

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A., que más adelante se denominará “**LA COMPAÑÍA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “Tomador” o “Asegurado”, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada como consecuencia de la materialización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las presentes condiciones generales de la póliza.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Para la mayoría de los amparos, “**LA COMPAÑÍA**”, deja claro que por tratarse de una póliza colectiva o de grupo, el número de eventos por amparo será de entre 1 y 20 eventos por vigencia, según las condiciones específicas determinadas en la carátula de la póliza.

Los amparos en los que no se aplica la anterior regla general del número de eventos por vigencia, se encuentran expresamente pactados en la descripción de la cobertura en el presente clausulado.

1. CLAUSULA PRIMERA – AMPAROS Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO BASICO

1.1.1. MUERTE ACCIDENTAL

En caso de muerte de una persona asegurada, como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta póliza, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A pagará al beneficiario o beneficiarios, la suma asegurada contratada en este amparo, expresada en la carátula del anexo individual, siempre que la muerte se haya producido con ocasión del accidente y dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la ocurrencia de este.

PARÁGRAFO:

La muerte presunta por desaparecimiento se pagará previa presentación de la sentencia debidamente ejecutoriada mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado. Forman parte de este contrato, las cláusulas, anexos adicionales, y cualquier otro documento escrito y aceptado, que guarde relación con el presente seguro

1.2. AMPAROS ADICIONALES

1.2.1. INVALIDEZ Y/O DESMEMBRACION ACCIDENTAL

Cuando dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas en este numeral, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A pagará de la suma asegurada contratada para este amparo a la fecha del accidente, los porcentajes indicados en la tabla contenida en este numeral, siempre y cuando el asegurado sobreviva después de la fecha del accidente al menos durante treinta (30) días hábiles. Cualquier otra pérdida no descrita en esta tabla, será pagada aplicando el porcentaje de pérdida que se determine con el Manual Único de Calificación de Invalidez, de acuerdo con el Decreto 1507 de 2014 o la norma vigente para el momento de la ocurrencia del evento.

Tabla de Beneficios por Desmembración

	Clase de Pérdida	% a pagar
1	Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta	100
2	Parálisis o Invalidez Total y Permanente	
3	Ceguera completa en ambos ojos	
4	La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	
5	Sordera total bilateral	
6	Pérdida del habla	
7	Pérdida del brazo o de la mano derecha	60
8	Pérdida completa de la visión de un ojo	50
9	Sordera total unilateral	
10	Pérdida del brazo o de la mano izquierda	
11	Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	40
12	Pérdida de un pie	
13	Pérdida completa del uso de la cadera	
14	Fractura no consolidada de una pierna	30
15	Pérdida del dedo pulgar derecho	
16	Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice	
17	Pérdida completa del uso del hombro derecho	25
18	Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	
19	Pérdida del dedo pulgar izquierdo	
20	Pérdida total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	20
21	Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho	
22	Pérdida completa del uso de alguna rodilla	
23	Fractura no consolidada de una rodilla	
24	- Pérdida del dedo índice derecho	15
25	Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	
26	Pérdida completa del uso del tobillo	
27	Pérdida del dedo índice izquierdo	12
28	Pérdida del dedo anular derecho	10
29	Pérdida del dedo medio derecho	
30	Pérdida del dedo anular izquierdo	8
31	Pérdida del dedo medio izquierdo	8
32	Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	7
33	Pérdida del dedo meñique derecho	
34	Pérdida del dedo meñique izquierdo	5
35	Pérdida de una falange de cualquier dedo	

Parágrafo

- a. Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.
- b. También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado.

- c. Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla contenida en este numeral, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo.
- d. Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo.

La tabla contenida en este numeral aplica para personas diestras, en caso de asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.

NOTAS

- La suma que LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A hubiese pagado por el amparo adicional de Invalidez Accidental y/o Desmembración, se deducirá de la indemnización que pueda corresponder por el amparo de Muerte Accidental.
- Las indemnizaciones que LA COMPAÑÍA haya pagado por concepto de la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciere con posterioridad por concepto de la pérdida de la mano o pie respectivo.
- La ocurrencia de cualquier pérdida por la cual haya de pagarse el 100% de la suma asegurada por el amparo de Invalidez y/o Desmembración Accidental, causará la terminación del seguro.

1.2.2. INVALIDEZ, PÉRDIDA O INUTILIZACION POR ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente no excluido, el asegurado durante la vigencia del seguro sufre cualquiera de los eventos descritos a continuación, se pagará el valor asegurado en los porcentajes indicados en la tabla de coberturas.

