

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PÓLIZA 08587

---

**TOMADOR:** EXCEL CREDIT

**NIT:** 900.591.195-7

**ACTIVIDAD:** CRÉDITOS DE LIBRE CONSUMO

**MODALIDAD:** Accidentes Personales

**ADHESIÓN:** Voluntario

**VIGENCIA:** Desde el 1 de marzo de 2024 a las 00:00 horas hasta el 28 de febrero de 2025 a las 24:00 horas

**COMPAÑÍA:** 009

### CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Accidentes Personales de Pan American Life (Forma: 1/105/2022-1416-P-31-ACCIDEN\_PERSONAL-DRCI, Anexo 1: 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_INCTOTPERM-DRCI, Anexo 2: 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_DESMEMBRAC-DRCI, Anexo: 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_REE\_GASMED-DRCI, Anexo 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_AUX\_RENTAS-DRCI, Anexo 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_\_FRACTURAS-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

#### 1. ALCANCE DE LA COBERTURA

Cobertura de Muerte Accidental para el Titular reportado por el tomador. El seguro iniciará a las 24.00 horas del día en que haya activado la cobertura por un año.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador.

#### 2. GRUPO ASEGURADO

Clientes del tomador

#### 3. BENEFICIARIOS

Serán beneficiario a título gratuito los designados por el asegurado o en su defecto los asegurados de ley

#### 4. AMPAROS

#### **4.1. AMPARO BÁSICO – MUERTE ACCIDENTAL**

PALIG pagará a los beneficiarios la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza o en sus condiciones particulares, si se comprueba que el asegurado fallece como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, según la definición de accidente incluida en estas condiciones, siempre que la causa accidental no esté excluida. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Se excluye el homicidio como muerte accidental

**Se otorga cobertura para policías, militares, guardaespaldas y agentes de seguridad en general, siempre y cuando el siniestro no ocurra en medio de las actividades propias de sus funciones.**

#### **4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

PALIG pagará al asegurado la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza o en sus condiciones particulares, si se comprueba que respecto del asegurado se estructura una incapacidad total y permanente como consecuencia directa de un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que no esté excluido, teniendo en cuenta las definiciones que se indican en la condición tercera de estas condiciones generales

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente por Accidente aquella invalidez sufrida por el asegurado, menor de 65 años de edad, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo o sus renovaciones, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables originadas en un evento accidental y que de por vida impidan a la persona desempeñar actividades lucrativas y percibir salarios, honorarios o cualquier tipo de remuneración, para las cuales haya estado capacitado en razón a su educación, entrenamiento y experiencia, cuya fecha de estructuración esté dentro de la vigencia del seguro, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 180 días y no haya sido provocada por el asegurado.

La Incapacidad Total y Permanente debe ser calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, o por una EPS, una AFP, una ARL, una aseguradora de riesgos previsionales o un médico especialista en salud ocupacional y deberá estar fundamentada en los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecidos en el Decreto 1507 de 2014, normativa que determina el riesgo común para todos los asegurados que son objeto de cobertura. La calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración de la invalidez y que su origen es un accidente común o laboral.

Salvo condición particular en contrario, no es objeto de cobertura la invalidez o la pérdida de capacidad laboral, superior al 50% o no, que se configure con base en normatividad distinta al Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecido en el Decreto 1507 de 2014, como aquella que para efectos pensionales aplica de manera excepcional a favor de docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, trabajadores de Ecopetrol y todos los demás regímenes pensionales especiales.

En cualquier caso, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe referirse a lesiones sufridas por el asegurado en un evento accidental ocurrido con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de su amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente y la pérdida de la capacidad laboral con ocasión de dichas lesiones de origen accidental debe ser superior al cincuenta por ciento (50%) para que configure siniestro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente por Accidente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, como consecuencia de un evento accidental.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

DE LAS MANOS: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

DE LOS PIES: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarariana.

LOS OJOS: La pérdida total e irreparable de la visión.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

PARÁGRAFO: Para todos los casos se define como fecha del siniestro la fecha del accidente por el cual el asegurado incurre en Invalidez o Incapacidad Total y Permanente por Accidente

**NO ACUMULACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS, DEDUCCIONES:** La suma asegurada bajo el amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable con la suma asegurada del amparo básico de la póliza a la cual accede. En consecuencia, el eventual pago de la suma asegurada bajo el amparo opcional de invalidez o incapacidad total y permanente por accidente, que agote la suma asegurada del amparo básico, implicará la terminación tanto del seguro que contiene el amparo básico como del presente anexo y PALIG quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la presente póliza.

Si la póliza a la cual accede el presente anexo también tiene contratado el amparo opcional de desmembración por accidente y en virtud de él, y a consecuencia de un hecho amparado en este Anexo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente, PALIG tuviere que efectuar o hubiere efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al presente anexo. Asimismo, si se reconoce una suma asegurada por el amparo opcional de desmembración accidental, que equivalga al 100% de la suma asegurada, el Anexo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente quedará automáticamente sin efecto y PALIG libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

**Se otorga cobertura para policías, militares, guardaespaldas y agentes de seguridad en general, siempre y cuando el siniestro no ocurra en medio de las actividades propias de sus funciones.**

#### **4.3 DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

PALIG pagará al asegurado un porcentaje de la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza o en sus condiciones particulares, si se comprueba que el asegurado sufre una desmembración accidental durante la vigencia de la póliza por cualquier causa no excluida, teniendo en cuenta las definiciones que se indican en la condición tercera de estas condiciones generales. El porcentaje a aplicar se determinará conforme a la tabla establecida en la condición cuarta de estas condiciones.

**DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:** La amputación traumática o quirúrgica, o la inhabilidad funcional total y definitiva, del órgano lesionado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella, que se produzca de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del accidente.

**INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA:** aquella que afecte un porcentaje igual o superior al 75% de la estructura del órgano lesionado.

**TABLA DE PORCENTAJES:** La suma asegurada de referencia es la correspondiente a la establecida para el amparo básico, sobre la cual se calculará el porcentaje que corresponda según el tipo de desmembración accidental que sufra el asegurado. Dicha suma asegurada se indicará respecto de cada asegurado en el Certificado Individual de Seguro que PALIG emita, sin que la responsabilidad de la aseguradora bajo el presente amparo opcional de Desmembración Accidental pueda ser superior a la referida suma asegurada.

PALIG pagará al asegurado un porcentaje de la suma asegurada establecida en el certificado individual de seguro, de conformidad con los porcentajes que se indican en la siguiente tabla:

**DESCRIPCIÓN:** Porcentaje de la suma asegurada:

1. Pérdida de ambas manos 100%
2. Pérdida de ambos pie 100%
3. Pérdida de una mano junto con la de un pie 100%
4. Pérdida de una mano, o de un pie junto con la pérdida total e irreparable de la visión de un ojo 100%
5. Pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos 100%
6. Enajenación Mental incurable causada por daño orgánico o estructural demostrable por medios clínicos. 100%
7. Pérdida de una mano 50%
8. Pérdida de un pie 50%
9. Pérdida de la visión de un ojo 50%
10. Pérdida total e irreparable del habla. 50%
11. Sordera total e incurable de la audición de ambos oídos 50%
12. Pérdida de las dos falanges del dedo pulgar de una de las manos 15%
13. Pérdida de las tres falanges del dedo índice de una de las manos 10%
14. Pérdida total de cualquier otro dedo de las manos 6%
15. Pérdida total del dedo gordo del pie 5%
16. Pérdida total de cualquier otro dedo del pie 4%

**NO ACUMULACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS, DEDUCCIONES:** La suma asegurada bajo el amparo opcional de Desmembración Accidental no es acumulable con las sumas aseguradas del amparo básico de la póliza a la cual accede ni de otros amparos opcionales. En consecuencia, el eventual pago de la suma asegurada bajo el amparo opcional de desmembración accidental, que agote la suma asegurada del amparo básico, implicará la terminación tanto del seguro que contiene el amparo básico como del presente anexo y PALIG quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la presente póliza.

Si la póliza a la cual accede el presente anexo también tiene contratado el amparo opcional de incapacidad total y permanente y en virtud de él, y a consecuencia de un hecho amparado en este Anexo de Desmembración Accidental, PALIG tuviere que efectuar o hubiere efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al presente anexo.

Asimismo, si se reconoce una suma asegurada por el amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente, que equivalga al 100% de la suma asegurada, el Anexo de Desmembración Accidental quedará automáticamente sin efecto y PALIG libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

#### **4.4 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

Si como consecuencia de las lesiones físicas sufridas con ocasión de un accidente amparado por la póliza, y ocurrido durante su vigencia, el asegurado requiere de asistencia médica o quirúrgica, que le genere el pago de honorarios médicos, hospitalización, rayos x, ambulancia, medicamentos, fisioterapia, prótesis, aparatos ortopédicos de tipo funcional y servicios de enfermería, pertinentes para su recuperación, PALIG reembolsará el valor pagado después de aplicarse el deducible pactado, los gastos razonables y acostumbrados a quien acredite haberlos pagado o a quienes el asegurado autorice, sin exceder la suma asegurada establecida para este amparo adicional, siempre que se hubiere contratado esta cobertura y se pague prima por ella.

