

Póliza de Seguro de Accidentes Personales - Microcrédito

Condiciones Generales

CODIGO: 02/09/2021-1413-P-31-MICROCREDITOCRED-0R00

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., quien en adelante se denominará "**METLIFE**" otorga al asegurado las siguientes coberturas, siempre y cuando ocurra un siniestro durante la vigencia del certificado individual de seguro y bajo las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA

Amparo básico: muerte accidental y muerte presunta por desaparecimiento por causa accidental

METLIFE SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO QUE LE PROVOQUE LA MUERTE ACCIDENTAL O SEA DECLARADA SU MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ACÁ PREVISTOS.

SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO Y QUE NO INVOLUCREN ARMAS DE FUEGO O CORTOPUNZANTES, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO, TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES

EN MOTO O VEHÍCULO AUTOMOTOR, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO BÁSICO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO Y EN ADICIÓN A ESTE, **METLIFE** RECONOCERÁ HASTA DOCE (12) MENSUALIDADES DE ACUERDO CON LO DESCRITO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN EL AMPARO DENOMINADO "BONO CANASTA POR MUERTE ACCIDENTAL".

1.1. MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

METLIFE SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SIEMPRE Y CUANDO:

1.1.1. EL EVENTO ESTÉ CUBIERTO POR ESTAS CONDICIONES GENERALES Y EL AMPARO RECLAMADO ESTÉ SEÑALADO EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.1.2. EL FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO HAYA SUFRIDO

LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), Y ÉSTAS HAYAN CAUSADO LA MUERTE. EL PRESENTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

1.2. MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO EN ACCIDENTE.

METLIFE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA PRINCIPAL SI, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO Y ESTA AUSENCIA

HAYA SIDO DECLARADA JUDICIALMENTE COMO MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS

1.2.1. UN HECHO ACCIDENTAL GENERADO EN UN HUNDIMIENTO, CAÍDA O NAUFRAGIO, MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCONTRABA HACIENDO USO DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AMPARADO POR ESTAS CONDICIONES GENERALES, O

1.2.2. CUANDO EL ASEGURADO SEA VÍCTIMA DE UN HECHO CATASTRÓFICO NATURAL COMO TERREMOTO, INUNDACIÓN O MAREMOTO.

CONDICIÓN SEGUNDA

Incapacidad total y permanente a causa de un accidente

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, SUFRA UN ACCIDENTE Y ÉSTE LE GENERE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE SE EXTIENDA POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIOS, DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO, Y QUE DICHA INCAPACIDAD LE PRODUZCA AL ASEGURADO UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), **METLIFE** SE OBLIGA A PAGAR EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O SOLICITUD DE SEGURO.

LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEBERÁ SER CERTIFICADA POR UNA JUNTA DE

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ REGIONAL, NACIONAL, ARL O EPS. LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO SERÁ LA MISMA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD, LA CUAL DEBERÁ OCURRIR DENTRO DEL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. EL COSTO DE LOS HONORARIOS DE LOS TRÁMITES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, TALES COMO LOS ESTABLECIDOS POR LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO Y/ O BENEFICIARIO.

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS COMERCIALES, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

CONDICIÓN TERCERA

Amparo de desmembración por accidente

EN CASO DE QUE, EL ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE Y ÉSTE LE GENERE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES UNA DESMEMBRACIÓN DE LAS QUE SE ENLISTAN EN ESTA CONDICIÓN, **METLIFE** PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR QUE RESULTE LUEGO DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES QUE SE ENLISTAN A CONTINUACIÓN:

PÉRDIDA	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
100%	EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LOS OJOS
	DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS)
	DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS)
	DE LAS DOS MANOS

PÉRDIDA	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
	DE LOS DOS PIES
	DE UNA MANO O BRAZO Y UNA PIERNA
100%	POR LA PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DEL HABLA
50%	POR LA PÉRDIDA DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZO)
	DE UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA).
	DE UNA MANO
50%	POR LA PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DE LA AUDICIÓN.
50%	POR CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO.
40%	POR LA PÉRDIDA DE UN PIE
35%	POR CEGUERA TOTAL DE UN SOLO OJO
25%	POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO.
20%	POR LA PÉRDIDA DE UN PULGAR
15%	POR LA PÉRDIDA DE UN ÍNDICE
13%	POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO
5%	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE LA MANO
3%	PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE

LA PÉRDIDA DE CADA FALANGE SE CALCULARÁ EN FORMA PROPORCIONAL.

LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL DE VARIOS DEDOS SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS Y/O FALANGES PERDIDAS, SIEMPRE QUE NO SE SUPERE EL MONTO TOTAL ASEGURADO POR ESTE AMPARO.

LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL Y ABSOLUTA DE CUALQUIER MIEMBRO, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO.

EN CASO DE QUE OCURRA MÁS DE UN (1) SINIESTRO DURANTE EL AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN SE CALCULARÁN CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO Y NO EN EL SALDO DE ÉSTE DESPUÉS DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRACIONES POR UNO (1) O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO EXCEDER DEL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL PRESENTE AMPARO, Y SERÁ DESCONTABLE DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS COMERCIALES, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE A LA COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL Y POR LO TANTO UNA VEZ PAGADO EL 100% DEL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO POR DESMEMBRACIÓN **METLIFE** QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO.

CONDICIÓN CUARTA

Amparo de renta diaria por hospitalización a causa de accidente o enfermedad

METLIFE PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE UN (1) DÍA.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

LA PRESENTE COBERTURA AMPARA AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO VIAJES TERRESTRES,

MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

CONDICIÓN QUINTA

Amparo de renta diaria adicional por hospitalización en unidad de cuidados intensivos por accidente o enfermedad

METLIFE PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN HOSPITAL O CLÍNICA DEBIDAMENTE RECONOCIDO Y CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE SALUBRIDAD COMPETENTES.

A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE UN (1) DÍA. EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

LA PRESENTE COBERTURA AMPARA AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO VIAJES TERRESTRES, MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

CONDICIÓN SEXTA

Exclusiones

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 6.1 CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN CORPORAL, QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, O SEAN CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO OCURRIDO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- 6.2 CUALQUIER ENFERMEDAD, EXAMEN DE LABORATORIO, RADIOLÓGICO O DE RUTINA. ASÍ MISMO, CUALQUIER TRASTORNO MENTAL, NERVIOSO O DEL SUEÑO.
- 6.3 MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO.
- 6.4 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PREVENTIVO O PALEATIVO DE VIH/SIDA, ASÍ COMO CUALQUIER GASTO O ACTIVIDAD RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD.
- 6.5 CUANDO LOS EVENTOS AMPARADOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA

O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE: SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO O CUALQUIER LESIÓN INTENCIONALMENTE INFLIGIDA A SÍ MISMO.

- 6.6 MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA AL ASEGURADO MEDIANTE EL USO DE ARMAS DE FUEGO, CORTO PUNZANTES, EXPLOSIONES O ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, INCLUIDO TERRORISMO, SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PÉRDIDA.
- 6.7 PARTICIPACIÓN EN PELEAS O RIÑAS, SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA. ASÍ COMO LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO U OTRO ACTO CONTRARIO A LA LEY.
- 6.8 MUERTE O LESIONES CORPORALES DURANTE LA PRÁCTICA DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO GENERADO POR UN HECHO ACCIDENTAL, SEAN O NO CAUSADAS POR UN ERROR DEL PERSONAL MÉDICO.
- 6.9 CUALQUIER EVENTO ACCIDENTAL OCURRIDO POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DEL ASEGURADO EN GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL,

DECLARADA O NO, MOTÍN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O CONOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.

