

**PÓLIZA COLECTIVA DE
ACCIDENTES ESCOLARES CLASE U**
06/05/2022-1407-P-31-AE-000000000023-D001

CLAUSULA DE GARANTÍA

Con el fin de proteger los intereses de nuestros clientes y con el ánimo de prestarles un excelente servicio, **LA COMPAÑÍA**, durante el primer mes de vigencia de la póliza, corroborará la satisfacción del cliente con respecto al contrato de seguro de accidentes escolares que adquirió.

Esto se refiere a la claridad en la información suministrada, al conocimiento de las condiciones pactadas, a la responsabilidad del **ASEGURADO** y de **LA ASEGURADORA** y al entendimiento de las especificaciones del producto.

Por lo tanto, si dentro del primer mes de vigencia de la póliza el tomador manifestare por escrito su inconformidad a **LA COMPAÑÍA**, con cualquiera de los aspectos citados en el párrafo anterior, **LA COMPAÑÍA** se obliga a dar por terminado el contrato, siempre y cuando no se haya presentado siniestro y/o reclamación alguna, o hecho uso de alguno de los servicios estipulados en la póliza.

Ante esta circunstancia, **LA COMPAÑÍA** se compromete a efectuar la devolución total del importe de la prima pagada por el tomador, sin lugar a reconocer ningún tipo de interés.

**PÓLIZA COLECTIVA DE
ACCIDENTES ESCOLARES CLASE U**
06/05/2022-1407-P-31-AE-000000000023-D001

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA: OBJETO - COBERTURAS

LA COMPAÑÍA de **SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, que en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con sujeción a las condiciones que a continuación se expresan, garantiza a cada asegurado de esta póliza, el pago de los valores asegurados correspondientes a cada una de los amparos enunciados en la Condición Segunda los pagos se sujetarán a las siguientes condiciones:

- 1.1. Que sean consecuencia directa y exclusiva de un accidente o una enfermedad ocurrido(a) durante la vigencia de la presente póliza.
- 1.2. Que la póliza se encuentre vigente.
- 1.3. Que la persona afectada se encuentre asegurada.
- 1.4. Que sus gastos sean médicamente necesarios, tal como se define en la Condición Quinta numeral seis de este contrato.

Cada asegurado tendrá derecho a que el valor asegurado sea pagado a través de los conceptos de cobertura definidos a continuación, hasta el límite indicado para cada uno de ellos en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral del presente contrato.

CONDICIÓN SEGUNDA. COBERTURA

2.1. Gastos médicos por accidente

En el evento que dentro de la vigencia de la póliza el **ASEGURADO** sufra un accidente y como consecuencia del mismo requiera tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio u hospitalario, incluido el tratamiento ortopédico o requiera tratamiento odontológico, **LA COMPAÑÍA** reconocerá los gastos médicos efectivamente causados por el **ASEGURADO** como consecuencia del accidente. Estos gastos pueden ser, entre otros: atención de urgencia, inmovilización en caso de trauma, habitación hospitalaria, unidad de cuidado intensivo, medicamentos, sangre, plasma y sus derivados, suministro de oxígeno, exámenes de laboratorio, de radiología, tomografía, resonancia, o demás procedimientos de diagnóstico, materiales de curación, monitoreos, gases arteriales, bombas de infusión, uso de respirador artificial, derechos de sala de cirugía, elementos y suministros quirúrgicos, dotación del quirófano, esterilización, anestésicos, instrumentación, materiales de osteosíntesis y sala de recuperación, servicio de enfermera requerido por prescripción médica, prótesis y aparatos ortopédicos, así como el alquiler de aparatos ortopédicos de uso temporal, terapia física y honorarios médicos.