Los gastos que se causen después de transcurridos, ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente, no serán objeto de cobertura.

PALIG sólo pagará los honorarios de médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud graduados y oficialmente autorizados para ejercer su profesión. Los medicamentos (aprobados por el Ministerio De Protección Social) a que se hace alusión en la presente cobertura deben tener por único objeto la curación de las lesiones producidas por el accidente.

PALIG reembolsará hasta el ciento por ciento (100%) de los valores realmente incurridos y pagados, sin exceder la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente, al recibo de pruebas fehacientes de que el asegurado incurriere, a causa de un accidente no excluido, en gastos por asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria u odontológica; siempre y cuando la atención para la recuperación del asegurado sea realizada por médicos o profesionales de la salud debidamente reconocidos por el estado colombiano.

- Los gastos que se reembolsarán serán los relacionados exclusivamente con:
- Habitación y alimentación en clínica u hospital
- Medicamentos
- Líquidos endovenosos, cánulas, sondas, sangre, plasma y sus derivados
- Derechos de sala de cirugía, anestesia
- Material de osteosíntesis, prótesis
- Exámenes de laboratorio, rayos x, ecografías, escanografías, resonancias magnéticas
- Vendajes de algodón o tela, vendas de yeso, cabestrillos, collares cervicales, férulas metálicas para dedos, tobilleras blandas, rodilleras blandas, muñequeras blandas
- Servicios de enfermería, fisioterapia, ambulancia
- Alquiler de muletas, silla de ruedas y caminador.

En caso de varias reclamaciones por accidentes amparados, el valor total de los reembolsos se hará sin exceder la suma asegurada.

#### **4.5. ROTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE**

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto que provoque o cause en un solo evento la fractura o varias fracturas de algún hueso y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, servicios de enfermera, medicinas y estudios de laboratorio, la compañía, previa comprobación, reembolsará hasta el monto contratado como suma asegurada que aparece indicada en la carátula de la póliza y/o certificado.

#### **4.6. RENTA PARA GASTOS DE HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL**

La Compañía indemnizará, como beneficio adicional, en caso de fallecimiento accidental del asegurado, una suma única destinada a cubrir los gastos del hogar

### **5. ASISTENCIAS**

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades de Bogotá D.C. y su área metropolitana (Soacha, Mosquera, Madrid, Facatativá, Zipaquirá, Chía, Funza, Cajicá, Sibaté, Tocancipá, La Calera, Sopó y Cota), Medellín y su área metropolitana (Bello, Envigado, Itagüí, La Estrella y Sabaneta), Cali y su área metropolitana (Jamundí, Palmira y Yumbo), Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

## **COBERTURAS**

Se pone a disposición del beneficiario a través de EL CONTRATISTA, los servicios de asistencia relacionadas en este artículo, las cuales se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

#### **ASISTENCIA HOGAR:**

a. **PLOMERIA:** En el momento que se presente alguna rotura, fuga de agua o avería que genere un daño a la residencia permanente del beneficiario o bien imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, EL CONTRATISTA coordinará y enviará a un técnico especializado, quien realizará la asistencia correspondiente para suplir la emergencia o en la tubería o bien restablecer el servicio de agua potable, siempre y cuando el estado de las redes hidráulicas lo permita o la falla en el suministro o descarga hidráulica no sea provocado por causas ajenas a las instalaciones propias de la residencia permanente del beneficiario.

#### **Exclusiones:**

Además de las exclusiones generales señaladas en la presente propuesta, no habrá cobertura o prestación del servicio, en los siguientes casos:

- La reparación o reposición de averías propias de cisternas, depósitos, calentadores o calefones junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras u otro aparato doméstico.
- El desmonte de algún mueble o mobiliario para realizar la reparación, esto será a cargo del beneficiario.
- La limpieza general de pozos o fosas sépticas.
- Destapes No están cubiertos y deberán ser pagos directamente al proveedor.
- Cualquier tipo de reparación en áreas comunes de edificios
- La detección de fugas ocultas en paredes y pisos, así como los trabajos de albañilería necesarios para ello.
- Arreglos en tuberías de material diferente a PVC.
- Se excluyen los materiales que No se encuentren en venta en el mercado colombiano.

El valor asegurado para esta cobertura es de hasta (2) eventos por vigencia anual del producto. Cobertura Límite Económico de hasta \$100.000

**b. CERRAJERIA:** Mediante cualquier hecho de emergencia, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de la puerta principal del domicilio asegurado, EL CONTRATISTA enviará un técnico especializado que realizará el cubrimiento de la emergencia necesaria para restablecer el acceso al inmueble.

**PARAGRAFO:** se deja expresa constancia que la compañía de asistencia no será responsable por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo.

**EXCLUSIONES:** Además de las exclusiones generales señaladas en el presente anexo, no habrá cobertura de cerrajería, y por tanto no habrá lugar a la prestación del servicio, cuando se trate de reparación y/o reposición de cerraduras que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores, así como tampoco la apertura o reparación de cerraduras de guardarropas y alacenas. Igualmente se excluye el arreglo y/o reposición de las puertas mismas (incluyendo hojas y marcos).

El valor asegurado para esta cobertura es de hasta (2) eventos por vigencia anual del producto. Cobertura Límite Económico de hasta \$100.000

## **ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA PLAN AMPLIO**

**a. HISTORIA CLÍNICA (CONSULTA ESPECIALISTA OFTALMOLOGÍA):** Por medio de esta cobertura el contratista pondrá a disposición la red de médicos especialistas (Oftalmología) para prestar servicio en consultorio o centros médicos para consultas que necesite el beneficiario, por Urgencia.

Este servicio se prestará de manera ilimitada durante la vigencia de la póliza.

**b. ESTUDIO DE LA AGUDEZA VISUAL:** En el momento que el beneficiario requiera el servicio de toma de exámenes oftalmológicos, el contratista pondrá en disposición del beneficiario la red de centros médicos para llevar a cabo los procedimientos.

Los exámenes cubiertos en este caso son:

Biomicroscopia.

Gonioscopía.  
Fondo de ojo.

Este servicio se prestará de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 3:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. y deberá ser solicitado con 24 horas de anterioridad al evento en Bogotá y 72 horas en las demás ciudades.

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.

c. **CONSULTA DIAGNÓSTICA AMBULATORIA DIURNA (UNA SOLA VEZ POR VIGENCIA):** Por medio de esta cobertura el contratante redireccionara al beneficiario con una red de centros médicos para las consultas de diagnóstico clínico.

Este servicio se prestará de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 3:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. y deberá ser solicitado con 24 horas de anterioridad al evento en Bogotá y 72 horas en las demás ciudades.

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto

d. **MONTURA Y/O LENTES CORRECTIVOS:** El beneficiario recibirá una Evaluación de Optometría, la cual será prestada a través las ópticas con las que el contratista tenga convenio.

Límites y eventos establecidos en tabla de límites

ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA PLAN AMPLIO		EVENTOS ANUAL
ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA PLAN AMPLIO	Historia Clínica (Consulta especialista Oftalmología)	ilimitado
asistencia plus 450	Estudio de la agudeza visual.	2 eventos año
	Biomicroscopia.	2 eventos año
	Gonios copia.	2 eventos año
	Fondo de ojo.	2 eventos año
	Consulta diagnóstica ambulatoria diurna (una sola vez por vigencia)	2 eventos año
	MONTURA Y/O LENTES CORRECTIVOS de vicios de refracción: Se establece una cobertura anual de hasta ciento cincuenta mil pesos (\$150.000) m/cte. Este servicio se prestará a través las ópticas con las que el contratista tiene convenio.	ilimitado

#### EXCLUSIONES

Además de las exclusiones generales señaladas en la presente propuesta, no habrá cobertura o prestación del servicio, en los siguientes casos:

- Tratamientos, procedimientos y/o servicios recibidos en centros, clínicas, consultorios o por profesionales de la oftalmología con los que el contratista no tenga convenio.
- Cirugías láser o de cualquier otro tipo de cirugía.
- Estudios histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
- Procedimientos quirúrgicos, prótesis y/o restauraciones, y sus materiales.
- Cualquier tipo de medicamento utilizado en la consulta y/o tratamiento ambulatorio, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.
- Procedimientos y/o servicios oftalmológicos recibidos fuera del territorio de Colombia

#### **ASISTENCIA ODONTOLÓGICA PLAN PLUS**

- a. **CONSULTA AMBULATORIA:** Por medio de esta cobertura el contratista prestara atención de consulta ambulatoria al beneficiario, por medio de la red de centros médicos y médicos generales para que te atiendan en su consultorio cuando el beneficiario lo solicite.

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.

b. **DESCUENTOS EN TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS:** El beneficiario podra acceder a una red de profesionales en salud oral, quienes podrán realizar una valoración general y detallada de tu condición de Salud Oral, estableciendo las acciones preventivas, tratamientos orales pertinentes de acuerdo con las condiciones diagnosticadas durante dicha revisión y los descuentos se establecen en los siguientes servicios:

Procedimientos dentales: Descuentos hasta del 40%.