- 6.10** FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA DERIVADA O PRODUCIDA CON MOTIVO DE HOSTILIDADES; ASI COMO EL USO DE ARMAS O MATERIAS Y SUSTANCIAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- 6.11** ACCIDENTES CAUSADOS POR ESTAR EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE MEDICAMENTOS, ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS, SALVO CUANDO LOS MEDICAMENTOS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO AUTORIZADO Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.
- 6.12** CUANDO EL ACCIDENTE ES CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL SERVICIO ACTIVO DEL ASEGURADO COMO MIEMBRO DE LAS FUERZAS MILITARES, POLICIALES, UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS, FUNCIONARIOS DE LA RAMA JUDICIAL Y FISCALES. SI EL ACCIDENTE NO FUE OCASIONADO COMO CONSECUENCIA DEL SERVICIO ACTIVO EN DICHAS INSTITUCIONES, SE ENTIENDE CUBIERTO AL ASEGURADO.
- 6.13** CUANDO EL ACCIDENTE SEA CONSECUENCIA EXCLUSIVA DEL EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: PILOTO CIVIL O COMERCIAL, COMERCIANTES, GANADEROS Y ADMINISTRADORES DE

FINCAS, BOMBEROS, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE CAMIONES, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, POLÍTICOS, MINEROS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS. SI EL ACCIDENTE NO FUE OCASIONADO COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE DICHAS ACTIVIDADES, SE ENTIENDE CUBIERTO AL ASEGURADO.

- 6.14** CUANDO LOS EVENTOS AMPARADOS SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCASIONADO A TRIPULANTES Y PASAJEROS EN HELICÓPTERO O CUALQUIER OTRO TIPO DE AERONAVE PRIVADA.
- 6.15** CUANDO LOS EVENTOS AMPARADOS SEAN CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN EN ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS.
- 6.16** CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA ASI COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO. ESTA EXCLUSIÓN SÓLO APLICA PARA LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Edades

La edad mínima y máxima para ser asegurado principal y/o secundario de la póliza, así como

la edad máxima en la que puedes permanecer en dicha calidad son las siguientes:

Cobertura	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Muerte accidental (Asegurado Principal y cónyuge)	18	72 y 364 días	75 y 364 días
Incapacidad total y permanente (Asegurado Principal y cónyuge)	18	65 y 364 días	70 y 364 días
Renta diaria por hospitalización	18	64 y 364 días	65 y 364 días
Grupo familiar - hijos	1	24 y 364 días	25 y 364 días

Los hijos del asegurado principal únicamente podrán figurar como asegurados secundarios para el amparo de muerte accidental, siempre

y cuando queden expresamente incluidos como asegurados en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN OCTAVA

Glosario - Definiciones

- 8.1. TOMADOR:** De acuerdo con el artículo 1037 del Código de Comercio, es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al asegurador. El tomador se indicará en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro.
- 8.2. ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro, siempre y cuando sea parte del grupo asegurable del tomador.
- 8.3. ASEGURADOS SECUNDARIOS:** Son las personas pertenecientes al núcleo familiar del asegurado y que, para efectos de este seguro, está conformado por cónyuge e hijos del asegurado principal, siempre y cuando queden expresamente incluidos como asegurados en el certificado individual de seguro.
- 8.4. BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro.
- 8.5. SINIESTRO:** Es la realización del riesgo asegurado.
- 8.6. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Aquella sufrida por el asegurado que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas por el asegurado, que impidan a la persona desempeñar las ocupaciones o empleos remunerados a los que pudiera acceder según su educación, entrenamiento o experiencia. Se considera dentro de la presente definición la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos (a nivel de la articulación radiocarpiana) o de ambos pies (a nivel de la articulación tibiotarsiana).
- 8.7. GUERRA:** Guerra civil o internacional sea declarada o no, significa cualquier actividad de guerra u operaciones bélicas, incluido el uso de la fuerza militar por una nación soberana con fines económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, raciales, religiosos o cualquier otro fin.
- 8.8. ACTOS TERRORISTAS Y TERRORISMO:** El(los) acto(s) de violencia ejecutados por cualquier persona o grupo para infundir el miedo o el terror, cometido por razones políticas, ideológicas, religiosas.
- 8.9. ENFERMEDAD:** El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.
- 8.10. SIDA:** Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH. y "A.R.C" (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).
- 8.11. MÉDICO:** Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de la medicina en el país donde tenga que ser atendido el asegurado o que haya validado en tal país el título obtenido en el extranjero y que, además, tenga vigente la autorización oficial para su ejercicio profesional. El médico tratante del asegurado por alguna lesión amparada por la presente póliza no podrá ser (a) el mismo asegurado; (b) el (la) cónyuge/compañero(a) permanente del asegurado; o (c) los padres, hermanos o hijos del asegurado.
- 8.12. VÍCTIMA DE BALA PERDIDA:** Declaración que emite la autoridad competente en la cual una persona que no tiene ninguna participación en un suceso en el que existen disparos de arma de fuego, es alcanzada por un proyectil dirigido hacia un lugar diferente del deseado y resulta muerta o lesionada.