Se reconocerá cuando se produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de 120 días o que el asegurado sobreviva al menos 30 días después de la pérdida.

EVENTO	% A INDEMNIZAR
Por toda lesión que produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%	100%
Pérdida total e irre recuperable de la visión en ambos ojos.	
Perdida o inutilización y permanente de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella	
Perdida o inutilización y permanente de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.	
Perdida o inutilización y permanente de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya indicadas	
Pérdida total e irre recuperable de la visión por un ojo. Conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o un pie	60%
Pérdida total e irre recuperable del habla o de la audición por ambos oídos	
Perdida o inutilización total y permanente de una mano o un pie	20%
Pérdida total e irre recuperable de la visión por un ojo	
Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos	

Por la pérdida o inutilización total y permanente de uno de los dedos de los pies	10%
Por la pérdida o inutilización total y permanente de uno de los dedos restantes de las manos	

Notas:

- El porcentaje que se tendrá en cuenta de pérdida de capacidad laboral es aquel certificado por los entes autorizados en el sistema general de seguridad social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación:
 - Fondo de pensiones (AFP)
 - ARL
 - Junta regional o nacional de calificación de invalidez
 - Médicos labores definidos por la compañía.
- La fecha relevante en la reclamación es la de la estructuración (para efectos del presente amparo, la fecha de siniestro), debe ocurrir dentro de la vigencia temporal del seguro.
- La pérdida de capacidad laboral se deberá calcular de acuerdo con lo establecido en el manual único de calificación de invalidez, incluso si el asegurado pertenece a un régimen especial de seguridad social-
- El presente amparo es excluyente con el amparo de Invalidez y/o Desmembración por Accidente. No se pueden otorgar de manera simultánea.

1.2.3. INVALIDEZ, PERDIDA O INUTILIZACION POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Si como consecuencia de una enfermedad diagnosticada por primera vez, el asegurado durante la vigencia del seguro sufre cualquiera de los eventos descritos a continuación, se pagará el valor asegurado en los porcentajes indicados en la tabla de coberturas.

Se reconocerá cuando le produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de 120 días o que el asegurado sobreviva al menos 30 días después de la pérdida.

EVENTO	% A INDEMNIZAR
Por toda lesión que produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%	100%
Pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos.	
Perdida o inutilización y permanente de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella	
Perdida o inutilización y permanente de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.	
Perdida o inutilización y permanente de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya indicadas	
Pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo. Juntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o un pie	
Pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos	60%
Perdida o inutilización total y permanente de una mano o un pie	

Pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo	
Por la pérdida o inutilización total y permanente del dedo pulgar de una de las manos	20%
Por la pérdida o inutilización total y permanente de uno de los dedos de los pies	10%
Por la pérdida o inutilización total y permanente de uno de los dedos restantes de las manos	

Notas:

- El porcentaje que se tendrá en cuenta de pérdida de capacidad laboral es aquel certificado por los entes autorizados en el sistema general de seguridad social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación:
 - Fondo de pensiones (AFP)
 - ARL
 - Junta regional o nacional de calificación de invalidez
 - Médicos labores definidos por la compañía.
- La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (para efectos del presente amparo, la fecha de siniestro), debe ocurrir dentro de la vigencia temporal del seguro.
- La pérdida de capacidad laboral se deberá calcular de acuerdo con lo establecido en el manual único de calificación de invalidez, incluso si el asegurado pertenece a un régimen especial de seguridad social-

1.2.4. FRACTURA DE HUESOS.

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 de este, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse, servicios de enfermera, medicinas y estudios de laboratorio, la compañía reembolsará hasta el monto contratado como suma asegurada. El límite de esta cobertura puede ser igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

- La suma asegurada para esta cobertura será por accidente, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los asegurados al agotarse la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza.
- la cobertura amparará hasta un evento por año por póliza de cada asegurado, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor o vigente y se encuentre al día el pago de la prima al momento de ocurrir el accidente.