En caso de que el beneficiario lo requiera podrá solicitarlo las 24 horas al día, los 365 días del año, a través de llamada telefónica. El contratista buscara disponibilidad (horario y lugar), y se informara las opciones disponibles y se ofrecerán la gestión de la cita, acompañamiento y seguimiento hasta la finalización del proceso.

Está limitado Un (1) Evento por vigencia anual del producto

c. **EXAMENES CLINICOS:** El contratista brindara los siguientes procedimientos, en caso de que lo necesite: examen físico; historia clínica, diagnostico, pronostico, plan de tratamiento

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto

d. **ORIENTACION ODONTOLOGICA TELEFONICA:** Por medio de esta asistencia, el contratista coordinará la orientación odontológica telefónica para recomendaciones en temas de salud oral, indicaciones generales a cuanto a posibles tratamientos e indicaciones para manejo inicial de emergencias odontológicas.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto

e. **PROFILAXIS EN CASO DE EMERGENCIA:** El beneficiario recibirá una limpieza dental profesional gratis, importante para prevenir algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental, adicionalmente se va a realizar el tratamiento de:

detartraje en caso de urgencia

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto

f. **AJUSTES POR OCLUSION, QUITAR CONTACTO ENTRE DIENTES QUE GENEREN MOELSTIA:** El contratista cubrirá los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier de los siguientes tratamientos o atenciones médico-odontológicas:

- obstrucción provisional en caso de urgencia
- restauraciones resisan, amalgama en dientes posteriores clase II en caso de urgencia
- restauraciones resisan, amalgama en dientes posteriores clase MODII en caso de urgencia
- restauraciones resisan, amalgama en dientes posteriores clase III en caso de urgencia
- restauraciones resisan, amalgama en dientes posteriores clase IV en caso de urgencia
- restauraciones resina, clase V en resina y o vidrios ionómeros caso de urgencia
- cementación de corona provisional en caso de urgencia
- reparación de fracturas en la porcela acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio reparación de prótesis dentales en caso de urgencia
- recubrimiento pulpar directo e indirecto colocación de protección al nervio en caso de urgencia
- pulpectomía retro del nervio dental en caso de urgencia
- pulpectomía retro parcial del nervio dental en caso de urgencia
- tratamiento de conducto unirradicular, birradicular, multiradicular en caso de urgencia

Está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto

g. **DESCUENTOS EN RED DE FARMACIAS:** De acuerdo con la ubicación geográfica del beneficiario, el contratista orientará e indicará en que farmacias o droguerías podrás acceder a los descuentos negociados hasta en un 15%.

COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA:		EVENTOS ANUAL
<b>ASISTENCIA ODONTOLÓGICA PLAN PLUS</b>	consulta ambulatoria	2 veces al año
	descuentos en tratamientos no cubiertos	1 ves al año
	examen físico; historia clínica, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento	2 veces al año
	orientación odontológica telefónica	2 veces al año
	profilaxis en caso de emergencia	2 veces al año
	detartraje en caso de urgencia	2 veces al año
	ajustes por oclusión, quitar contacto entre dientes que generen molestia	2 veces al año
	obstrucción provisional en caso de urgencia	2 veces al año
	Restauración en resisa, amalgama en dientes posteriores clase II en caso de urgencia	2 veces al año
	restauraciones resisan, amalgama en dientes posteriores clase MODII en caso de urgencia	2 veces al año
	restauración en resisa, amalgama en dientes posteriores clase III en caso de urgencia	
	restauración en resisan, amalgama en dientes posteriores clase IV en caso de urgencia	
	Restauración en resina, clase V en resina y o vidrios ionómeros caso de urgencia	2 veces al año
	cementación de corona provisional en caso de urgencia	2 veces al año
reparación de fracturas en la parcial acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el		

	consultorio reparación de prótesis dentales en caso de urgencia	
	restauraciones resina, clase V en resina y o vidrios ionómeros caso de urgencia	2 veces al año
	cementación de corona provisional en caso de urgencia	2 veces al año
	reparación de fracturas en la parcial acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio reparación de prótesis dentales en caso de urgencia	2 veces al año
	recubrimiento pulpar directo e indirecto colocación de protección al nervio en caso de urgencia	2 veces al año
	pulpectomía retro del nervio dental en caso de urgencia	2 veces al año
	tratamiento de conducto unirradicular birradicular multiarticular en caso de Emergencia	2 veces al año
	descuentos en red de farmacias	ilimitada

## QUINTA: EXCLUSIONES

### EXCLUSIONES ODONTOLÓGICAS:

- Tratamientos estéticos.
- Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre este tipo de urgencias, ya que se considera una urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- Defectos físicos.
- Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- Radioterapia o quimioterapia.
- Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de urgencia odontológica indicada en las definiciones de este anexo.

### EXCLUSIONES GENERALES/PRESTACIONES NO INCLUIDAS:

Con carácter general quedan excluidos los siguientes riesgos y sus consecuencias, para todas las coberturas del contrato:

- Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.
- Las guerras, con o sin declaración previa, y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Las consecuencias de las acciones del Beneficiario en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico

- Los que se produzcan con ocasión de la participación del Beneficiario en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.
- Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de Colombia, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que Colombia esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- Los servicios que el Beneficiario haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de la Compañía, salvo en caso de urgente necesidad. En ese caso, el Beneficiario deberá presentar ante la Compañía los justificantes y facturas originales.
- La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este contrato.
- Pendiente
- Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de Colombia, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que Colombia esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.

#### **SEXTA: OBLIGACIONES DEL CLIENTE EN RELACIÓN CON TODAS LAS ASISTENCIAS.**

- En caso de un evento cubierto por el presente documento, este deberá solicitarse siempre a los teléfonos de EL CONTRATISTA, debiendo informar el nombre del beneficiario, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble del Cliente, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

#### **6.1. MUERTE ACCIDENTAL**

PALIG no pagará la suma asegurada cuando la muerte accidental del asegurado tenga relación o sea a consecuencia de cualquier de los siguientes eventos:

1. Actos de guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, sedición, asonada, huelga, actos de movimientos subversivos, actos terroristas, levantamiento militar, insurrección, revolución, usurpación del poder y ley marcial.
2. Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
3. Suicidio o lesiones causadas por el asegurado a sí mismo ya sea en estado de cordura o demencia.
4. Lesiones o muerte causadas por otra persona con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, explosiones o actos malintencionados de terceros.
5. Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
6. Violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal o contravención o cualquier acto contrario a la ley que ponga en peligro la integridad física del asegurado.

7. Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
8. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre al servicio de: Fuerzas Armadas, Navales, Aéreas, de Policía o cualquier otro organismo de seguridad del Estado, servicios de vigilancia y seguridad, escolta, tripulación de Aerolíneas Comerciales o Equipos Profesionales de Deportes.
9. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia preexistente, o infección bacterial distinta de la contraída por una lesión corporal amparada.
10. Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad o la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos tales como, pero no limitados a: buceo, alpinismo, escalada en roca, montañismo, espeleología, paracaidismo, planeadores, rafting, kayaking, puenting, bungee o caída libre, motociclismo, deportes de invierno, carreras de autos o personas que se dediquen profesionalmente a cualquier deporte.
11. Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
12. Participación voluntaria del asegurado en cualquier clase de riña o pelea.
13. Condiciones preexistentes, entendiéndose cualquier enfermedad o lesión corporal (interna o externa) que haya sufrido el asegurado, con anterioridad a la contratación del seguro, o tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.
14. Cualquier clase de enfermedad, incluyendo infecciones virales y/o bacterianas y cualquier examen de control o procedimiento de rutina relacionados con el accidente, infecciones piogénicas derivadas de accidentes, cualquier trastorno mental o nervioso o curas de reposo o trastornos del sueño.
15. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza. Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.

## **6.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Al amparo adicional de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, se le aplican las exclusiones del Amparo Básico al que hace referencia la póliza y, adicionalmente, se excluye de su cobertura todo evento que sea consecuencia directa o indirecta de:

1. Lesiones sufridas en un accidente o enfermedades que el asegurado ya padeciera con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del presente amparo opcional, salvo que tales lesiones y/o enfermedades hayan sido declaradas por el asegurado a PALIG al momento de solicitar el amparo adicional, o su modificación, y PALIG haya aceptado expresamente asumir el riesgo.
2. Pérdida de capacidad laboral calificada con base en normatividad distinta al Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, establecido en el Decreto 1507 de 2014, normativa que determina el riesgo común para todos los asegurados que son objeto de cobertura.