2.2. Gastos médicos por enfermedad

En el evento que dentro de la vigencia de la póliza el **ASEGURADO** sufriera una enfermedad y como consecuencia de la misma requiera atención por el servicio de urgencias, diferente a la originada en

accidentes, se reconocerán los gastos efectivamente causados por el **ASEGURADO**, siempre y cuando dicho estado patológico no sea preexistente a la celebración del contrato de seguro. La cobertura será hasta el tope del valor asegurado. En caso de que requiera hospitalización, esta deberá ser tramitada a través de su EPS o aseguramiento adicional de salud. No se reconocerán gastos adicionales como medicamentos, exámenes de diagnóstico o consultas derivadas de la atención de urgencias.

2.3. Desmembración

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y hasta los seis (6) meses siguientes a la fecha de su ocurrencia, el **ASEGURADO** presenta una pérdida física o funcional diagnosticada y probada mediante la historia clínica completa, **LA COMPAÑÍA** pagará el porcentaje del valor asegurado que por este concepto corresponda, de acuerdo con la siguiente tabla:

Pérdida e inutilización total de ambas manos o ambos pies o la visión de ambos ojos.	100%
Pérdida o inutilización total de una mano y un pie.	100%
Pérdida o inutilización total de una mano o de un pie y la vista de un ojo.	100%
Pérdida o inutilización total de un miembro inferior arriba de la rodilla.	60%
Pérdida o inutilización total de un miembro inferior debajo de la rodilla.	50%
Pérdida total e irreparable de la visión de un ojo.	50%
Pérdida total e irreparable de la facultad de hablar .	50%
Pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.	50%
Pérdida total o inutilización total de un pie.	40%
Pérdida total e irreparable de la audición en un oído.	15%
Pérdida o inutilización total del brazo derecho.	60%
Pérdida o inutilización total del brazo izquierdo.	50%
Pérdida o inutilización de la mano derecha o el antebrazo derecho.	50%
Pérdida o inutilización de la mano izquierda o el antebrazo izquierdo.	40%
Pérdida o inutilización del dedo índice o pulgar derecho.	13%
Pérdida o inutilización del dedo índice o pulgar izquierdo.	10%
Pérdida o inutilización total de otro dedo de la mano derecha.	8%
Pérdida o inutilización total de otro dedo de la mano izquierda.	6%

Si el **ASEGURADO** es zurdo los porcentajes de pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán.

Para efectos de este concepto de cobertura se entenderá como pérdida, la amputación o inutilización con respecto de:

- A. Mano o antebrazo:** La amputación por la muñeca o hasta el codo.
- B. Brazos:** La amputación por arriba del codo.
- C. Pies:** La amputación por la articulación del cuello del pie.
- D. Miembro inferior:** La amputación por arriba de la articulación del cuello del pie hasta la cadera, clasificándola si es por arriba o por abajo de la rodilla.
- E. Dedos:** La amputación por las articulaciones metacarpofalángicas o por encima de ellas.

En caso de varias pérdidas físicas o funcionales producidas por el mismo accidente e indicadas en la tabla, el valor total de la indemnización se obtendrá sumando los porcentajes correspondientes a cada pérdida, sin exceder el 100% de la suma asegurada en dicho concepto.

2.4. Muerte por cualquier causa

Si cualquiera de los asegurados fallece por cualquier causa durante la vigencia de la póliza, **LA COMPAÑÍA** reconocerá a sus beneficiarios el valor asegurado para este amparo indicado en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la presente póliza, sin que haya lugar a la aplicación de exclusión alguna.

2.5. Incapacidad total y permanente

Si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia y cubierto por esta póliza el **ASEGURADO** sufre lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que de por vida le impidan su actividad educativa o trabajos habituales y siempre que dicha incapacidad haya existido por un período no menor de ciento cincuenta días (150) continuos contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, **LA COMPAÑÍA** reconocerá por este concepto el valor asegurado indicado en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la presente póliza.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la pérdida total e irrecuperable del habla y la pérdida total y permanente de la audición de ambos oídos.

Este concepto de cobertura es excluyente con los de muerte y desmembración otorgados por esta póliza.