1.2.5. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

Si como consecuencia de un accidente el asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a recibir atención médica, someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A, reembolsará el valor de dichas asistencias hasta el monto señalado en este amparo, con sujeción a las siguientes condiciones:

- El asegurado debe estar afiliado al Plan Obligatorio de Salud (POS)

- Que el accidente hubiere ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.
- El médico o cirujano que lo atienda debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión
- Los gastos de hospitalización serán los que se ocasionen dentro de una clínica u hospital debidamente autorizados para prestar tales servicios.
- Los medicamentos recetados por el médico tratante deben ser de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones sufridas en el accidente.
- La presentación de las facturas y/o cuentas de cobro originales.
- El reembolso se realizará sobre los gastos incurridos y que no se encuentre bajo la cobertura del POS, como (Medicinas, Copagos, Cuotas Moderadoras)
- En caso de accidente de tránsito, se cubre en exceso del SOAT y FOSYGA

NOTA:

Los valores asegurados para este amparo se restablecerán automáticamente en la cuantía de la suma asegurada con el fin de atender una (1) reclamación adicional por asegurado, por un nuevo accidente dentro de la misma vigencia sin cobro de prima por el valor restablecido.

Este amparo no tiene límite de número de eventos por vigencia por Tomador de la póliza. No aplica lo descrito en las consideraciones preliminares. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

1.2.6. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A, cuando así se indique expresamente en el certificado de seguro, pagará al asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el valor de renta diaria contratada e indicada en el certificado de seguro a partir de las 24 horas de hospitalización, sin exceder de cuarenta y cinco días (30) días continuos o discontinuos y máximo cuatro (4) eventos por año por vigencia. Este amparo se paga después del segundo día de hospitalización. El límite de esta cobertura es máximo por día 2 SDMLV.

Para unidad de cuidados intensivos hasta diez (10) días por año, equivalente al doble de la renta diaria por hospitalización, siempre que tal hospitalización tenga lugar en una institución prestadora de servicios de salud debidamente autorizada por las autoridades competentes. Este amparo se paga después del primer día de hospitalización.

1.2.7 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

“**LA COMPAÑÍA**” indemnizará, cuando así se indique expresamente en la carátula de la póliza, la renta diaria por hospitalización derivada de las complicaciones del embarazo, por parto normal o quirúrgico, originadas por un evento accidental cubierto por la presente póliza. Máximo por 30 días y se pagará después del segundo día de hospitalización, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado con posterioridad a la fecha de expedición del presente amparo.

1.2.7. COBERTURA AMPLIA DE VUELO

Se indemnizarán las lesiones corporales o pérdidas que sufra el asegurado bajo el amparo básico de la póliza, o los amparos opcionales si fueren contratados, mientras esté viajando como

Clausulado: 17062021-1408-P-31-APC3112199114083-DI00

Nota Técnica: 17062021-1408-NT-P-31-APC3112199114083

pasajero en cualquier clase de aeronave legalmente autorizada, bien sea propia o en arrendamiento, y siempre que se utilicen pistas autorizadas por la aeronáutica civil colombiana o la entidad estatal que haga sus veces en otros países.

1.2.8. AUXILIO FUNERARIO

Bajo este amparo LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A cuando así se indique en el certificado de seguro pagará a los beneficiarios, en caso de fallecimiento accidental del asegurado, hasta el límite de valor asegurado contratado para este amparo, a quien demuestre, mediante la presentación de las facturas originales, haber sufragado los gastos funerarios y el monto de estos. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

1.2.8.1 AUXILIO POR REPATRIACION

En caso de que el asegurado se encuentre en el exterior por un periodo menor a 90 días y fallezca por un accidente no excluido, se indemnizará a la persona que haya repatriado el cuerpo, los costos en que haya incurrido, dentro del límite del valor asegurado pactado en la carátula de la póliza. Previa la presentación de las facturas originales de los gastos realizados.

El valor asegurado de este amparo adicional no podrá ser superior al 10% del valor asegurado contratado para el amparo básico de muerte, con un límite de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv).

1.2.9. RENTA POR 12 MESES PARA LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

En caso de fallecimiento del asegurado por un accidente no excluido, se reconocerá un auxilio para libre destinación que se puede indemnizar de forma mensual o en un solo pago, el valor no puede superar el establecido en la carátula de la póliza. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

1.2.10. RENTA POR 12 MESES PARA LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ, PERDIDA O INUTILIZACION POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO

En caso de se presente una Invalidez, perdida o inutilización por accidente, no excluido, se indemnizará una renta que puede ser pagada de forma mensual o en un solo pago, el valor no puede superar el establecido en la carátula de la póliza. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

1.2.11. RENTA POR 12 MESES PARA LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ, PERDIDA O INUTILIZACION POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE DEL ASEGURADO

