

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:
CONTRATANTE:
ASEGURADO:
VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO

La Compañía pagará el beneficio diario o semanal indicado en las condiciones particulares, por cada día que el Asegurado esté hospitalizado, en exceso del deducible (si lo hubiere) y hasta el máximo de días establecido en dichas condiciones particulares, si el Asegurado, a causa de un accidente cubierto bajo la Póliza de Accidentes Personales fuere hospitalizado necesariamente por un período ininterrumpido.

CONDICIÓN SEGUNDA EXCLUSIONES

La Compañía no pagará el beneficio previsto en este Anexo, cuando la lesión corporal del Asegurado se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos;
- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer;

- c. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- d. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente; y,
- e. Exámenes físicos o de rutina.

CONDICIÓN TERCERA AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación del beneficio por hospitalización, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya hospitalizado. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

El Contratante y/o Asegurado podrán justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, de cumplir con este deber.

CONDICIÓN CUARTA DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Renta por Hospitalización por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-31-456004420-24112020



- a. Formulario de reclamación;
- b. Certificado médico y/o factura con fecha de ingreso, salida del hospital o clínica y diagnóstico médico (original); y,
- c. Historia clínica (copia)
- d. Documentos que justifiquen que existió la fuerza mayor para la imposibilidad de presentar la documentación antes descrita.

CONDICIÓN QUINTA DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

CONDICIÓN SEXTA PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

El beneficio que se otorga al Asegurado bajo este Anexo es adicional e independiente de la indemnización principal que corresponda pagar en caso de producirse el fallecimiento del Asegurado, la desmembración o la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA TERMINACIÓN DE ESTE AMPARO

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Renta por Hospitalización por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-31-456004420-24112020