2.6. Auxilio para algunas enfermedades graves

LA COMPAÑÍA reconocerá por una sola vez al asegurado un auxilio correspondiente al valor asegurado indicado en la tabla de cobertura, exclusivamente cuando padezca y le sea diagnosticada una de las siguientes enfermedades, siempre y cuando sus signos o síntomas se presenten después de treinta (30) días de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza:

- Linfomas
- Leucemias
- Sarcomas
- Demás tipos de cáncer o de tumores malignos
- VIH - SIDA

2.7. Gastos funerarios

Si durante la vigencia de la presente póliza fallece un estudiante **ASEGURADO**, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, **LA COMPAÑÍA** indemnizará a la persona que acredite haber sufragado los gastos incurridos por los funerales del fallecido, hasta la concurrencia del valor asegurado indicado en la tabla de coberturas.

Se entenderá por gastos funerarios, los gastos ocasionados por los siguientes conceptos: gastos por traslado del fallecido, preparación y tratamiento de conservación del cuerpo, ataúd o cofre fúnebre, sala e implementos de velación, exequias, carroza, oficio religioso o rito ecuménico, transporte para acompañantes y destino final (inhumación o cremación).

Dichos gastos deben estar acreditados mediante comprobantes de pago en original debidamente cancelados.

Esta póliza no cubre los gastos médicos por accidente o gastos médicos por enfermedad y sus complicaciones, la desmembración, ni la incapacidad total y permanente, ocasionados como consecuencia de:

- 3.1. Accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso del **ASEGURADO** en la póliza, así como sus secuelas o sus consecuencias.
- 3.2. Lesiones sufridas por la participación del **ASEGURADO** en riñas, en actividades ilícitas o por la contravención de normas legales.
- 3.3. Lesiones sufridas por encontrarse el **ASEGURADO** bajo la influencia de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas o alucinógenas.
- 3.4. Lesiones ocasionadas por un accidente que sufra el **ASEGURADO** mientras actúe como piloto o haga parte de la tripulación de una aeronave o mientras se encuentre en aeronaves que no sean de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros, incluyendo el uso de cualquier tipo de planeadores y cometas.
- 3.5. Lesiones sufridas por el asegurado cuando conduzca o viaje como pasajero en motoneta o motocicleta o carros a motor (karts).
- 3.6. Chequeo médico con o sin hospitalización.
- 3.7. Curas de reposo, desórdenes mentales o nerviosos y crisis de ansiedad.
- 3.8. Enfermedades o defectos físicos, congénitos o adquiridos, preexistentes a la fecha de iniciación del amparo o de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, sean conocidos o no por el **ASEGURADO** o tomador. Se considera preexistente toda enfermedad, malformación o afección originada u ocurrida antes de la fecha de iniciación del amparo o de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, independientemente de que se diagnostique durante la ejecución del contrato.
- 3.9. Cirugía estética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo la de tipo reconstructivo por accidente o enfermedad cubierta por esta póliza.
- 3.10. Corrección de defectos de refracción de la vista, como miopía, hipermetropía, así como anteojos, lentes y exámenes de la vista.
- 3.11. Tratamiento de tabaquismo, alcoholismo y adicción a las drogas.
- 3.12. Estudios y tratamientos de esterilización, anticoncepción, fertilización, impotencia y frigidez, así como las consecuencias que se deriven de ellos.

- 3.13. Tratamientos y/o enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- 3.14. Intento de suicidio o lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO** a si mismo, sea cual fuere su estado mental o anímico al ocasionarse la lesión.
- 3.15. Inmunizaciones de cualquier tipo, profilácticas o terapéuticas, como vacunas y/o tratamientos inmunológicos.
- 3.16. Se excluye todo los gastos médicos relacionados con maternidad.
- 3.17. Prácticas, tratamientos, drogas y remedios de acupuntura, homeopatía, bioenergética, cromoterapia, aromaterapia, terapia floral, quiropraxia, ozonoterapia y cualquier otra forma de medicina alternativa o medicina no tradicional.
- 3.18. Procedimientos, cirugías, tratamientos, hospitalizaciones, curaciones, exámenes, servicios y drogas suministrados por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de sus actividades.
- 3.19. Tratamientos, procedimientos, medicamentos o cirugías que tengan como proposito la eutanasia o, en general, procuren provocar la muerte del paciente o evitar prolongar su vida.
- 3.20. Enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.
- 3.21. En caso de enfermedad general se excluyen todos los servicios ambulatorios para el diagnostico o tratamiento de las mismas tales como: consulta externa, laboratorio clínico, terapias entre otros.