En caso de que se presente una Invalidez, perdida o inutilización por enfermedad no preexistente, ocasionada por una enfermedad diagnosticada por primera vez, durante la vigencia del seguro, se indemnizará una renta cuyo monto será definido en la carátula de la póliza y puede ser pagado de forma mensual o en un solo pago. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

1.2.12. CANASTA

En el evento de presentarse el fallecimiento o la Invalidez del asegurado, como consecuencia de un accidente, LA COMPAÑÍA, reconocerá la suma mensual indicada en la carátula de la póliza para este amparo, realizando un solo pago por todas las mensualidades contratadas, destinada a cubrir los gastos relacionados con:

- auxilio para gastos del hogar
- auxilio económico para el pago de gastos educativos
- auxilio económico para el pago de servicios
- auxilio económico para la adecuación del hogar o vehículo
- auxilio de transporte para desplazamiento
- auxilio por intoxicación

Nota: El presente amparo es Excluyente con los amparos de “renta de libre destinación por fallecimiento accidental, renta de libre destinación en caso de invalidez, pérdida o inutilización por accidente, renta de libre destinación en caso de invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad no preexistente”. El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

1.2.13. GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A reconocerá al asegurado, hasta el límite de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, los gastos de transporte cuando sea necesario trasladar al asegurado del sitio del accidente a algún centro asistencial para tratamiento médico inicial, por accidente amparado en la póliza.

NOTA: Cuando se trate de un accidente de tránsito, este amparo operará en exceso de las sumas aseguradas por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT). El límite de esta cobertura puede ser Igual al básico sin exceder 10 SMMLV.

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES AMPLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

NO ESTÁN CUBIERTAS LAS PÉRDIDAS, LESIONES, MUERTE, O LOS GASTOS, CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

2.1.1. EL SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO, O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, ESTANDO ESTE O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.

2.1.2. LAS LESIONES O MUERTE PRODUCIDAS POR OTRA PERSONA INTENCIONALMENTE CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

2.1.3. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO, DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS EQUIS O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

2.1.4. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA DECLARADA O NO, CONMOCIÓN CIVIL, REVUELTAS

- POPULARES, MOTÍN, SEDICIÓN, ASONADA Y DEMÁS ACCIONES QUE CONSTITUYAN DELITO.
- 2.1.5. LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR EL USO POR PARTE DEL ASEGURADO DE AERONAVES Y ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, PASAJERO O TRIPULANTE, ESTUDIANTE DE PILOTAJE O MECÁNICO DE AVIACIÓN, SALVO QUE SE ENCUENTRE EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS
 - 2.1.6. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SUS SERVICIOS EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN GRUPOS AL MARGEN DE LA LEY.
 - 2.1.7. HECHOS DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE, FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
 - 2.1.8. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
 - 2.1.9. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
 - 2.1.10. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS, PELEAS Y RIÑAS.
 - 2.1.11. HOMICIDIO COMO CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN ACTOS DELICTIVOS.
 - 2.1.12. LOS ACCIDENTES QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD, O PRACTIQUE DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO: ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, VUELO EN PLANEADORES, MOTOCICLISMO, RAFTING, PUENTING, BUNGEE JUMPING, CICLOMONTAÑISMO, RAPPEL, CANOTAJE, TORRENTISMO, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUÍ, PATINAJE SOBRE HIELO, HOCKEY, SURF, SNOWBOARD, MOTOCROSS, SKATEBOARD, KITESURF, ALA DELTA, CUATRICICLOS, MOTO NAUTICA, QINDSURF, PARKOUR Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL
 - 2.1.13. ENVENENAMIENTOS DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA NO ACCIDENTAL.
 - 2.1.14. LAS PERTURBACIONES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS, SALVO QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO
 - 2.1.15. ENFERMEDADES NO PREVISTAS EN EL AMPARO DE ENFERMEDADES AMPARADAS, TALES COMO: HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, EVENTRACIONES Y OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURAS DE ANEURISMAS, LOS CALAMBRES, LOS ATAQUES CARDIACOS, DE APOPLEJÍA, SÍNCOPES, CONVULSIONES, VÉRTIGOS, CRISIS EPILÉPTICAS, DESMAYOS, LIPOTIMIA, EPILEPTOIDES O SONAMBULISMO, O CUALQUIER ENFERMEDAD Y SUS ESTADOS PATOLÓGICOS, SEAN CUALES FUEREN SU NATURALEZA Y SUS CONSECUENCIAS.
 - 2.1.16. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA, NI PARA LOS EFECTOS PSÍQUICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