8.13. DEPORTES DE ALTO RIESGO: Son aquellos deportes considerados como de alto riesgo, tales como, pero no limitados a: buceo, alpinismo, escalada en roca, montañismo, espeleología, paracaidismo, planeadores, rafting, kayaking, puenting, bungee o caída libre, motociclismo, deportes de invierno, carreras de autos.

8.13.1 DESMEMBRACIÓN O PÉRDIDA: La separación completa por amputación, o la inhabilidad total por impotencia funcional y puede ser: la amputación o pérdida funcional de la mano a la altura o por arriba de la articulación de la muñeca, o del pie a la altura o por arriba de la articulación del tobillo, así como, la amputación o pérdida de los dedos índice o pulgar a

la altura o por arriba de la articulación que une a éstos con la palma de la mano. Pérdida total e irrecuperable de la visión. Pérdida total e irrecuperable del habla. Pérdida total e irrecuperable de la audición.

8.14 DEDUCIBLE: Corresponde a la porción del riesgo o de la pérdida que permanece en cabeza del asegurado, que se deduce del pago o de la indemnización, y que siempre queda a cargo del asegurado y/o del(los) beneficiario(s).

8.15 HOSPITALIZACIÓN: Ingreso de un paciente en un hospital, clínica o centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir atención especializada hasta el momento del alta hospitalaria.

CONDICIÓN NOVENA

Término para el pago de prima

La prima de este seguro deberá ser pagada por el asegurado a más tardar dentro del plazo expresamente acordado entre las partes o dentro los sesenta (60) días calendario siguientes contados a partir de la fecha de entrega del certificado individual de seguro.

El no pago de la prima dentro del plazo respectivo producirá la terminación automática del certificado individual de seguro y dará derecho a **METLIFE** para exigir el pago de la prima

devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del certificado individual de seguro.

El pago extemporáneo de la prima no reactivará la cobertura del certificado individual de seguro; si se realiza algún pago con posterioridad a la terminación del certificado individual de seguro, **METLIFE** únicamente estará obligada a devolver el valor pagado por fuera del plazo definido para el pago de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA

Declaración inexacta o reticente

El asegurado y/o tomador deben declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo.

La omisión de información o la falta a la verdad sobre el estado del riesgo, que de haber sido conocidas por **METLIFE** la hubiesen retraído de celebrar el contrato o llevado a acordar condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Una vez declarada judicialmente la nulidad relativa del contrato, de acuerdo

con lo antes indicado, **METLIFE** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

Si la omisión de información o la falta a la verdad se dan por un error inculpable del asegurado y/o tomador, en caso de siniestro, **METLIFE** pagará solamente un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la tarifa o prima establecida para el verdadero estado del riesgo.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Aviso de siniestro

El asegurado o beneficiario estarán obligados a dar noticia, verbal o escrita, a **METLIFE** de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3)

días siguiente a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Derecho al pago de la indemnización

Corresponderá al asegurado o su(s) beneficiario(s) demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro; para ello, la solicitud de reclamación podrá ser presentada en los formularios que suministra para el efecto **METLIFE**, acompañada de los documentos que allí se sugieren presentar como soporte de la reclamación.