3. Lesiones autoinfligidas intencionalmente, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
4. PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando la desmembración sea consecuencia directa o indirecta de un evento accidental excluido en las condiciones generales de la póliza

### **6.3. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

Al amparo adicional de DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, se le aplican las exclusiones del Amparo Básico al que hace referencia la póliza y, adicionalmente, se excluye de su cobertura todo evento que tenga relación con, o sea consecuencia directa o indirecta de:

1. Lesiones sufridas en un accidente o enfermedades que el asegurado ya padeciera con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del presente amparo opcional, salvo que tales lesiones y/o enfermedades hayan sido declaradas por el asegurado a PALIG al momento de solicitar el amparo adicional, o su modificación, y PALIG haya aceptado expresamente asumir el riesgo.
2. Lesiones autoinfligidas intencionalmente, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
3. PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando la desmembración sea consecuencia directa o indirecta de un evento accidental excluido en las condiciones generales de la póliza

### **6.4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

Al amparo adicional de REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, se le aplican las exclusiones del Amparo Básico al que hace referencia la póliza y, adicionalmente, se excluye de su cobertura todo evento que tenga relación con, o sea consecuencia directa o indirecta de:

1. Accidentes que el asegurado hubiere padecido, o respecto de las cuales se encuentre en tratamiento, o que esté siendo objeto de estudio médico por causa de ellos, con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del presente amparo opcional.
2. Cirugía plástica o cosmética, así como los tratamientos y/o procedimientos con fines estéticos. Esta exclusión no se aplicará cuando la cirugía o el procedimiento se practique como consecuencia de un accidente amparado.
3. Cuando el asegurado haya cumplido sesenta y nueve (69) años de edad.
4. Cualquier reclamación directa o indirectamente relacionada con beneficios de cualquier clase que puedan ser pagados o pagaderos bajo la legislación de accidentes de trabajo, seguro obligatorio de tránsito o de salud o alguna otra legislación laboral o gubernamental o política obligatoria en Colombia, bajo la cual estos gastos puedan ser cubiertos originalmente.

5. Procedimientos, servicios o suministros que no sean médicamente pertinentes o necesarios para la atención y/o recuperación del asegurado.
6. Los gastos de enfermería que sean prestados fuera de la institución médica
7. Los honorarios médicos de consultas fuera del hospital o sanatorio cuando los mismos no estén derivados de una emergencia hospitalaria o un internamiento u hospitalización por un accidente cubierto por este anexo.
8. Los gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.
9. Los gastos que resulte de aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase de tratamientos de ortodoncia necesarias a causa de accidente, serán cubiertos por la compañía hasta un límite de un 15% de la suma máxima contratada en esta cobertura. Adicionalmente al límite indicado para los tratamientos anteriores, los gastos por servicio de ambulancia o traslado se cubrirán hasta un monto máximo equivalente hasta un 5% de
1. la suma asegurada en esta cobertura. Las cantidades que se paguen por estos conceptos, disminuirán en igual cantidad la suma máxima asegurada en esta cobertura.

#### **6.5. AUXILIO O RENTAS POR MUERTE ACCIDENTAL**

Al amparo opcional de AUXILIO O RENTAS POR MUERTE ACCIDENTAL, se le aplican las exclusiones del Amparo Básico de la póliza a la cual se anexa.

#### **6.6. ROTURA DE HUESO POR ACCIDENTE**

Al amparo adicional de BENEFICIO ADICIONAL POR FRACTURA ACCIDENTAL DE HUESOS, le aplican las exclusiones del Amparo Básico al que hace referencia la póliza y, adicionalmente, se excluye de su cobertura todo evento que tenga relación con, o sea consecuencia directa o indirecta de:

1. Fracturas de huesos derivadas de eventos no accidentales, tales como fracturas patológicas y aquellas derivadas de osteoporosis.
2. Fracturas provocadas por lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
3. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
4. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
5. Desempeñarse como deportista de alto rendimiento o profesional.
6. Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- 7.

## 7. EDADES

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Accidental	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Incapacidad Total Permanente Por Accidente	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Desmembración Accidental	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Reembolso de Gastos médicos por Accidente	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Rotura de Huesos por Accidente	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Rentas Por Muerte Accidental	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años

## 8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

No se requiere el diligenciamiento de solicitud de asegurabilidad. Sin embargo por el reporte de novedades se debe remitir base de datos por lo menos con la siguiente información de los asegurados:

1. Número de Cedula
2. Nombre Completo
3. Género (M / F)
4. Fecha de Nacimiento
5. Valor asegurado (plan seleccionado)
6. Tipo de Novedad
7. Fecha de vigencia de la novedad
8. Fecha efectiva de inicio de la póliza individual

## 9. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado por asegurado se establece así:

COBERTURAS PRINCIPALES	VALOR ASEG
BÁSICO - MUERTE ACCIDENTAL	\$ 50.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$ 50.000.000
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	\$ 50.000.000
COBERTURAS ADICIONALES	VALOR ASEG
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	\$ 1.000.000
RUPTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE	\$ 1.500.000
RENTA PARA GASTOS DE HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL	\$ 2.000.000

<b>ASISTENCIAS</b>	
ASISTENCIA HOGAR	INCLUIDO
ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA AMPLIA	INCLUIDO
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA PLUS	INCLUIDO
DESCUENTO EN FARMACIAS	INCLUIDO

## **10. REPORTE DE NOVEDADES**

El Tomador se compromete a reportar los ingresos y cambios de valor asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tales modificaciones ocurran, acompañando los requisitos de asegurabilidad.

El envío de la información deberá ser en medio magnético (Excel) con listado imagen del archivo cuando el número de asegurados así lo amerite.

## **11. AMPARO AUTOMÁTICO**

Se otorga amparo automático por 30 días para nuevos asegurados.

Toda solicitud de suma asegurada que supere el límite del amparo automático estará sujeta a posterior confirmación de cobertura por parte de la Compañía.

No obstante, lo anterior, el tomador y el asegurado quedan obligados a informar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo. Si alguno de los asegurados fallece o se incapacite a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha del ingreso a la póliza, dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1160 del Código de Comercio.

## **12. CONTINUIDAD DE COBERTURA**

Esta cláusula se otorga bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extraprimado por la Aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extraprimas en el cobro de la nueva póliza. Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que no hay casos de asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades de carácter terminal u otra condición especial, conocida por el Tomador y no informados a la Asegurada, para estos casos no operará continuidad.

Se otorga continuidad de cobertura a todos los asegurados, hasta las sumas aseguradas que traían en la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, la Compañía anterior debe enviar la siguiente información:

- Relación de todos los Asegurados con su nombre completo, número de cédula, fecha de nacimiento y valor asegurado.
- Indicación de exclusiones y extraprimas o recargos que trae cada uno de los Asegurados.
- Fecha de ingreso de cada uno de los Asegurados a la póliza vigente.

- Relación de personas del grupo asegurado que sufran o hayan sufrido cualquier enfermedad considerada como grave.

Si estos requisitos no fueren cumplidos antes de 30 días, contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza, se entenderá que no se ha producido la continuidad de las coberturas y la compañía no será responsable por cualquier evento o circunstancia pre-existente a su seguro, que de origen a una reclamación bajo la póliza.

### **13. REVISIÓN DE TASA Y AJUSTE**

Pan American Life se reserva el derecho de:

1. Revisar cuando lo estime conveniente la siniestralidad incurrida y el número de asegurados potenciales de la póliza
2. Ajustar la tasa si la siniestralidad supera el 15% de las primas emitidas, o el número de asegurados sea substancialmente inferior al potencial propuesto; para efectos del presente anexo, por siniestralidad incurrida se entiende la sumatoria de los siniestros pagados más los siniestros avisados pendientes de pago más IBNR.

### **14. PLAZO PARA EL PAGO DE PRIMAS**

Pan American Life de Colombia S. A. concede un plazo para el pago de primas de 45 días, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de cada período anual amparado.

### **15. ERRORES U OMISIONES**

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3º del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información no afectarán los derechos derivados de la póliza.

Se aclara que esta cláusula no aplica para reporte de asegurados ya que para este reporte se cuenta con 60 días posterior al desembolso para informar a la compañía.

### **16. AVISO DE SINIESTRO**

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a PALIG, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido los hechos que dan lugar a la reclamación.

### **17. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS**

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, se pagará al beneficiario el monto indemnizable dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

## 18. CONDICIONES ECONÓMICAS

### 18.1. PRIMA POR ASEGURADO

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b>	<b>VALOR ASEG</b>
BÁSICO - MUERTE ACCIDENTAL	\$ 50.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$ 50.000.000
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	\$ 50.000.000
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	<b>VALOR ASEG</b>
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	\$ 1.000.000
RUPTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE	\$ 1.500.000
RENTA PARA GASTOS DE HOGAR POR MUERTE ACCIDENTAL	\$ 2.000.000
<b>ASISTENCIAS</b>	
ASISTENCIA HOGAR	INCLUIDO
ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA AMPLIA	INCLUIDO
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA PLUS	INCLUIDO
DESCUENTO EN FARMACIAS	INCLUIDO
<b>PRIMA ANUAL TOTAL POR ASEGURADO</b>	<b>\$ 400.000</b>

- El intermediario y el tomador se compromete a realizar las labores de capacitación y entrenamiento en líneas de atención al cliente del tomador.
- No se contempla ningún gasto adicional de promoción y divulgación, plataforma o pasarela de pagos.
- No se contempla ningún gasto de desarrollo tecnológico que deba incurrir el tomador o el corredor para atraer a los asegurados al landing page de la compañía

### 18.2. FORMA DE PAGO

Anual Anticipado

## 19. RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

### 19.1. MUERTE ACCIDENTAL

Para acceder al pago de la suma asegurada, la reclamación correspondiente deberá ser presentada por los beneficiarios aportando las pruebas que acrediten la ocurrencia de un hecho accidental y el consecuente fallecimiento del asegurado. Para el efecto se podrán presentar los documentos que se

consideren relevantes, junto con el formulario de reclamación suministrado por PALIG debidamente diligenciado, acompañado de los siguientes documentos:

1. Fotocopia simple de la cédula de ciudadanía del asegurado.
2. Fotocopia autenticada de registro civil de nacimiento del asegurado.
3. Fotocopia autenticada del registro civil de defunción del asegurado.
4. Fotocopia de los documentos que sirvan para acreditar la calidad de beneficiario.
5. Fotocopia simple del acta de levantamiento del cadáver y de la necropsia o, en su defecto, informe de la autoridad competente en la que conste la causa y las circunstancias accidentales de la muerte.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley.

