

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO FALABELLA

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PERIODOS DE CARENCIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPAROS**1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**

I. FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL: LA COBERTURA SERÁ EFECTIVA A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

II. FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD: NO HAY COBERTURA DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA ASEGURADO SI ESTE FALLECE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ENFERMEDAD O POR SUICIDIO U HOMICIDIO.

PARÁGRAFO: MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO: SI NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ DE ACUERDO A LA OPCIÓN CONTRATADA, LA SUMA ASEGURADA CONSIGNADA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DEL CERTIFICADO DE SEGURO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

1.1.1. EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHIBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

2. AMPAROS ADICIONALES**2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

PARA TODOS LOS EFECTOS EXCLUSIVOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA INVALIDEZ IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE 69 AÑOS DE EDAD MÁS 364 DÍAS, CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN ESTÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, ORIGINADA EN LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR ÉSTE, QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE CALIFICADA POR CUALQUIERA DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ ESTABLECIDAS LEGALMENTE EN EL TERRITORIO NACIONAL, CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (REGLAMENTADO POR EL DECRETO 917 DE 1999. O NORMA LEGAL QUE LO SUSTITUYA).

PARÁGRAFO: LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ES ACUMULABLE AL PAGO POR MUERTE, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL SEGURO TERMINA Y LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD

2.1.1. PERIODOS DE CARENCIA:

LA COBERTURA PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE QUE TRATA ESTE

ANEXO, APLICA POR PERÍODOS DE CARENCIA ASÍ:

A. DURANTE LOS PRIMEROS 180 DÍAS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SOLAMENTE, SERÁ INDEMNIZADA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO QUE SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO (NO INCLUYE HOMICIDIO) OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO.

B. A PARTIR DEL DÍA 181 DE INICIADA LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIN TENER EN CUENTA PREEXISTENCIAS, SERÁ INDEMNIZADA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO: LA ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA ESTÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SEA POSTERIOR AL DÍA 181 ANTES MENCIONADO, EL HECHO CAUSANTE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO ESTÉ EXCLUIDO Y LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE TAL INCAPACIDAD NO SEA POSTERIOR A LOS DOS AÑOS DE TERMINADA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

2.1.2. EXCLUSIONES PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE ANEXO NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DETERMINADA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- CUALQUIER ACTO DE GUERRA, DECLARADA O SIN DECLARAR, SEDICIÓN, REBELIÓN O ASONADA.
- SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.
- VIAJE COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.
- LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.
- EN LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y EN GENERAL PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

3. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todas las coberturas la edad mínima de ingreso es 18 años y máxima 65 años y 364 días, la permanencia será hasta los 69 años y 364 días.

4. VIGENCIA

La vigencia de la póliza inicia a partir del primero de junio de 2018 y terminará en la fecha que se tuviera contratada en la anterior aseguradora.

5. VALOR ASEGURADO Y AJUSTE DE PRIMAS

La suma asegurada del amparo básico y de los amparos adicionales, si los hay, se considerará individualmente para cada asegurado, conforme a lo indicado en cada certificado individual de seguro.

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de éste, el establecido en el certificado individual de seguro.

LA COMPAÑÍA, podrá incrementar la suma asegurada, así como el valor de la prima, dependiendo del resultado técnico de la vigencia y del comportamiento del mercado de seguros y reaseguros. En caso de incremento será igual al Índice de Precios al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior.

LA COMPAÑÍA podrá realizar incrementos adicionales de prima conforme a las tasas vigentes al momento de la renovación.

6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios a título gratuito. En ningún caso el Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios para el amparo básico, ni serlo tampoco para aquellos amparos adicionales que por su naturaleza están establecidos en favor del asegurado.

Cuando no se hubiere designado beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, se aplicarán las normas legales establecidas en el código de comercio, esto es: tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del asegurado.

PARÁGRAFO: La designación de Beneficiarios a título gratuito podrá ser cambiada en cualquier momento por el asegurado, pero tal cambio surtirá efecto solamente a partir de la fecha de recibo de la notificación escrita por parte de LA COMPAÑÍA. En esta póliza no se admite designación de beneficiarios a título oneroso.

7. PAGO DE PRIMAS

En el seguro contributivo, corresponde a la persona asegurada proveer los recursos necesarios para que su ente recaudador efectúe el pago oportuno de las primas a LA COMPAÑÍA.