METLIFE podrá solicitar documentos adicionales a los presentados por el asegurado o beneficiario, con el fin de analizar y evaluar la reclamación presentada.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Designación de beneficiarios y pago de la indemnización

Corresponde a cada asegurado la designación de cada uno de sus beneficiarios del seguro. Cuando no se designe beneficiarios, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del

seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

En caso de siniestro, el valor asegurado será pagado a (el)(los) beneficiario(s), si sobrevive(n) al asegurado, conforme a lo establecido en la presente cláusula.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Fecha de pago de la indemnización

METLIFE hará el pago de la indemnización dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

Vencido este plazo, **METLIFE** pagará al asegurado o al beneficiario, además del valor asegurado, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Reducción o pérdida de la indemnización

Si el asegurado o el(los) beneficiario(s) incumplen las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **METLIFE** solo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

La mala fe del asegurado o del(los) beneficiario(s) en la reclamación, o en el proceso de demostración de la ocurrencia y cuantía del siniestro, les hará perder el derecho a recibir el pago de la indemnización.

El asegurado o el beneficiario, según sea el caso, perderá todo derecho derivado de la presente póliza cuando la reclamación presenta-

da sea fraudulenta, se utilicen declaraciones falsas o se empleen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Prescripción

El asegurado y/o beneficiario cuenta con dos (2) años para reclamar el pago de la indemnización, contados a partir del momento en que conoce o debe conocer la ocurrencia del even-

to cubierto. En todo caso, asegurado y/o beneficiario tendrá hasta máximo cinco (5) años para presentar la reclamación contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Vigencia de los amparos individuales y renovación automática

El seguro sólo entrará en vigor a partir de las cero (00:00) horas del día que se indica en la caratula del seguro como "fecha de inicio".

La vigencia de cada certificado individual de seguro será anual con renovación automática, por periodos sucesivos iguales, siempre y cuando el asegurado autorice y acepte de for-

ma previa y por escrito dicha renovación conforme consta en cada certificado individual de seguro.

La condición de renovación automática se aplicará hasta tanto alguna de las partes manifieste por escrito a la otra, su voluntad de no renovar el contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

Revocación del contrato

En cualquier momento el tomador y/o asegurado podrá solicitar la revocatoria de la póliza, esta solicitud debe hacerse por escrito. **METLIFE** también podrá revocar la póliza mediante aviso escrito al tomador y/o asegurado con mínimo diez (10) días de antelación, en cuyo caso **METLIFE** devolverá la parte propor-

cional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Cuando el seguro sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Terminación de cada certificado individual de seguro

Cada certificado individual de seguro terminará automáticamente por las siguientes causas:

- Falta de pago de la prima, según lo establecido en el certificado individual de seguro y en la condición novena (9a.) de las presentes condiciones generales.
- En el momento en que el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

- Cuando el asegurado (respecto de su cobertura individual), manifieste por escrito su intención de revocar o no renovar el seguro.
- Por vencimiento de la vigencia y no renovación del seguro.
- Cuando el asegurado principal cumpla la edad máxima de permanencia enunciada en estas condiciones generales y en el certificado individual de seguro.

- Cuando **METLIFE** pague la indemnización por la afectación de una de las coberturas o de los valores asegurados de éstas, agotando así el seguro.
- Por la cancelación del medio de pago autorizado por el asegurado para el cargo y pago de la prima, sin que éste sea cambiado o reemplazado por otro válido.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el tomador, el asegurado y los beneficiarios, se obligan con **METLIFE** a diligenciar con datos ciertos y reales, el formato que le llegue a ser presentado con dicho objetivo y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma.