PALIG podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesarios para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá, a su propio costo y durante el tiempo en que se encuentre pendiente una reclamación por los amparos opcionales, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

## **19.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el tomador o asegurado, según el caso, deberán dar aviso a PALIG, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la notificación de la incapacidad total y permanente.

El asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, o por una EPS, una AFP, una ARL, una aseguradora de riesgos previsionales o un médico especialista en salud ocupacional y deberá estar fundamentado en los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecidos en el Decreto 1507 de 2014, o aquel que esté vigente al momento de la calificación de la invalidez. La calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración de la invalidez y que su origen es un accidente común o laboral.

Salvo condición particular en contrario, no es objeto de cobertura la invalidez o la pérdida de capacidad laboral, superior al 50% o no, que se configure con base en normatividad distinta al Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecido en el Decreto 1507 de

2014, como aquella que para efectos pensionales aplica de manera excepcional a favor de docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, trabajadores de Ecopetrol y todos los demás regímenes pensionales especiales.

En cualquier caso, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe referirse a lesiones sufridas por el asegurado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de su amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente y la

pérdida de la capacidad laboral con ocasión de dichas lesiones de origen accidental debe ser superior al cincuenta por ciento (50%) para que configure siniestro.

Previo al pago de la suma asegurada que corresponda bajo el presente amparo adicional, PALIG podrá exigir al asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia del estado de Incapacidad Total y Permanente.

### **19.3. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el tomador o asegurado, según el caso, deberán dar aviso a PALIG, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

Para acceder al pago de la suma asegurada, la reclamación correspondiente deberá ser presentada por el asegurado aportando las pruebas que acrediten el sufrimiento de una desmembración accidental. Para el efecto se podrán presentar los documentos que se consideren relevantes, junto con el formulario de reclamación suministrado por PALIG debidamente diligenciado, acompañado de los siguientes documentos:

- Informe oficial de entidad competente en el que se describan las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente sufrido por el asegurado.
- Historia Clínica completa relacionada con la desmembración.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley. PALIG podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesarios para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá, a su propio costo y durante el tiempo en que se encuentre pendiente una reclamación por los amparos opcionales, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

### **19.4. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

Para acceder al reembolso de los gastos médicos pagados, la reclamación correspondiente deberá ser presentada por el asegurado aportando las pruebas que acrediten la ocurrencia del accidente sufrido y el pago de las cuentas y/o facturas cuyo reembolso se solicita. Para el efecto se podrán presentar los

documentos que se consideren relevantes, junto con el formulario de reclamación suministrado por PALIG debidamente diligenciado, acompañado de los siguientes documentos:

- Informe oficial de entidad competente en el que se describan las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente sufrido por el asegurado.
- Historia Clínica completa o epicrisis relacionada con la atención recibida por el accidente sufrido.
- Las facturas electrónicas emitidas por los proveedores de los servicios o insumos médicos recibidos, con las formalidades legales y con certificación de pago emitida por el mismo proveedor. Sólo en el caso que las normas contables y tributarias vigentes no exijan la emisión de factura electrónica, se admitirán facturas físicas y/o cuentas de cobro con el correspondiente sello o constancia de haber sido debidamente pagadas en su totalidad.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley. PALIG podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesarios para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá, a su propio costo y durante el tiempo en que se encuentre pendiente una reclamación por los amparos opcionales, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

#### **19.5. ROTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE**

La reclamación deberá ser presentada por el asegurado o los beneficiarios mediante pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro de acuerdo a lo señalado en el artículo 1077 del Código de Comercio.

Para el efecto se podrán presentar los documentos que se consideren relevantes, pero en todo caso con la presentación de los siguientes documentos, se entenderá debidamente demostrada la ocurrencia del siniestro:

- a. Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el Asegurado o sus beneficiarios.
- b. Historia Clínica completa en donde se indique la causa y fecha del accidente, los exámenes médicos realizados, tratamiento y descripción de la fractura.
- c. Facturas Originales debidamente canceladas adjuntando las correspondientes ordenes médicas y/o formulas médicas en caso de exámenes o medicamentos.
- d. Parte policial o de alcoholemia si correspondiese

LA COMPAÑÍA podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesaria para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá a su propio costo, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley.

#### **20. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA**

La presente Póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a PALIG. El importe de la prima devengada y la devolución se calculará a prorrata. PALIG podrá revocar los amparos de acuerdo a las condiciones de Ley mediante aviso escrito al TOMADOR enviando a su última dirección conocida, con no menos de sesenta

(60) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, PALIG devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

#### **21. CONDICIONES APLICABLES**

Para lo no previsto expresamente en el presente Anexo, este se regirá por las condiciones Generales de la Póliza a la cual accede, de la cual es parte integrante y accesoria, de modo que sólo será válido y regirá mientras la póliza esté vigente.

## 22. CLAUSULA OFAC

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.



---

**DIANA ALEJANDRA VARGAS TORRES**  
**Country Manager Colombia**

---

**TOMADOR**

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PÓLIZA 08586

---

**TOMADOR:** EXCEL CREDIT

**NIT:** 900.591.195-7

**ACTIVIDAD:** CRÉDITOS DE LIBRE CONSUMO

**MODALIDAD:** Accidentes Personales

**ADHESIÓN:** Voluntario

**VIGENCIA:** Desde el 1 de marzo de 2024 a las 00:00 horas hasta el 28 de febrero de 2025 a las 24:00 horas

**COMPAÑÍA:** 009

### CONDICIONES DEL NEGOCIO

Sin perjuicio de lo registrado en las condiciones generales de la Póliza de Accidentes Personales de Pan American Life (Forma: 1/105/2022-1416-P-31-ACCIDEN\_PERSONAL-DRCI, Anexo 1: 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_INCTOTPERM-DRCI, Anexo 2: 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_DESMEMBRAC-DRCI, Anexo: 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_REE\_GASMED-DRCI, Anexo 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_AUX\_RENTAS-DRCI, Anexo 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_RTADIAHOSP-DRCI, Anexo 01/05/2022-1416-A-31-AN\_AP\_ENF\_GRAVES-DRCI) se deja con estas condiciones particulares expresa constancia de las Condiciones de Expedición por el periodo arriba indicado:

#### 1. ALCANCE DE LA COBERTURA

Cobertura de Muerte Accidental para el Titular reportado por el tomador. El seguro iniciará a las 24.00 horas del día en que haya activado la cobertura por un año.

El seguro solo será válido si efectivamente existe reporte por parte del tomador.

#### 2. GRUPO ASEGURADO

Clientes del tomador

#### 3. BENEFICIARIOS

Serán beneficiario a título gratuito los designados por el asegurado o en su defecto los asegurados de ley

## 4. AMPAROS

### 4.1. AMPARO BÁSICO – MUERTE ACCIDENTAL

PALIG pagará a los beneficiarios la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza o en sus condiciones particulares, si se comprueba que el asegurado fallece como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, según la definición de accidente incluida en estas condiciones, siempre que la causa accidental no esté excluida. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Se excluye el homicidio como muerte accidental

**Se otorga cobertura para policías, militares, guardaespaldas y agentes de seguridad en general, siempre y cuando el siniestro no ocurra en medio de las actividades propias de sus funciones.**

### 4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

PALIG pagará al asegurado la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza o en sus condiciones particulares, si se comprueba que respecto del asegurado se estructura una incapacidad total y permanente como consecuencia directa de un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que no esté excluido, teniendo en cuenta las definiciones que se indican en la condición tercera de estas condiciones generales

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente por Accidente aquella invalidez sufrida por el asegurado, menor de 65 años de edad, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo o sus renovaciones, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables originadas en un evento accidental y que de por vida impidan a la persona desempeñar actividades lucrativas y percibir salarios, honorarios o cualquier tipo de remuneración, para las cuales haya estado capacitado en razón a su educación, entrenamiento y experiencia, cuya fecha de estructuración esté dentro de la vigencia del seguro, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 180 días y no haya sido provocada por el asegurado.

La Incapacidad Total y Permanente debe ser calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, o por una EPS, una AFP, una ARL, una aseguradora de riesgos previsionales o un médico especialista en salud ocupacional y deberá estar fundamentada en los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecidos en el Decreto 1507 de 2014, normativa que determina el riesgo común para todos los asegurados que son objeto de cobertura. La calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración de la invalidez y que su origen es un accidente común o laboral.

Salvo condición particular en contrario, no es objeto de cobertura la invalidez o la pérdida de capacidad laboral, superior al 50% o no, que se configure con base en normatividad distinta al Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecido en el Decreto 1507 de 2014, como aquella que para efectos pensionales aplica de manera excepcional a favor de docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, trabajadores de Ecopetrol y todos los demás regímenes pensionales especiales.