- 2.1.17. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICONEURVOSA, NEUROSIS, PSÍCOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN LAS MANIFESTACIONES CLINICAS.
- 2.1.18. LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA PARA CUBRIR CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.1.19. LAS COMPLICACIONES POR LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO INDUCIDO Y LAS COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE ESTE.
- 2.1.20. LAS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL SECUESTRO DEL ASEGURADO Y SU TENTATIVA
- 2.1.21. CURAS DE REPOSO O EXÁMENES MÉDICOS GENERALES PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTADO DE SALUD
- 2.1.22. LAS LESIONES O ALTERACIONES DE FIBRAS MUSCULARES NO ASOCIADAS A TRAUMAS Y QUE SEAN DERIVADAS DE SOBRECARGA MUSCULAR LLAMADAS COMUNMENTE CONTRACTURAS, ESPASMOS, TIRONES Y/O CALAMBRES.
- 2.1.23. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL
- 2.1.24. VIRUS O BACTERIAS TRASMITIDOS POR PICADURA DE INSECTOS Y LAS ENFERMEDADES O COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS MISMOS.
- 2.1.25. PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA, ENDEMIAS, EPIDEMIA O PANDEMIA LOCALIZADA, REGIONAL O GLOBAL.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES AL LOS AMPAROS DE INVALIDEZ Y/O DESMEMBRACION ACCIDENTAL Y EL AMPARO DE INVALIDEZ, PÉRDIDA O INUTILIZACION POR ACCIDENTE

- 2.2.1. PERDIDAS O LEESIONES CAUSADAS POR INFECCION BACTERIAL DISTINTA A LA CONTRAIDA POR LA LESIÓN CORPORAL AMPARADA
- 2.2.2. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INVALIDEZ O DESMEMBRACION HAYA SIDO PROVOCADO INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A RENTAS POR HOSPITALIZACIÓN

NO SE AMPARA RENTAS POR HOSPITALIZACIÓN QUE SEAN A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 2.3.1. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA Y QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO O ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO LEGALMENTE AUTORIZADO
- 2.3.2. CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES, NO EXISTAN INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

- 2.3.3.** HOSPITALIZACIÓN O PERMANENCIA EN UCI DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LA CLÁUSULA SEPTIMA “GLOSARIO” DE ESTAS CONDICIONES GENERALES, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- 2.3.4.** TODA ATENCIÓN AMBULATORIA PROVISTA EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO, CLÍNICA U HOSPITAL.
- 2.3.5.** TRATAMIENTO DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS.
- 2.3.6.** LESIONES AUTOINFLIGIDAS, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE ANOMALÍA PSÍQUICA O PSICOLÓGICA.
- 2.3.7.** CHEQUEOS DE CONTROL

CLAUSULA SEGUNDA - LIMITE DE EDADES

AMPARO	MINIMA	MAXIMA	PERMANENCIA
Muerte Accidental	14	65	75
Desmembración o inhabilitación total y permanente	14	65	70
Invalidez por Accidente	14	65	75
Invalidez por enfermedad no preexistente	14	57	75
Fractura de huesos.	14	65	75
Reembolso de Gastos médicos	14	65	75
Renta Diaria por hospitalización	14	65	75
Cobertura Amplia de Vuelo	14	65	75
Auxilio funerario	14	65	75
Auxilio de Repatriación	14	65	75
Renta por 12 meses para libre destinación en caso de fallecimiento del asegurado	14	65	75
Renta por 12 meses para libre destinación en caso de invalidez por accidente del asegurado	14	65	75
Renta por 12 meses para libre destinación en caso de invalidez capacidad total y permanente por enfermedad no preexistente del asegurado	14	57	75
Canasta por Fallecimiento e Invalidez por Accidente	14	65	75
Gastos de Traslado por Accidente	14	65	75

NOTA: Únicamente en casos particulares, cuándo la Alta Gerencia así lo autorice por escrito, la edad de permanencia alcanzará hasta los 100 años, de acuerdo con la Nota Técnica del presente producto.

CLAUSULA TERCERA - GLOSARIO

ACCIDENTE

Se entiende por accidente todo suceso externo, violento, imprevisto y repentino, que produzca pérdida, lesión orgánica, alteración funcional o muerte, indicadas en la póliza que no hayan sido provocadas deliberadamente o por culpa grave del asegurado, el tomador o los beneficiarios de la póliza y que no constituya uno de los hechos previstos como exclusión.