CONDICIÓN CUARTA: VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para los amparos de gastos médicos por accidente, gastos médicos por enfermedad y desmembración por accidente disminuirá de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones que efectúe **LA COMPAÑÍA** por el mismo evento médico y se restablecerá automáticamente durante la vigencia de esta póliza, para la atención de nuevos eventos.

Todos los términos definidos a continuación aplican para el presente clausulado.

1. **Accidente:** Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del asegurado que produzca lesiones en su integridad física.
2. **Aparato ortopédico:** Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir las deformidades o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo.
3. **Asegurado:** Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura.
4. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es mas o menos previsible.

5. Evento médico: Es todo acto médico que requiera cualquiera de los asegurados por concepto de una enfermedad o de un accidente cubierto por la póliza.

6. Gasto médicamente necesario: Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o accidente del **ASEGURADO**, el cual no debe exceder en alcance, duración e intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica.

Al decir "no exceder en alcance, duración e intensidad", se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el **ASEGURADO** con los procedimientos o tratamientos realizados.

7. Indemnización: Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligado a pagar el asegurador, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.

8. Material de osteosíntesis: Implementos utilizados para fijar entre sí los extremos de un hueso fracturado tales como: anillos, placas, alambres, clavos y tornillos.

9. Prótesis: Sustituto artificial de una parte faltante o fallante del cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura.

10. SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida): Padece SIDA cubierto por la póliza toda persona que cumpla las siguientes condiciones:

1. Que presente una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot.
2. Que presente cualquiera de las enfermedades asociadas y aceptadas como tales internacionalmente por la organización mundial de la salud en el momento de la ocurrencia del evento médico.
3. Que el mismo sea proveniente de una infección por VIH adquirida durante el tiempo de permanencia del **ASEGURADO** en la póliza.

11. Tomador: Es la persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro.

CONDICIÓN SEXTA: GRUPO ASEGURABLE

Pueden ser asegurados en esta póliza mediante el pago de la prima respectiva, los alumnos debidamente matriculados en la institución educativa del tomador, durante el periodo lectivo correspondiente a la vigencia de la póliza.

El tomador podrá solicitar la inclusión de nuevos asegurados durante la vigencia de la póliza y **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de admitirlos. En caso de que la solicitud de ingreso se realice dentro del mes siguiente a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza, si la inclusión es aceptada, se efectuará a partir del día en que se inició la vigencia del contrato previo el pago de la prima correspondiente a toda la vigencia de la póliza. Si la solicitud de ingreso se realiza después de la fecha en que la póliza haya cumplido el mes de vigencia, la

inclusión del asegurado si es aceptada, se realizara a partir de la fecha de la solicitud, previo el pago de la prima por el tiempo que falta para la terminación de la vigencia de la póliza.

CONDICIÓN SÉPTIMA: RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de asegurados se podrá tramitar en cualquier momento durante la vigencia del seguro. El tomador deberá solicitar el retiro del **ASEGURADO** por escrito y dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que éste haya dejado de pertenecer al grupo asegurable. El retiro del **ASEGURADO** surtirá efecto a partir de la fecha en que la compañía reciba la comunicación correspondiente.

Si la prima es de pago anual o semestral el valor de la prima no devengada será devuelto al tomador de la póliza.

El tomador de la póliza es responsable por el pago de las primas a **LA COMPAÑÍA**.