El valor de la prima es un valor único para la vigencia anual contratada, y será el establecido en la solicitud certificado de seguro, el cual debe ser pagado en su totalidad en el momento de tomar y aceptar el seguro o su renovación.

8. AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, a la fecha de éste.

9. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentarán pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado.

Sin embargo, LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, para hacerlo, por ejemplo, pero sin limitarlo a que a través de sus médicos se examine a la persona asegurada mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra la presente póliza.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización al asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario haya formalizado la reclamación.

Sin perjuicio de lo anterior, LA COMPAÑÍA sugiere al Asegurado o sus Beneficiarios, acompañar junto con la reclamación ya señalada, la siguiente documentación:

Para presentar reclamación por Fallecimiento:

- Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Historia clínica completa.
- Copia del informe de autoridades de tránsito si aplica.
- Acta del levantamiento del cadáver si aplica.
- Para Beneficiarios Designados: Identificación de los beneficiarios. Para Beneficiarios de Ley: soporte de su calidad de beneficiarios.

Para presentar reclamación por Incapacidad Total y Permanente:

- Historia clínica completa de la hospitalización objeto del reclamo.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Informe de cualquiera de las juntas de calificación

de invalidez establecidas legalmente en el territorio nacional con base en el manual único de calificación de invalidez reglamentado por el decreto 917 de 1999 o norma lo modifique, adicione o sustituya.

LA COMPANHÍA podrá solicitar documentos adicionales en caso de ser necesarios para el estudio de la reclamación.

10. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

11. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

12. DUPLICIDAD DE AMPARO.

El asegurado sólo podrá tener una cobertura con LA COMPANHÍA, respecto de un mismo amparo de esta póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan. En caso de tener más de una cobertura, ello no le dará derecho a exigir más de una suma asegurada, toda vez que el asegurado adquiere en este contrato las obligaciones de abstenerse de obtener más de una cobertura, bajo este mismo plan, y de informar a LA COMPANHÍA la circunstancia de ya encontrarse asegurado bajo un certificado individual de seguro expedido bajo este mismo plan, con anterioridad a una nueva solicitud, para que LA COMPANHÍA se abstenga de expedir certificados individuales de seguro adicionales.

En caso que el asegurado incumpla las obligaciones contenidas en el inciso anterior, si LA COMPANHÍA expide certificados individuales de seguro adicionales respecto del mismo asegurado y ocurre un siniestro, se considerará a esta persona asegurada solamente con base en el certificado individual de seguro que le proporcione el mayor beneficio. LA COMPANHÍA devolverá, en tal caso, el valor de las primas no devengadas que hayan sido percibidas con base en los certificados individuales de seguro de menor beneficio.

13. INTRANSFERIBILIDAD

La presente póliza y sus anexos es intransferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, endoso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos frente a LA COMPANHÍA, quien quedará definitivamente liberada de cualquier responsabilidad por virtud de los recibos expedidos por el asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido.

14. PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescribirán de manera ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

15. CONVERTIBILIDAD.

Los asegurados menores de 64 años más 364 días que se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante (1) año continuo, tendrán derecho a ser asegurados en forma individual sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga en la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, en el plan de seguros de vida individual de los que estén autorizados en otra Compañía de Seguros, con la cual LA COMPANHÍA tenga un contrato para garantizar este beneficio, siempre y cuando el Asegurado lo solicite dentro de los treinta (30) días comunes siguientes contados a partir de su retiro del grupo.

Si el asegurado fallece como consecuencia de un hecho cubierto en la presente póliza dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido por otra Compañía (medie o no solicitud), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual

se deducirá de la indemnización el valor de la prima correspondiente.

Esta condición no aplica para los amparos adicionales.

16. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- Si el asegurado deja de pertenecer al grupo asegurable.
- Por fallecimiento del asegurado.
- Por mora en el pago de la prima, o de cualquier cuota si la prima ha sido fraccionada, de conformidad con lo establecido en el artículo 1152 del Código de Comercio.
- Por revocación de la póliza por el tomador, o del seguro, por parte de la persona asegurada.
- Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el asegurado cumpla sesenta y nueve años (69) años más 364 días.
- Cuando LA COMPANHÍA paga la indemnización por la afectación de varios amparos que agoten el valor máximo del seguro, según los amparos contratados.