Extensión de definición: Como amparos por accidente se incluye para efectos de esta póliza la muerte o lesiones que sean consecuencia directa de:

- A. La práctica de cualquier deporte en calidad de aficionado que cause un accidente amparado bajo la definición y alcance antes indicado.
- B. Picaduras o mordeduras de animales.
- C. Insolación o congelación involuntaria; electrocución involuntaria o por rayo; caídas involuntarias al agua, o aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- D. Hurto calificado.
- E. Infecciones microbianas o septicemia siempre y cuando el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente póliza.
- F. Ahogamiento accidental.
- G. Intoxicación accidental por alimentos.
- H. Homicidio o tentativa de homicidio

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Para efectos del Seguro de Accidentes Personales Colectivo o Individual, se consideran actividades de la vida diaria:

- Bañarse o tomar una ducha
- Vestirse y desvestirse
- Higiene Personal
- Capacidad de usar el sanitario
- Continencia (Control sobre esfínteres)
- Capacidad de Alimentarse por sí mismo
- Levantarse de la cama
- Movilidad (capacidad de desplazarse en un mismo nivel)
- Comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no preparar la comida=

HOSPITALIZACIÓN

Se entiende por Hospitalización cualquier estadía en una Institución Hospitalaria que supere una permanencia continua de por los menos 24 horas, en la cual el Asegurado se encuentre registrado como paciente, por indicación y bajo tratamiento médico.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

El término Institución Hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos, y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios De este concepto de hospital se excluyen:

- a. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales, o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo, se excluyen los tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.
- b. Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos.
- c. Casas para tratamientos terminales u otros tratamientos naturales, casas de cuidados con personal paramédico, centros de convalecencia y centros de rehabilitación o similares.

PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que se haya contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento, con anterioridad al inicio de vigencia del presente amparo. También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este amparo.

U.C.I. (Unidad de Cuidado Intensivo)

Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoria cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica, intra cardíaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación nebulizadores y otros.

DÍA

Es el espacio de tiempo de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una Institución Hospitalaria.

FRACTURA DE HUESO

Se entiende por la discontinuidad en los huesos a consecuencia de golpes, fuerzas o intensidades que superen la elasticidad del hueso.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R)

Cuando se trate de pólizas colectivas, el monto total indemnizable por parte de la compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (l.a.r), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. además, este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con la compañía y será estipulado en las condiciones particulares de cada póliza la presente estipulación será aplicable únicamente cuando bajo la presente póliza se otorgue cobertura para un número plural de asegurados y el valor será el acordado con el tomador

CLÁUSULA CUARTA - VIGENCIA DEL SEGURO O PERIODO DEL SEGURO

La vigencia del presente seguro corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente. Por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo. La protección que brinda este seguro se extiende durante las veinticuatro (24) horas del día, a partir de la fecha y hora en que la presente póliza haya entrado en vigencia.

CLÁUSULA QUINTA - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada asegurado corresponde al valor indicado para cada uno de los amparos en la carátula y/o sus condiciones particulares. Para los amparos que tengan carácter indemnizatorio, conforme con lo señalado en el artículo 1141 del Código de Comercio, se aplicará el principio indemnizatorio. LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad

estipulado en la carátula de la presente póliza. Si la totalidad de las sumas que individualmente tendría que pagar LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado límite agregado de responsabilidad, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad.

CLÁUSULA SEXTA - INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS

EL tomador deberá avisar por escrito a LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A de cualquier cambio que se registre por razón de ingresos y retiros de asegurados en un término no mayor a treinta (30) días. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de admitir o rechazar el ingreso de nuevos asegurados a la póliza. Queda entendido y convenido que LA COMPAÑÍA no asume responsabilidad alguna por evento o accidente ocurrido antes de haber aceptado el ingreso del respectivo asegurado a la póliza.

CLÁUSULA SÉPTIMA - DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A La reticencia o 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. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente. Se pone de presente, que el tomador – asegurado podrá entregar a LA COMPAÑÍA toda la información y documentación que considere necesaria para poder evaluar el estado del riesgo, tales como historia clínica, entre otros.