El no cumplimiento de estos deberes será causal para dar por terminado el contrato de seguro por parte de **METLIFE**, para lo cual se dará aplicación a lo establecido en la condición décima octava (18a.) de las presentes condiciones generales.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Notificaciones

Cualquier notificación o comunicación que deba hacerse entre el asegurado y **METLIFE**, relacionada con el certificado individual de seguro, deberá efectuarse por escrito y remitirse

a la dirección de notificaciones de la otra parte. Esta condición no se aplica respecto al aviso de la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Normas supletorias

En lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las dis-

posiciones el Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

Anexo de Asistencia de Orientación Telefónica Médica y Odontológica

CLÁUSULA PRIMERA

Asistencias

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., a través de su proveedor de Asistencia, prestará los siguientes servicios de asistencia al Asegurado.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

A través de este servicio disponible las 24 horas del día, el asegurado y/o los integrantes de su grupo familiar podrá comunicarse con un profesional dispuesto por el proveedor de Asistencia designado por **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, (En adelante **LA COMPAÑÍA**), a través de la línea telefónica dispuesta, línea en la cual se brindará orientación médica sobre alguna patología específica o podrá aclarar diferentes inquietudes asociadas a temas de salud.

El servicio de asistencia se brindará las 24 horas, los 365 días del año.

ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA TELEFÓNICA

A través de este servicio disponible las 24 horas del día, el asegurado y/o los integrantes de su grupo familiar podrá comunicarse con un profesional dispuesto por el proveedor de Asistencia designado por **LA COMPAÑÍA**, a través de la línea telefónica dispuesta por estas últimas, línea en la cual se brindará orientación odontológica telefónica ante cualquier emergencia en su salud dental

Este servicio de asistencia se brindará las 24 horas, los 365 días del año.

COORDINACIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO

En caso de que el Asegurado o grupo familiar lo requiera, **LA COMPAÑÍA** a través de su proveedor de Asistencia enviará un médico hasta el domicilio que el Asegurado indique dentro de la ciudad de residencia habitual, para hacerle un chequeo, revisión o diagnóstico médico derivado de una emergencia. Los costos asociados (honorarios médicos, costo del traslado, medicamentos, exámenes) serán a cargo del requirente y/o afiliado. El servicio será prestado dentro del perímetro urbano y hasta el kilómetro 30 en ciudades capitales de departamentos, tomando como kilómetro cero (0)

el centro de la ciudad. la coordinación de consulta y/o cita será dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes de la solicitud, dependiendo de la espacialidad, disponibilidad y la ciudad donde se solicite el servicio.

Este servicio es sin límite de eventos al año dentro del territorio nacional.

COORDINACIÓN TELEFÓNICA DE CITAS MÉDICAS

Previa solicitud del asegurado, **LA COMPAÑÍA** a través de su proveedor de Asistencia, coordinará la cita con un médico de la red, o del centro médico indicado por el Asegurado cuando él así lo solicite (médico general o médico especialista). **LA COMPAÑÍA** y el proveedor de Asistencia no serán responsables del diagnóstico o tratamiento que realice el especialista. Los costos de consulta, medicamentos y tratamientos derivados de la misma serán cubiertas por el solicitante en su totalidad.

La coordinación de consulta y/cita será dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes de la solicitud. Este servicio es sin límite de eventos al año dentro del territorio nacional.

Los costos de las citas médicas estarán en un rango de \$ 25.000 a \$ 80.000, dependiendo de la espacialidad, disponibilidad y la ciudad donde se solicite el servicio.

COORDINACIÓN DE EXAMEN PREVENTIVO

En el evento que el Asegurado o grupo familiar lo requiera, **LA COMPAÑÍA** a través de su proveedor de Asistencia coordinará citas médicas para la toma de exámenes de laboratorio, en el término máximo de setenta y dos (72) horas, dependiendo de la espacialidad, disponibilidad y la ciudad donde se solicite el servicio. los costos de los exámenes estarán en un rango de \$ 25.000 a \$ 80.000. algunos de los grupos de exámenes preventivos ofrecidos en el programa se agrupan en el cuadro adjunto.

