIAS.

PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

6. DEFINICIONES

6.1 ACCIDENTE

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO EXTERNO, VIOLENTO, SÚBITO, IMPREVISTO Y REPENTINO, QUE PRODUZCA PÉRDIDA, LESIÓN ORGÁNICA INTERNA O EXTERNA ALTERACIÓN FUNCIONAL MÉDICAMENTE COMPROBADA, LA INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENCIA, O, MUERTE, QUE NO HAYAN SIDO PROVOCADAS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, EL TOMADOR O LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA Y QUE NO CONSTITUYA UNO DE LOS HECHOS PREVISTOS COMO EXCLUSIÓN.

6.2 ASEGURADO

PERSONA NATURAL SOBRE CUYA VIDA SE ESTIPULA EL SEGURO Y QUIÉN DEBERÁ ACEPTAR EXPRESAMENTE.

6.3 ASEGURADOR

ES LA PERSONA JURÍDICA QUE ASUME LOS RIESGOS, DEBIDAMENTE AUTORIZADA CON ARREGLO A LAS LEYES Y REGLAMENTOS.

6.4 BENEFICIARIO

PERSONA A QUIEN EL ASEGURADO RECONOCE EL DERECHO A PERCIBIR EL PAGO DEL VALOR CONTRATADO EN LA PÓLIZA EN LA CUANTÍA EN QUE SE DESIGNE.

6.5 DEDUCIBLE:

NÚMERO DE DÍAS PREVIAMENTE CONVENIDO ENTRE LAS PARTES QUE SE DESCUENTAN DEL TOTAL DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, MÍNIMO DOS (2) DÍAS.

6.6 GRUPO ASEGURABLE

ES EL CONFORMADO POR EL GRUPO DE PERSONAS QUE INDIQUE EL TOMADOR POR ESCRITO Y QUE SEAN ACEPTADOS POR POSITIVA.

6.7 IPS:

LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD - IPS SON ENTIDADES OFICIALES, MIXTAS, PRIVADAS, COMUNITARIAS Y SOLIDARIAS, ORGANIZADAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS AFILIADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, DENTRO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD O FUERA DE ELLAS.

6.8 TOMADOR

ES LA PERSONA QUE, OBRANDO POR CUENTA PROPIA O AJENA, TRASLADA LOS RIESGOS A POSITIVA Y ES EL RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1036 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

7. CONDICIONES GENERALES

TENIENDO EN CUENTA LA MODALIDAD DE PÓLIZA COLECTIVA, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO SE ENTENDERÁN APLICABLES RESPECTO DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS.

7.1 VIGENCIA

ESTA PÓLIZA TENDRÁ UNA VIGENCIA DE UN AÑO (1) A PARTIR DE LA HORA Y FECHA INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO.

7.2 RENOVACIÓN

SI LAS PARTES MANIFIESTAN SU INTERÉS DE CONTINUAR CON LA PÓLIZA, ÉSTA SERÁ RENOVADA POR UN PERÍODO IGUAL AL PACTADO INICIALMENTE.

PARA LA FORMALIZACIÓN DE LA RENOVACIÓN, EL TOMADOR EN CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ACTUALIZARÁ EL FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE CLIENTES- SARLAFT Y EL FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE POSITIVA PARA EXIGIR CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE PARA LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

7.3 VALOR ASEGURADO

ES LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA Y SE ENCUENTRAN DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS CONTRATADOS.

7.4 PAGO DE LA PRIMA

DE ACUERDO CON EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL TOMADOR DEL SEGURO ESTÁ OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA A MENOS QUE SE PACTE LO CONTRARIO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO DE SEGURO, DEBERÁ PAGARLA A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE ENTREGA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. DURANTE ESTE PLAZO, EL SEGURO SE CONSIDERARÁ EN VIGOR Y, EN CASO DE OCURRIR UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, POSITIVA ESTARÁ OBLIGADA AL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA, PERO PODRÁ DEDUCIR PREVIAMENTE EL VALOR DE LAS PRIMAS PENDIENTES DE PAGO A CARGO DEL TOMADOR.

7.5 FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

EN ESTE SEGURO, LAS PRIMAS SON ANUALES, PERO PUEDEN SER PAGADAS EN FRACCIONES SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS RECARGOS CORRESPONDIENTES SIN QUE SEA INFERIOR NUNCA A LA PRIMA MÍNIMA ESTABLECIDA.

7.6 DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL TOMADOR Y LOS ASEGURADOS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR POSITIVA, LE HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR O EL ASEGURADO INDIVIDUALMENTE CONSIDERADO, 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 DEL ASEGURADO INDIVIDUALMENTE CONSIDERADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO POSITIVA SÓLO ESTARÁ OBLIGADA EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA, EQUIVALENTE AQUELLA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO, REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LAS SANCIONES ANTERIORES NO SON APLICABLES SI POSITIVA ANTES DE CELEBRAR EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

7.7 TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LAS COBERTURAS DE LA PRESENTE PÓLIZA TERMINARÁN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- POR LA NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR VOLUNTAD DEL TOMADOR O LA ASEGURADORA, PREVIA NOTIFICACIÓN CON UNA ANTICIPACIÓN NO MENOR DE UN MES.
- POR EL NO PAGO DE LA PRIMA, VENCIDO EL TÉRMINO SEÑALADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, O EL PLAZO QUE SE HAYA PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO O LA ASEGURADORA REVOQUEN DE MANERA UNILATERAL POR ESCRITO, LAS COBERTURAS INDIVIDUALES DE SEGURO DEL ASEGURADO.
- CUANDO EL TOMADOR O LA ASEGURADORA REVOQUEN DE MANERA UNILATERAL POR ESCRITO EL CONTRATO DE SEGURO.
- PARA CADA ASEGURADO INDIVIDUAL, EN CASO DE QUE POSITIVA HAYA PAGADO EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTALES Y/O DESMEMBRACIÓN.
- PARA CADA ASEGURADO INDIVIDUAL, A LA TERMINACIÓN DEL PERÍODO ANUAL EN QUE ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA.