CLÁUSULA OCTAVA - MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058 del Código de Comercio, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local. La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, LA COMPAÑÍA podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a LA

COMPAÑÍA para retener la prima no devengada. Así mismo, el tomador o los asegurados podrán, durante la vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto LA COMPAÑÍA, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada según la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

Parágrafo: Para los efectos de la presente cláusula se entiende como modificación material del riesgo el cambio de ocupación de la persona asegurada.

CLÁUSULA NOVENA - PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del Código de Comercio el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza. La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.

CLÁUSULA DÉCIMA - INAPLICACIÓN DE SANCIONES TRATÁNDOSE DE UN SEGURO COLECTIVO.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1064 del Código de Comercio, si por ser colectivo, el seguro versa sobre un conjunto de personas o intereses debidamente identificados, el contrato subsistirá con todos sus efectos, con respecto a aquellas personas que fueran extrañas a las infracciones indicadas en las cláusulas séptima: Declaraciones inexactas o reticentes y cláusula octava: Modificación Material del Riesgo. Sin perjuicio de lo anterior, si entre las personas aseguradas, existe una comunidad tal, que permita considerarlas como un solo riesgo a la luz de la técnica aseguradora, las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio se aplicarán sobre todo el contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio. Para obtener el pago de los valores del seguro estipulados en la presente póliza, el Beneficiario deberá presentar la reclamación, acompañada de las pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro y la calidad de beneficiario. LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A podrá hacer examinar médicamente al asegurado bajo su costo cuando lo estime conveniente, sin que ello lo releve del cumplimiento de sus deberes y obligaciones de acuerdo con la Ley.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA COMPAÑÍA. En el primer caso, la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes. En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - EXPIRACIÓN Y/O EXTINCIÓN DEL AMPARO

Sin perjuicio de lo previsto en la cláusula Décima Sexta (Deducciones y reglas para el pago de las indemnizaciones) los amparos concedidos a cualquier asegurado por la presente póliza y sus anexos terminan por las siguientes causas:

- A. En la fecha en que termine la vigencia señalada en la póliza.
- B. Cuando el asegurado deje de pertenecer a la entidad tomadora por cualquier causa.
- C. Por falta de pago o mora en el pago de la prima individual.
- D. Cuando el tomador o el asegurado, por escrito, solicite la exclusión del asegurado.
- E. A la finalización de la vigencia de la póliza en curso.
- F. Al momento en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las condiciones particulares.
- G. Tratándose de amparos opcionales, una vez se haya pagado el límite asegurado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pudiera dar lugar a una afectación de esta póliza, el tomador, el asegurado y/o el beneficiario, según corresponda, estarán obligados a cumplir con las siguientes obligaciones:

- A. De acuerdo con lo previsto en artículo 1075 del Código de Comercio deberá darse aviso de siniestro dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a que se conoció o debió conocer.
- B. Para los amparos de carácter indemnizatorio, se debe declarar la existencia de seguros coexistentes.
- C. El incumplimiento de obligación prevista en el numeral anterior legitimará a LA COMPAÑÍA, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado. El incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes para los amparos de carácter indemnizatorio conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado, conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

En adición a lo previsto en la Cláusula quinta de esta póliza, los límites y sublímites de cobertura de los amparos que se contraten se sujetarán a las siguientes reglas especiales:

- A. El límite de la suma asegurada en el amparo de invalidez accidental y desmembración a consecuencia de accidente, no es acumulable al amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por invalidez accidental y desmembración a consecuencia de accidente, el seguro de accidentes personales terminará.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

- A. Cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, como acontece cuando, en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

- B. Cuando al dar noticia del siniestro se omite maliciosamente informar de los seguros coexistentes respecto de los amparos de carácter indemnizatorio sobre los mismos bienes e intereses asegurados.
- C. No tendrá derecho a reclamar la suma asegurada el beneficiario que, como autor o como cómplice, haya causado intencional e injustificadamente la muerte del asegurado o atentado gravemente contra su vida.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser 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 conocimientos del hecho que da base a la acción. La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA – DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad que figure como de expedición en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares, a menos que se defina de otra manera. En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a los de la República de Colombia. Salvo cuando se contrate el amparo de “Auxilio de Repatriación”

CLÁUSULA VIGÉSIMA - LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio. Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el asegurado o beneficiario(s) y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia ante la justicia ordinaria o, la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – CESIÓN

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA - OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomador y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A y, que resulta de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador/ asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a LA COMPAÑÍA, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato. Es requisito para la renovación del seguro que, el tomador y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A suministrará para tal efecto.