En cualquier caso, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe referirse a lesiones sufridas por el asegurado en un evento accidental ocurrido con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de su amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente y la pérdida de la capacidad laboral con ocasión de dichas lesiones de origen accidental debe ser superior al cincuenta por ciento (50%) para que configure siniestro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de Incapacidad Total y Permanente por Accidente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, como consecuencia de un evento accidental.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

DE LAS MANOS: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

DE LOS PIES: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarariana.

DE LOS OJOS: La pérdida total e irreparable de la visión.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

PARÁGRAFO: Para todos los casos se define como fecha del siniestro la fecha del accidente por el cual el asegurado incurre en Invalidez o Incapacidad Total y Permanente por Accidente

**NO ACUMULACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS, DEDUCCIONES:** La suma asegurada bajo el amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable con la suma asegurada del amparo básico de la póliza a la cual accede. En consecuencia, el eventual pago de la suma asegurada bajo el amparo opcional de invalidez o incapacidad total y permanente por accidente, que agote la suma asegurada del amparo básico, implicará la terminación tanto del seguro que contiene el amparo básico como del presente anexo y PALIG quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la presente póliza.

Si la póliza a la cual accede el presente anexo también tiene contratado el amparo opcional de desmembración por accidente y en virtud de él, y a consecuencia de un hecho amparado en este Anexo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente, PALIG tuviere que efectuar o hubiere efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al presente anexo. Asimismo, si se reconoce una suma asegurada por el amparo opcional de desmembración accidental, que equivalga al 100% de la suma asegurada, el Anexo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente quedará automáticamente sin efecto y PALIG libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

**Se otorga cobertura para policías, militares, guardaespaldas y agentes de seguridad en general, siempre y cuando el siniestro no ocurra en medio de las actividades propias de sus funciones.**

#### **4.3 DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

PALIG pagará al asegurado un porcentaje de la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza o en sus condiciones particulares, si se comprueba que el asegurado sufre una desmembración accidental durante la vigencia de la póliza por cualquier causa no excluida, teniendo en cuenta las definiciones que se indican en la condición tercera de estas condiciones generales. El porcentaje a aplicar se determinará conforme a la tabla establecida en la condición cuarta de estas condiciones.

**DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:** La amputación traumática o quirúrgica, o la inhabilitación funcional total y definitiva, del órgano lesionado como consecuencia de un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella, que se produzca de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del accidente.

**INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA:** aquella que afecte un porcentaje igual o superior al 75% de la estructura del órgano lesionado.

**TABLA DE PORCENTAJES:** La suma asegurada de referencia es la correspondiente a la establecida para el amparo básico, sobre la cual se calculará el porcentaje que corresponda según el tipo de desmembración accidental que sufra el asegurado. Dicha suma

asegurada se indicará respecto de cada asegurado en el Certificado Individual de Seguro que PALIG emita, sin que la responsabilidad de la aseguradora bajo el presente amparo opcional de Desmembración Accidental pueda ser superior a la referida suma asegurada. PALIG pagará al asegurado un porcentaje de la suma asegurada establecida en el certificado individual de seguro, de conformidad con los porcentajes que se indican en la siguiente tabla:

DESCRIPCIÓN: Porcentaje de la suma asegurada:

1. Pérdida de ambas manos 100%
2. Pérdida de ambos pie 100%
3. Pérdida de una mano junto con la de un pie 100%
4. Pérdida de una mano, o de un pie junto con la pérdida total e irreparable de la visión de un ojo 100%
5. Pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos 100%
6. Enajenación Mental incurable causada por daño orgánico o estructural demostrable por medios clínicos. 100%
7. Pérdida de una mano 50%
8. Pérdida de un pie 50%
9. Pérdida de la visión de un ojo 50%
10. Pérdida total e irreparable del habla. 50%
11. Sordera total e incurable de la audición de ambos oídos 50%
12. Pérdida de las dos falanges del dedo pulgar de una de las manos 15%
13. Pérdida de las tres falanges del dedo índice de una de las manos 10%
14. Pérdida total de cualquier otro dedo de las manos 6%
15. Pérdida total del dedo gordo del pie 5%
16. Pérdida total de cualquier otro dedo del pie 4%

**NO ACUMULACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS, DEDUCCIONES:** La suma asegurada bajo el amparo opcional de Desmembración Accidental no es acumulable con las sumas aseguradas del amparo básico de la póliza a la cual accede ni de otros amparos opcionales. En consecuencia, el eventual pago de la suma asegurada bajo el amparo opcional de desmembración accidental, que agote la suma asegurada del amparo básico, implicará la terminación tanto del seguro que contiene el amparo básico como del presente anexo y PALIG quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la presente póliza. Si la póliza a la cual accede el presente anexo también tiene contratado el amparo opcional de incapacidad total y permanente y en virtud de él, y a consecuencia de un hecho amparado en este Anexo de Desmembración Accidental, PALIG tuviere que efectuar o hubiere efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al presente anexo. Asimismo, si se reconoce una suma asegurada por el amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente, que equivalga al 100% de la suma asegurada, el Anexo de Desmembración Accidental quedará automáticamente sin efecto y PALIG libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

## 5. ASISTENCIAS

### AMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades de Bogotá D.C. y su área metropolitana (Soacha, Mosquera, Madrid, Facatativá, Zipaquirá, Chía, Funza, Cajicá, Sibaté, Tocancipá, La Calera, Sopó y Cota), Medellín y su área metropolitana (Bello, Envigado, Itagüí, La Estrella y Sabaneta), Cali y su área metropolitana (Jamundí, Palmira y Yumbo), Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

### CUARTA: COBERTURAS

Se pone a disposición del beneficiario a través de EL CONTRATISTA, los servicios de asistencia relacionadas en este artículo, las cuales se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

**ASISTENCIA HOGAR:**

a. **PLOMERIA:**

En el momento que se presente alguna rotura, fuga de agua o avería que genere un daño a la residencia permanente del beneficiario o bien imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, EL CONTRATISTA coordinará y enviará a un técnico especializado, quien realizará la asistencia correspondiente para suplir la emergencia o en la tubería o bien restablecer el servicio de agua potable, siempre y cuando el estado de las redes hidráulicas lo permita o la falla en el suministro o descarga hidráulica no sea provocado por causas ajenas a las instalaciones propias de la residencia permanente del beneficiario. El valor asegurado para esta cobertura es de hasta (2) eventos por vigencia anual del producto

Cobertura Límite Económico de hasta \$100.000

**Exclusiones:**

Además de las exclusiones generales señaladas en la presente propuesta, no habrá cobertura o prestación del servicio, en los siguientes casos:

- La reparación o reposición de averías propias de cisternas, depósitos, calentadores o calefones junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras u otro aparato doméstico.
- El desmonte de algún mueble o mobiliario para realizar la reparación, esto será a cargo del beneficiario.
- La limpieza general de pozos o fosas sépticas.
- Destapes No están cubiertos y deberán ser pagos directamente al proveedor.
- Cualquier tipo de reparación en áreas comunes de edificios
- La detección de fugas ocultas en paredes y pisos, así como los trabajos de albañilería necesarios para ello.
- Arreglos en tuberías de material diferente a PVC.
- Se excluyen los materiales que No se encuentren en venta en el mercado colombiano.

**Límite de eventos:** Por Emergencia

b. **CERRAJERIA:** Mediante cualquier hecho de emergencia, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de la puerta principal del domicilio asegurado, EL CONTRATISTA enviará un técnico especializado que realizará el cubrimiento de la emergencia necesaria para restablecer el acceso al inmueble. El valor asegurado para esta cobertura es de hasta (2) eventos por vigencia anual del producto Cobertura Límite Económico de hasta \$100.000

PARAGRAFO: se deja expresa constancia que la compañía de asistencia no será responsable por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo.

**EXCLUSIONES:** Además de las exclusiones generales señaladas en el presente anexo, no habrá cobertura de cerrajería, y por tanto no habrá lugar a la prestación del servicio, cuando se trate de reparación y/o reposición de cerraduras que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores, así como tampoco la apertura o reparación de cerraduras de guardarropas y alacenas. Igualmente se excluye el arreglo y/o reposición de las puertas mismas (incluyendo hojas y marcos).