Este servicio se presta sin límite de eventos al año dentro del territorio nacional.

Los costos de los mismos serán asumidos por cuenta del afiliado.

Exámenes preventivos de laboratorio:

Clasificación de examen	Relación de exámenes de chequeo
EMBARAZADAS	<ul style="list-style-type: none">• DIABETES EN EL EMBARAZO,• INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA• SÍFILIS• INFECCIÓN URINARIA• SOBREPESO
RECIÉN NACIDO / LACTANTES	<ul style="list-style-type: none">• FENILCETONURIA,• HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO,• DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS
NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">• CONTROL DE SOBREPESO Y OBESIDAD
NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">• SOBREPESO Y OBESIDAD,• AMBLIOPIA,• ESTRABISMO,• DEFECTOS EN LA AGUDEZA VISUAL,• DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES
PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	<ul style="list-style-type: none">• BEBER PROBLEMA,• TABAQUISMO,• SOBREPESO Y OBESIDAD,• HPERTENSIÓN ARTERIAL,• DIABETES MELLITUS,• SÍFILIS
MUJERES DE 25 A 64 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">• CÁNCER CERVICOUTERINO
PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS	<ul style="list-style-type: none">• DISLIPIDEMIA
MUJERES DE 50 A 54 AÑOS	<ul style="list-style-type: none">• CÁNCER DE MAMA
ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS	<ul style="list-style-type: none">• AUTONOMÍA FUNCIONAL

CLAUSULA SEGUNDA

Exclusiones

1. LOS SERVICIOS SERÁN PRESTADOS EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, NO HABRÁ OBLIGACIÓN DE PRESENTAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS EN ZONAS DE CONFLICTO INTERNO (ZONAS ROJAS) O ZONAS DE TOLERANCIA O ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO VEHICULAR, PEATONAL Y DE TRÁNSITO LIBRE.
2. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DADA POR **LA COMPAÑÍA**.
3. LOS SERVICIOS ADICIONALES QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRATADO DIRECTAMENTE CON EL TÉCNICO ESPECIALISTA Y/O PROFESIONALES BAJO SU CUENTA Y RIESGO.
DAÑOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
4. LOS SERVICIOS REQUERIDOS PARA SER PRESTADOS EN LUGARES CON RIESGO PARA LA SEGURIDAD DE LOS PROVEEDORES O PROFESIONALES O DE DIFÍCIL ACCESO.
5. LOS QUE TUVIESEN ORIGEN O FUERAN UNA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE GUERRA, GUERRA CIVIL, CONFLICTOS ARMADOS, SUBLEVACIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ACTOS MAL IN-

TENCIONADOS DE TERCEROS, MOTÍN, HUELGA, DESORDEN POPULAR, TERRORISMO Y OTROS HECHOS QUE ALTEREN LA SEGURIDAD INTERIOR DEL ESTADO O EL ORDEN PÚBLICO.