7.8 REVOCACIÓN DEL CONTRATO

LA PRESENTE PÓLIZA Y LOS AMPAROS ADICIONALES PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A POSITIVA. LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL TOMADOR O A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, ES DECIR, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO; ESTE CÁLCULO SE REALIZARÁ A PRORRATA.

POSITIVA PODRÁ REVOCAR MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR ENVIANDO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE (10) DÍAS DE ANTELACIÓN CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO. EN ESTE CASO, POSITIVA DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA.

PARÁGRAFO: EN CASO DE QUE POSITIVA RECIBA SUMA ALGUNA DESPUÉS DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE REVOCACIÓN NO HARÁ PERDER LOS EFECTOS DE DICHA REVOCACIÓN. EN CONSECUENCIA, CUALQUIER PAGO POSTERIOR SERÁ REEMBOLSADO.

7.9 MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL TOMADOR O EL ASEGURADO INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A POSITIVA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS DEPENDIENTES DE SU VOLUNTAD QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN CUALQUIER MODIFICACIÓN EN SU ESTADO DE RIESGO, BIEN SEA EN LA OCUPACIÓN, SALUD, DEPORTES O UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN DE DIEZ (10) DÍAS COMUNES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. POSITIVA TENDRÁ DERECHO A EXIGIR EL REAJUSTE DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL AMPARO, PERO SÓLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A POSITIVA PARA RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

7.10 OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

EL TOMADOR, EL ASEGURADO O LOS BENEFICIARIOS, DEBERÁN DAR AVISO A POSITIVA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS QUE DAN LUGAR A LA RECLAMACIÓN.

7.11 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO O LOS BENEFICIARIOS PODRÁN ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO PRUEBA DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y DE SU DERECHO A PERCIBIR EL PAGO DEL VALOR CONTRATADO.

- SOLICITUD FORMAL DE RECLAMACIÓN.
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN.
- ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER O AUTOPSIA O CERTIFICACIÓN DE FISCALÍA.
- COPIA DEL PROTOCOLO DE NECROPSIA.
- INFORME DE LAS AUTORIDADES QUE TUVIERON CONOCIMIENTO DEL CASO.
- EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, CROQUIS DEL ACCIDENTE Y RESULTADO DE ALCOHOLEMIA.
- FACTURAS ORIGINALES DEBIDAMENTE CANCELADAS Y QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y APLICABLE EN EL TERRITORIO COLOMBIANO.
- DICTAMEN Y VALORACIÓN DEL MÉDICO LEGISTA EN CASO DE RECLAMACIÓN POR DESMEMBRACIÓN.
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DE LA HOSPITALIZACIÓN.
- ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE.

BENEFICIARIOS DE LIBRE DESIGNACIÓN

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS.
- FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE DE CADA BENEFICIARIO - SARLAFT
- CERTIFICACIÓN BANCARIA DE CADA BENEFICIARIO

BENEFICIARIOS DE LEY

- COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS, EN CASO DE BENEFICIARIOS DE LEY.
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS.
- REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO O DECLARACIÓN JURAMENTADA DE CONVIVENCIA.
- FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE DE CADA BENEFICIARIO - SARLAFT.
- CERTIFICACIÓN BANCARIA DE CADA BENEFICIARIO.

LO ANTERIOR, SIN PERJUICIO DE LA FACULTAD DE POSITIVA PARA EXIGIR CUALQUIER OTRA PRUEBA O DOCUMENTO QUE ESTIME CONVENIENTE Y GUARDE RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN.

7.12 PAGO DEL SINIESTRO

POSITIVA, ESTARÁ OBLIGADA A EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE, AUN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO ANTE POSITIVA, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

7.13 NORMAS SUPLETORIAS

LAS DEMÁS CONDICIONES NO PREVISTAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO SE REGISTRAN POR EL CÓDIGO DE COMERCIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, POR LAS NORMAS REGLAMENTARIAS, POR LAS NORMAS QUE LOS MODIFIQUEN O ADICIONEN, Y POR LAS DEMÁS NORMAS APLICABLES AL CONTRATO DE SEGUROS.

7.14 PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LA PRESENTE PÓLIZA SERÁ LA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, O CUALQUIER NORMA QUE LO SUSTITUYA, MODIFIQUE O ADICIONE.

7.15 NOTIFICACIONES

CUALQUIER DECLARACIÓN QUE DEBAN HACER LAS PARTES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES QUE SIGNIFIQUEN MODIFICACIÓN AL CONTRATO, DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN LA CONDICIÓN DE “OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO” PARA EL AVISO DEL SINIESTRO Y SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, LA CONSTANCIA DEL ENVÍO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR LAS PARTES. PARA TAL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDICA LA DIRECCIÓN DE POSITIVA PARA LA NOTIFICACIÓN.

7.16 DOMICILIO

PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO LUGAR DE EXPEDICIÓN.