**Límite de eventos: Por Emergencia**

#### **ASISTENCIA SALUD**

a. **ORIENTACION ODONTOLOGICA TELEFONICA:** Por medio de esta asistencia, el contratista coordinará la orientación odontológica telefónica para recomendaciones en temas de salud oral, indicaciones generales a cuanto a posibles tratamientos e indicaciones para manejo inicial de emergencias odontológicas.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Este servicio está ilimitado por vigencia anual del producto.

b. **CONSULTA DE URGENCIAS ODONTOLOGICA, CONSULTA AMBULATORIA:** En caso de urgencia o consulta oral, que requiera atención en consultorio o clínica, como consulta ambulatoria, el contratista pondrá a disposición del beneficiario, una red odontológica con las diferentes especialidades en el siguiente horario:

lunes a viernes en horario de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

**Este servicio está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.**

c. **PROCEDIMIENTOS POR URGENCIA ODONTOLOGIA:** El contratista asumirá los gastos incurridos a consecuencia de una urgencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier de los siguientes tratamientos o atenciones médico-odontológicas:

- Radiografía periapical y o coronal en caso de urgencia 1 (uno) Evento Año
- Amalgama en caso de urgencia Dos (2) Eventos Año
- Resina en dientes anteriores en caso de urgencias Dos (2) Eventos año
- Resina en dientes Posteriores en caso de urgencias Dos (2) Eventos año

d. **PROFILAXIS EN CASO DE URGENCIA:** El contratista brindara al beneficiario asistencia médica odontológica, en caso de que el mismo presente urgencia oral en alguno de sus dientes alterando su integridad estructural, funcional o estética. Por lo que el beneficiario brindara limpieza dental profesional, importante para prevenir algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

**Este servicio está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.**

e. **EXODONCIA SIMPLE EN CASO DE URGENCIA:** El contratista pondrá a disposición del beneficiario, una red odontológica especializada en cirugía oral

El horario de atención es de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.  
**Este servicio está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.**

f. **PULPECTOMIA CASO DE URGENCIA:** El contratista pondrá a disposición del beneficiario, una red odontológica especializada en cirugía oral

El horario de atención es de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.  
**Este servicio está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.**

g. **PROTESICA:** En caso de que el beneficiario sufra una urgencia y necesite procedimiento oral, el contratista brindara por medio de la red prestadora de servicios odontológicos los siguientes procedimientos garantizando la integridad y salud del beneficiario:

- Cementación de corona definitiva o provisional en caso de urgencia  
**Este servicio está limitado Dos (2) Eventos por vigencia anual del producto.**
- Reparación de prótesis en consultorio en caso de urgencia  
**Este servicio está limitado Un (1) Eventos por vigencia anual del producto.**
- A continuación, se plasma las coberturas de las asistencias odontológicas mencionadas anteriormente y la limitación por eventos en la vigencia anual del producto:

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA TRADICIONAL	COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA:	EVENTOS ANUAL
ODONTOLOGIA GENERAL	orientación odontológica telefónica	ilimitado
	consulta de urgencias odontológica, consulta ambulatoria	2 eventos año
Especialidades	consulta de urgencias odontológica, consulta ambulatoria	2 eventos año
radiología	radiografía periapical y o coronal en caso de urgencia	1 eventos año
	amalgama en caso de urgencia	2 eventos año
	resina en dientes anteriores en caso de urgencias	2 eventos año
operatoria dental	resina en dientes posteriores en caso de urgencia	2 eventos año
	profilaxis en caso de urgencia	2 eventos año
cirugía oral	exodoncia simple en caso de urgencia	2 eventos año
	pulpectomía en caso de urgencia	2 eventos año
protésica	cementación de corona definitiva o provisional en caso de urgencia	2 eventos año
	reparación de prótesis en consultorio en caso de urgencia	1 evento año

#### QUINTA: EXCLUSIONES

#### **EXCLUSIONES DE URGENCIA ODONTOLÓGICA:**

- Además de las Exclusiones Generales a todas las garantías de estas Condiciones Generales no serán objeto de cobertura los hechos siguientes y sus consecuencias:
- 
- Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con los que EL CONTRATISTA no tiene convenio.
- Retratamiento de conducto Unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
- Tratamientos estéticos.
- Defectos físicos.
- Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- Radioterapia o quimioterapia.
- Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos amparados y no amparados por este anexo.

#### **EXCLUSIONES GENERALES/PRESTACIONES NO INCLUIDAS**

Con carácter general quedan excluidos los siguientes riesgos y sus consecuencias, para todas las coberturas del contrato:

- Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.
- Las guerras, con o sin declaración previa, y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Las consecuencias de las acciones del Beneficiario en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico
- Los que se produzcan con ocasión de la participación del Beneficiario en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.
- Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de Colombia, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que Colombia esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- Los servicios que el Beneficiario haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de la Compañía, salvo en caso de urgente necesidad. En ese caso, el Beneficiario deberá presentar ante la Compañía los justificantes y facturas originales.
- La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este contrato.
- Pendiente
- Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de Colombia, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que Colombia esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.

## **SEXTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON TODAS LAS ASISTENCIAS.**

- En caso de un evento cubierto por el presente documento, este deberá solicitarse siempre a los teléfonos de EL CONTRATISTA, debiendo informar el nombre del beneficiario, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble del Cliente, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

### **6.1. MUERTE ACCIDENTAL**

PALIG no pagará la suma asegurada cuando la muerte accidental del asegurado tenga relación o sea a consecuencia de cualquier de los siguientes eventos:

1. Actos de guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), motín, conmoción civil, sedición, asonada, huelga, actos de movimientos subversivos, actos terroristas, levantamiento militar, insurrección, revolución, usurpación del poder y ley marcial.
2. Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
3. Suicidio o lesiones causadas por el asegurado a sí mismo ya sea en estado de cordura o demencia.
4. Lesiones o muerte causadas por otra persona con arma de fuego, cortante, punzante y/o contundente, explosiones o actos malintencionados de terceros.
5. Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
6. Violación por parte del asegurado de cualquier norma de carácter legal o contravención o cualquier acto contrario a la ley que ponga en peligro la integridad física del asegurado.
7. Encontrarse el asegurado bajo influencia de bebidas embriagantes o de sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o síquica.
8. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre al servicio de: Fuerzas Armadas, Navales, Aéreas, de Policía o cualquier otro organismo de seguridad del Estado, servicios de vigilancia y seguridad, escolta, tripulación de Aerolíneas Comerciales o Equipos Profesionales de Deportes.
9. Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia preexistente, o infección bacterial distinta de la contraída por una lesión corporal amparada.
10. Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad o la práctica de deportes catalogados como de alto riesgo o extremos tales como, pero no limitados a: buceo, alpinismo, escalada en roca, montañismo, espeleología, paracaidismo, planeadores, rafting, kayaking, puenting, bungee o caída libre, motociclismo, deportes de invierno, carreras de autos o personas que se dediquen profesionalmente a cualquier deporte.
11. Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x, choques eléctricos, etc., salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
12. Participación voluntaria del asegurado en cualquier clase de riña o pelea.

13. Condiciones preexistentes, entendiéndose cualquier enfermedad o lesión corporal (interna o externa) que haya sufrido el asegurado, con anterioridad a la contratación del seguro, o tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.
14. Cualquier clase de enfermedad, incluyendo infecciones virales y/o bacterianas y cualquier examen de control o procedimiento de rutina relacionados con el accidente, infecciones piogénicas derivadas de accidentes, cualquier trastorno mental o nervioso o curas de reposo o trastornos del sueño.
15. Temblores de tierra, erupciones volcánicas, terremoto, tifón, huracán, tornado, ciclón, inundaciones, rayo, marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
16. Lesiones inmediatas o tardías, causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva, química o bacteriológica.

## **6.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Al amparo adicional de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, se le aplican las exclusiones del Amparo Básico al que hace referencia la póliza y, adicionalmente, se excluye de su cobertura todo evento que sea consecuencia directa o indirecta de:

1. Lesiones sufridas en un accidente o enfermedades que el asegurado ya padeciera con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del presente amparo opcional, salvo que tales lesiones y/o enfermedades hayan sido declaradas por el asegurado a PALIG al momento de solicitar el amparo adicional, o su modificación, y PALIG haya aceptado expresamente asumir el riesgo.
2. Pérdida de capacidad laboral calificada con base en normatividad distinta al Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, establecido en el Decreto 1507 de 2014, normativa que determina el riesgo común para todos los asegurados que son objeto de cobertura.
3. Lesiones autoinfligidas intencionalmente, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
4. PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando la desmembración sea consecuencia directa o indirecta de un evento accidental excluido en las condiciones generales de la póliza

## **6.3. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

Al amparo adicional de DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, se le aplican las exclusiones del Amparo Básico al que hace referencia la póliza y, adicionalmente, se excluye de su cobertura todo evento que tenga relación con, o sea consecuencia directa o indirecta de:

1. Lesiones sufridas en un accidente o enfermedades que el asegurado ya padeciera con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del presente amparo opcional, salvo que tales lesiones y/o enfermedades hayan sido declaradas por el asegurado a PALIG al momento de solicitar el amparo adicional, o su modificación, y PALIG haya aceptado expresamente asumir el riesgo.
2. Lesiones autoinfligidas intencionalmente, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
3. PALIG no reconocerá indemnización alguna cuando la desmembración sea consecuencia directa o indirecta de un evento accidental excluido en las condiciones generales de la póliza

## 7. EDADES

AMPARO	INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Accidental	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Incapacidad Total Permanente Por Accidente	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años
Desmembración Accidental	De 18 años a 75 años	Hasta los 85 años

## 8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

No se requiere el diligenciamiento de solicitud de asegurabilidad. Sin embargo por el reporte de novedades se debe remitir base de datos por lo menos con la siguiente información de los asegurados:

1. Número de Cedula
2. Nombre Completo
3. Género (M / F)
4. Fecha de Nacimiento
5. Valor asegurado (plan seleccionado)
6. Tipo de Novedad
7. Fecha de vigencia de la novedad
8. Fecha efectiva de inicio de la póliza individual

## 9. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado por asegurado se establece así:

COBERTURAS PRINCIPALES	PLAN
BÁSICO MUERTE ACCIDENTAL	\$ 10.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$ 10.000.000
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	\$ 10.000.000
ASISTENCIAS	
ASISTENCIA HOGAR MAWDY	INCLUIDA
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA MAWDY	INCLUIDA

## 10. REPORTE DE NOVEDADES

El Tomador se compromete a reportar los ingresos y cambios de valor asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tales modificaciones ocurran, acompañando los requisitos de asegurabilidad.