La prima puede ser anual, semestral, trimestral o según el calendario escolar correspondiente y debe pagarse en el momento de la entrega de la póliza.

CONDICIÓN OCTAVA: PAGO DE PRIMAS

Si la prima no fuere pagada en el término establecido en el párrafo anterior, se producirá la terminación automática de la póliza en el evento de pago global de la prima del grupo asegurado o de la cobertura de cada asegurado en el evento de pago individual de la prima.

Las coberturas contenidas en la presente póliza, entran en vigencia el día y hora de iniciación del calendario escolar indicado en la carátula de la póliza siempre y cuando **LA COMPAÑÍA** haya recibido el valor de la prima.

CONDICIÓN NOVENA: PERFECCIONAMIENTO E INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL CONTRATO

Las coberturas contenidas en la presente póliza, entran en vigencia el día y hora de iniciación del calendario escolar indicado en la carátula de la póliza siempre y cuando **LA COMPAÑÍA** haya recibido el valor de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA: RENOVACIÓN

La póliza será renovada por mutuo acuerdo de las partes, bajo las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento de tal renovación. **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de ajustar las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL

LA COMPAÑÍA no responderá en ningún caso por perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al **ASEGURADO**, que puedan derivarse de un diagnóstico, tratamiento o intervención equivocada o defectuosa realizada por parte de alguno (s) de los profesionales o instituciones adscritas o sugeridas por **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA: SUBROGACIÓN

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, **LA COMPAÑÍA** se subroga en los derechos, acciones y privilegios que tendría el **ASEGURADO** contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado por gastos médicos según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de los gastos en que haya incurrido el **ASEGURADO**, faculta automáticamente a **LA COMPAÑÍA** para reclamar al tercero el monto de lo pagado en los términos del código de comercio. Para este fin, el **ASEGURADO** se compromete a entregar a **LA COMPAÑÍA** las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA: NOTIFICACIONES

Salvo el aviso del siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA: RECLAMACIONES

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que considere necesarios, mientras se encuentre pendiente de definición una solicitud de indemnización bajo la presente póliza.

El **ASEGURADO** autoriza a **LA COMPAÑÍA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información médica, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA COMPAÑÍA** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos o, cuando el asegurado haya violado prescripciones del facultativo o no haya dado cumplimiento a las indicaciones médicas o cuando por su culpa no se hayan realizado los exámenes posteriores ordenados por los médicos tratantes, así como los gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA: TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquiera de los asegurados en esta póliza termina por las siguientes causas:

- a) Cuando el **ASEGURADO** deja de pertenecer a la entidad tomadora por cualquier causa.

- b) En la fecha en que termine la vigencia de la póliza.
- c) Por falta de pago de la prima.
- d) Cuando el tomador por escrito solicite el retiro de un asegurado.
- e) Por solicitud escrita del tomador.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA: BENEFICIARIOS DEL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Si durante la vigencia de esta póliza la persona asegurada fallece por cualquier causa, **LA COMPAÑÍA** pagará el valor asegurado por este concepto indicado en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la presente póliza, a la persona (s) designada (s) como beneficiario (s).

Es beneficiario de este concepto, si el asegurado fallecido es mayor de edad, la persona (s) designada(s) por éste en la solicitud de seguro. En defecto de designación del (los) beneficiario (s), se observarán las reglas contenidas en los artículos 1142, 1143 y 1144 del código de comercio.

Si el asegurado fallecido es menor de edad se entienden como beneficiarios los representantes legales del asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA: LESIONES EN ACCIDENTES DE TRANSITO

En caso de que los asegurados de esta póliza sufran lesiones causadas en accidentes de transito, el **ASEGURADO** podrá escoger si afecta la presente póliza o el seguro obligatorio de daños corporales causados en accidente de tránsito (S.O.A.T.), de conformidad con la legislación vigente que regule la materia.

Este contrato se rige por las condiciones generales y las particulares contenidas en esta póliza y por lo no previsto en ellas, se regirá por el Código de Comercio y la Ley Colombiana.