6. LOS HECHOS DERIVADOS DE ACCIONES DE FUERZAS DE SEGURIDAD O ARMADAS.
7. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
8. ENFERMEDADES PRE EXISTENTES AL INICIO DEL CONTRATO.
9. REQUERIMIENTOS ORIGINADOS EN EVENTOS CATASTRÓFICOS DE LA NATURALEZA, COMO, POR EJEMPLO, INUNDACIONES, TERREMOTOS, ALUDES, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADAS, LLUVIAS, MAREMOTOS, GRANIZO, CAÍDA DE CUERPOS.
10. EVENTOS DERIVADOS DE EXPROPIACIONES, REQUISAS, DESALOJOS.
11. RECLAMOS FRAUDULENTOS O DERIVADOS DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.
12. NO SE PRESTARÁN TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, CUANDO SE TRATE DE CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA O CORRESPONDIENTES A ENFERMEDADES CRÓNICAS.
13. SERVICIOS SOLICITADOS CUANDO EL CONTRATO DE SEGURO FUE TERMINADO Y/O SE ENCUENTRE EN MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA.
14. LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE: HUELGAS, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES (SE HAYA DECLARADO GUERRA O NO), REBELIÓN, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, TERRORISMO, PRONUNCIAMIENTOS, MANIFESTACIONES, MOVIMIENTOS POPULARES, RADIOACTIVIDAD O CUALQUIER OTRA CAUSA DE FUERZA MAYOR.
15. CUALQUIER EVENTO DERIVADO EN UNA ATENCIÓN PREVIA DEFICIENTE.
16. CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR NO PROPORCIONEN INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE EL ASUNTO.
17. AUTOLESIONES O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN ACTOS DELICTIVOS YA SEA CULPABLE O DOLOSAMENTE. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN COMBATES, SALVO EN CASO DE DEFENSA PROPIA. LA PRÁCTICA DE DEPORTES COMO PROFESIONAL, LA PARTICIPACIÓN EN COMPETICIONES OFICIALES Y EN EXHIBICIONES. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN CARRERAS DE CABALLOS, DE BICICLETAS, DE COCHES Y EN CUALQUIER CLASE DE CARRERAS Y EXHIBICIONES O PRUEBAS Y/O CONTIENDAS DE SEGURIDAD Y/O DE RESISTENCIA.
18. LAS IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN O DESINTEGRACIÓN NUCLEAR, DE LA RADIOACTIVIDAD O DE CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE CAUSADO POR COMBUSTIBLES NUCLEARES.

CLÁUSULA TERCERA

Trámite de acceso a los servicios de asistencias

En el evento que el Asegurado requiera de los servicios contemplados en el presente condicionado, se procederá de la siguiente forma:

- a) El Asegurado, o grupo familiar si es el caso, se podrá comunicar durante las 24 horas del día los 365 días del año, a los números telefónicos para solicitud de asistencia, establecidos en la carátula de la póliza.
- b) El Asegurado o grupo familiar si es el caso, procederá a suministrar al funcionario del

proveedor de **LA COMPAÑÍA** que atienda la llamada, todos los datos necesarios para identificarlo como Asegurado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta; número telefónico en el cual localizarlo; descripción del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, entre otra información que sea necesaria para la debida prestación del servicio de Asistencia. .

- c) El proveedor de Asistencia de **LA COMPAÑÍA** confirmará si el afiliado de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.
- d) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el proveedor le prestará al Asegu-

rado o grupo familiar si es el caso, los servicios solicitados por medio de la coordinación de los servicios a la red de prestadores médicos del proveedor de Asistencia, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

CLAUSULA CUARTA

Obligaciones del asegurado

El asegurado, estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados a:

- A) Obtener la autorización expresa del proveedor, antes de invocar un requerimiento de servicios ante los proveedores finales, y, caso contrario, asumir la totalidad de sus costos y responsabilidades.
- B) El Asegurado o grupo familiar si es el caso, deberá aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor, frente a los servicios solicitados

C) Identificarse como Asegurado o grupo familiar si es el caso ante los funcionarios del proveedor con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente condicionado.

D) El asegurado deberá autorizar a la clínica la entregar toda documentación (historia clínica) que requiera el proveedor de **LA COMPAÑÍA**, cuando sea requerido para la debida prestación del servicio amparado.

CLAUSULA QUINTA

Los servicios que se ponen a disposición y/o en definitiva se presten a mérito del presente, son totalmente ajenos a la actividad aseguradora y en las asistencias vinculadas a actividades y/o profesiones reguladas y/o que requie-

ran algún tipo de habilitación, el prestador del servicio de asistencias, solo se limitará a su coordinación en beneficio del paciente, siendo la relación del servicio específico, exclusivamente entre el asegurado y el profesional.