El envío de la información deberá ser en medio magnético (Excel) con listado imagen del archivo cuando el número de asegurados así lo amerite.

## 11. AMPARO AUTOMÁTICO

Se otorga amparo automático por 30 días para nuevos asegurados.

Toda solicitud de suma asegurada que supere el límite del amparo automático estará sujeta a posterior confirmación de cobertura por parte de la Compañía.

No obstante lo anterior, el tomador y el asegurado quedan obligados a informar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo. Si alguno de los asegurados fallece o se incapacite a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha del ingreso a la póliza, dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1160 del Código de Comercio.

## **12. CONTINUIDAD DE COBERTURA**

Esta cláusula se otorga bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extraprimado por la Aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extraprimas en el cobro de la nueva póliza. Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que no hay casos de asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades de carácter terminal u otra condición especial, conocida por el Tomador y no informados a la Asegurada, para estos casos no operará continuidad.

Se otorga continuidad de cobertura a todos los asegurados, hasta las sumas aseguradas que traían en la anterior Compañía, en las condiciones de salud y edad alcanzada en las que se encuentran. Para lo anterior, la Compañía anterior debe enviar la siguiente información:

- Relación de todos los Asegurados con su nombre completo, número de cédula, fecha de nacimiento y valor asegurado.
- Indicación de exclusiones y extraprimas o recargos que trae cada uno de los Asegurados.
- Fecha de ingreso de cada uno de los Asegurados a la póliza vigente.
- Relación de personas del grupo asegurado que sufran o hayan sufrido cualquier enfermedad considerada como grave.

Si estos requisitos no fueron cumplidos antes de 30 días, contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza, se entenderá que no se ha producido la continuidad de las coberturas y la compañía no será responsable por cualquier evento o circunstancia pre-existente a su seguro, que de origen a una reclamación bajo la póliza.

## **13. REVISIÓN DE TASA Y AJUSTE**

Pan American Life se reserva el derecho de:

1. Revisar cuando lo estime conveniente la siniestralidad incurrida y el número de asegurados potenciales de la póliza
2. Ajustar la tasa si la siniestralidad supera el 15% de las primas emitidas, o el número de asegurados sea substancialmente inferior al potencial propuesto; para efectos del presente anexo, por siniestralidad incurrida se entiende la sumatoria de los siniestros pagados más los siniestros avisados pendientes de pago más IBNR.

## **14. PLAZO PARA EL PAGO DE PRIMAS**

Pan American Life de Colombia S. A. concede un plazo para el pago de primas de 45 días, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de cada período anual amparado.

## 15. ERRORES U OMISIONES

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes no imputables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso 3º del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, se deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro. Los errores u omisiones involuntarios imputables al tomador en el reporte de la información no afectarán los derechos derivados de la póliza.

Se aclara que esta cláusula no aplica para reporte de asegurados ya que para este reporte se cuenta con 60 días posterior al desembolso para informar a la compañía.

## 16. AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a PALIG, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido los hechos que dan lugar a la reclamación.

## 17. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, se pagará al beneficiario el monto indemnizable dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

## 18. CONDICIONES ECONÓMICAS

### 18.1. PRIMA POR ASEGURADO

COBERTURAS PRINCIPALES	PLAN
BÁSICO MUERTE ACCIDENTAL	\$ 10.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$ 10.000.000
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	\$ 10.000.000
ASISTENCIAS	
ASISTENCIA HOGAR MAWDY	INCLUIDA
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA MAWDY	INCLUIDA
<b>PRIMA ANUAL TOTAL POR ASEGURADO</b>	<b>\$ 150.000</b>

- El intermediario y el tomador se compromete a realizar las labores de capacitación y entrenamiento en líneas de atención al cliente del tomador.
- No se contempla ningún gasto adicional de promoción y divulgación, plataforma o pasarela de pagos.
- No se contempla ningún gasto de desarrollo tecnológico que deba incurrir el tomador o el corredor para atraer a los asegurados al landing page de la compañía

#### **18.4. FORMA DE PAGO**

Anual Anticipado

#### **19. RECLAMACIÓN**

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo son:

##### **19.1. MUERTE ACCIDENTAL**

Para acceder al pago de la suma asegurada, la reclamación correspondiente deberá ser presentada por los beneficiarios aportando las pruebas que acrediten la ocurrencia de un hecho accidental y el consecuente fallecimiento del asegurado. Para el efecto se podrán presentar los documentos que se

consideren relevantes, junto con el formulario de reclamación suministrado por PALIG debidamente diligenciado, acompañado de los siguientes documentos:

1. Fotocopia simple de la cédula de ciudadanía del asegurado.
2. Fotocopia autenticada de registro civil de nacimiento del asegurado.
3. Fotocopia autenticada del registro civil de defunción del asegurado.
4. Fotocopia de los documentos que sirvan para acreditar la calidad de beneficiario.
5. Fotocopia simple del acta de levantamiento del cadáver y de la necropsia o, en su defecto, informe de la autoridad competente en la que conste la causa y las circunstancias accidentales de la muerte.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley.

PALIG podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesarios para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá, a su propio costo y durante el tiempo en que se encuentre pendiente una reclamación por los amparos opcionales, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

##### **19.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el tomador o asegurado, según el caso, deberán dar aviso a PALIG, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la notificación de la incapacidad total y permanente.

El asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, o por una EPS, una AFP, una ARL, una aseguradora de riesgos previsionales o un médico especialista en salud ocupacional y deberá estar fundamentado en los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecidos en el Decreto 1507 de 2014, o aquel que esté vigente al momento de la calificación de la invalidez. La calificación debe

indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración de la invalidez y que su origen es un accidente común o laboral.

Salvo condición particular en contrario, no es objeto de cobertura la invalidez o la pérdida de capacidad laboral, superior al 50% o no, que se configure con base en normatividad distinta al Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional establecido en el Decreto 1507 de

2014, como aquella que para efectos pensionales aplica de manera excepcional a favor de docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, trabajadores de Ecopetrol y todos los demás regímenes pensionales especiales.

En cualquier caso, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe referirse a lesiones sufridas por el asegurado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de su amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente y la pérdida de la capacidad laboral con ocasión de dichas lesiones de origen accidental debe ser superior al cincuenta por ciento (50%) para que configure siniestro.

Previo al pago de la suma asegurada que corresponda bajo el presente amparo adicional, PALIG podrá exigir al asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia del estado de Incapacidad Total y Permanente.

### **19.3. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el tomador o asegurado, según el caso, deberán dar aviso a PALIG, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

Para acceder al pago de la suma asegurada, la reclamación correspondiente deberá ser presentada por el asegurado aportando las pruebas que acrediten el sufrimiento de una desmembración accidental. Para el efecto se podrán presentar los documentos que se consideren relevantes, junto con el formulario de reclamación suministrado por PALIG debidamente diligenciado, acompañado de los siguientes documentos:

- Informe oficial de entidad competente en el que se describan las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente sufrido por el asegurado.
- Historia Clínica completa relacionada con la desmembración.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier otro medio probatorio reconocido por la ley. PALIG podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesarios para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo podrá, a su propio costo y durante el tiempo en que se encuentre pendiente una reclamación por los amparos opcionales, hacer examinar al asegurado las veces que lo estime razonablemente necesario.

### **20. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA**

La presente Póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a PALIG. El importe de la prima devengada y la devolución se calculará a prorrata. PALIG podrá revocar los amparos de acuerdo a las condiciones de Ley mediante aviso escrito al TOMADOR enviando a su última dirección conocida, con no menos de sesenta (60) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, PALIG devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

### **21. CONDICIONES APLICABLES**

Para lo no previsto expresamente en el presente Anexo, este se regirá por las condiciones Generales de la Póliza a la cual accede, de la cual es parte integrante y accesoria, de modo que sólo será válido y regirá mientras la póliza esté vigente.

## **22. CLAUSULA OFAC**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza y sus Anexos, terminara cuando EL TOMADOR, sus administradores, asegurados y/o beneficiarios fueren vinculados a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, lavado de activos, secuestro, enriquecimiento ilícito o sean incluidos en cualquier lista de lavado de activos controlada por cualquier autoridad Colombiana o extranjera como por ejemplo la Oficina de Lavado de Activos en el exterior OFAC del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista internacional vinculante para Colombia de acuerdo con el derecho internacional o hayan sido condenados en cualquier proceso judicial por la comisión de un delito o por el simple señalamiento público como autores o participantes de actividades ilícitas.



---

**DIANA ALEJANDRA VARGAS TORRES**  
**Country Manager Colombia**

---

**TOMADOR**