17. RENOVACIÓN DEL CONTRATO Y AJUSTE DE PRIMAS DEL CONTRATO

La presente póliza de vida grupo se renovará anualmente de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el Tomador o la persona asegurada no manifiesta por escrito su decisión de no renovar, dando aviso a LA COMPANHÍA con una anticipación no menor a un (1) mes de la fecha de su vencimiento.

Si LA COMPANHÍA decide no renovar el contrato de seguro, procederá a dar aviso al Tomador de su decisión, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que cesen sus obligaciones y enviará noticia escrita a la última dirección registrada de cada asegurado, informando su decisión.

18. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El Tomador, podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro. Además del Tomador el asegurado también podrá revocar unilateralmente su cobertura. En cualquiera de los casos el seguro quedará revocado en la fecha de recibo de la comunicación en la cual se manifieste tal intención.

El asegurado, por ser una póliza contributiva, será responsable en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata por el período que comienza con el plazo de gracia y termina en la fecha de revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPANHÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas aplicando la tarifa de seguros a corto plazo que establece el artículo 1071 del Código de Comercio.

ANEXO 1

En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

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.

1. DEFINICIONES

Asegurado: Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Beneficiario: Son beneficiarios del asegurado su cónyuge o compañero permanente, sus hijos menores de dieciocho (18) años que vivan permanentemente en el mismo domicilio y bajo la dependencia económica del ASEGURADO, así como los padres, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado, vivan en una ciudad capital de Colombia y el ASEGURADO sea soltero o excluya expresamente de la cobertura a su cónyuge o compañero (a) permanente.

2. ÁMBITO TERRITORIAL

Las coberturas referidas en esta propuesta se extenderán al territorio de Colombia.

3. COBERTURAS

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son las relacionadas en este artículo, que se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

a) Orientación médica básica telefónica.

La Compañía pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que recepcionan la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalarios de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida.

Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el asegurado recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al asegurado o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

b) Traslados médicos de emergencia.

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera del asegurado, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario; la Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

Traslado básico: Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la Compañía pondrá a disposición del asegurado un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo será una ambulancia básica o un taxi.

Traslado médico en ambulancia: Una vez clasificada la situación médica del paciente, la Compañía coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano. Este servicio tendrá un límite de tres (3) eventos por año y un (1) traslado por evento en total por el grupo familiar establecido y se prestará en las ciudades capitales del país.

c) Referencias médicas.

A solicitud del asegurado o beneficiario, el prestador brindará información actualizada sobre los centros hospitalarios, farmacias y droguerías de turno, para atención de emergencias. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año. El costo de los medicamentos que se adquieran, así como los honorarios médicos, correrán por cuenta del asegurado o beneficiario.

d) Gastos hotel para un familiar, en caso de hospitalización del asegurado principal.

Cuando el asegurado en el curso de un viaje, deba permanecer hospitalizado por más de 5 días, la Compañía cubrirá los gastos de alojamiento y alimentación de su familiar o acompañante, hasta por trescientos mil pesos (\$300.000) por todo concepto, con un límite de (2) eventos al año.

4. EXCLUSIONES

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO LAS PRESTACIONES Y HECHOS SIGUIENTES:

- LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA.
- LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y DE LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DEL VIAJE.
- LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.
- LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO.
- LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente contrato las consecuencias de los hechos siguientes:

- LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.

- LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
- HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN O TUMULTO POPULAR.
- HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
- LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
- LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS O DESAFÍOS.

5. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados por la Compañía, debiendo indicar el nombre del asegurado principal, su número de cédula de ciudadanía, el destinatario de la prestación y su número de la cédula de ciudadanía, el lugar dónde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

6. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en la modalidad de prestación de servicio, no implica responsabilidad en virtud del mismo, respecto de otras coberturas que pudiere tener la póliza de seguros.

7. INCUMPLIMIENTO

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en el presente anexo.

La Compañía no se responsabiliza de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado.

En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de asistencia y la Compañía no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos, siempre que tales gastos se hallen cubiertos por el presente anexo.

www.seguros.falabella.com.co

¿Tienes alguna pregunta adicional?



Te invitamos a comunicarte con LIA, nuestra agente virtual; puedes contactarla a través del messenger o en nuestra página de facebook. Encuéntranos como **Agencia de Seguros Falabella Co**

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



Nacional: **018000 977025**

Bogotá: **3077026** opción 9



FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero:
manuelg.rueda@gmail.com