AXA COLPATRIA

Póliza de seguro de pérdida de licencia para auxiliares de vuelo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AXA COLPATRIA Seguros S.A.

04/07/2023-1306-P-16-PERLICAUX/JUL/23-D00I
04/07/2023-1306-NT-P-16-PERLICAUX/JUL/23

6022

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
PÓLIZA DE SEGURO DE PÉRDIDA DE LICENCIA PARA AUXILIARES DE VUELO
GLOL 2015

INTRODUCCIÓN

LA PRESENTE PÓLIZA OFRECE COBERTURA POR PERDIDA DE LICENCIA A AUXILIARES DE VUELO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD SÚBITAS. NO CUBRE NINGUNA CONDICIÓN DEGENERATIVA O QUE TENGA UNA CAUSA QUE OBRE GRADUALMENTE. COMO PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, INCLUIMOS UN FORMULARIO DE RECLAMOS. ELLO CON EL FIN DE GARANTIZAR QUE USTED PUEDA SUMINISTRARNOS OPORTUNAMENTE INFORMACIÓN ESENCIAL EN TORNO A UN RECLAMO POTENCIAL. LE LLAMAMOS LA ATENCIÓN EN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- **CONDICIÓN 1 PARA RECLAMOS** QUE REQUIERE QUE USTED INFORME OPORTUNAMENTE A LOS ASEGURADORES SOBRE UN RECLAMO POTENCIAL. DE NO HACERLO, ELLO PODRÍA OCASIONAR LA OBJECIÓN DE SU RECLAMO O LA REDUCCIÓN DE SU VALOR.
- **EXCLUSIÓN 2 E)** QUE EXCLUYE LA COBERTURA CON RESPECTO A CONDICIONES PRE-EXISTENTES. ELLO SIGNIFICA TODO INCIDENTE QUE HAYA OCURRIDO EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA PERSONA ASEGURADA QUE CUBREN LOS ASEGURADORES.
- EN LA **CONDICIÓN 7** QUE ASEGURA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE HALLE ACTIVAMENTE EN EL TRABAJO A LA FECHA DE SU INCLUSIÓN EN LA PRESENTE PÓLIZA.
- LA COBERTURA SE LIMITA A LESIONES CORPORALES DEBIDAS A ACCIDENTE ÚNICAMENTE CON RESPECTO A PERSONAS DE 60 AÑOS DE EDAD O MÁS

04/07/2023-1306-P-16-PERLICAUX/JUL/23-D00I
04/07/2023-1306-NT-P-16-PERLICAUX/JUL/23

AXA COLPATRIA

PÓLIZA DE SEGURO DE PÉRDIDA DE LICENCIA PARA AUXILIARES DE VUELO
(En lo sucesivo denominada aquí como la Póliza)

Las palabras y frases que a continuación aparecen resaltadas en negrilla tienen el significado especial que se señala en la sección de Definiciones de la presente Póliza.

EN CONTRAPRESTACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA, Y CON BASE EN TODAS LAS DECLARACIONES FORMULADAS Y EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA AXA COLPATRIA S.A. (EN LO SUCESIVO DENOMINADO AQUÍ COMO LOS **ASEGURADORES**), LOS **ASEGURADORES** ACUERDAN CON EL **ASEGURADO,** HASTA EN LA MEDIDA Y DE LA MANERA QUE SE ESTIPULE EN LA PRESENTE PÓLIZA, QUE SI UNA **PERSONA ASEGURADA** SUFRE **DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** O **DISCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL** DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SEGÚN SE DEFINE EN LA **SECCIÓN DE COBERTURA**, NOSOTROS LOS **ASEGURADORES** PAGAREMOS AL **ASEGURADO** EN CONFORMIDAD CON LOS BENEFICIOS ESTABLECIDOS EN EL LISTADO Y CONFORME A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

1. COBERTURA

LOS **ASEGURADORES** PAGARÁN AL **ASEGURADO** EL **VALOR ASEGURADO** EN CASO DE:

A. **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** DE UNA **PERSONA ASEGURADA**.: EN CASO DE **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** HABRÁ UN **PERIODO DE ESPERA** ENTRE LA **FECHA DE LA PÉRDIDA** DURANTE EL CUAL NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO.

B. **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORA**L DE UNA **PERSONA ASEGURADA:** EN CASO DE **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL** HABRÁ UN **PERIODO DE ESPERA** A PARTIR DE LA **FECHA DE LA PÉRDIDA** DURANTE EL CUAL NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO. DURANTE EL PERIODO DE INCAPACIDAD Y CON SUJECIÓN A LA EVIDENCIA DE LA CONTINUACIÓN DE DICHA INCAPACIDAD, EL BENEFICIO POR **INCAPACIDAD TOTAL** TEMPORAL SE PAGARÁ MENSUALMENTE POR UN PERIODO DE HASTA EL **PERIODO MÁXIMO DE BENEFICIO**. SI AL EXPIRAR ESE PERIODO NO EXISTE POSIBILIDAD DE QUE SE LE RETORNE LA LICENCIA A LA **PERSONA ASEGURADA**, LOS **ASEGURADORES** CONSIDERARÁN TAL EVENTO COMO UNA **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** Y EFECTUARÁN EL PAGO EN CONFORMIDAD CON EL BENEFICIO POR **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** (TAL COMO SE ESTIPULA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES). LOS PAGOS QUE SE EFECTÚEN CONFORME AL BENEFICIO POR **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL** SE DEDUCIRÁN DEL BENEFICIO DE **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.**

LOS **ASEGURADORES** NO PAGARÁN EN TOTAL MÁS DEL 100% DEL **VALOR ASEGURADO** RESPECTO A UNA **PERSONA ASEGURADA.**

2. DEFINICIONES

A. **Accidente:** Un evento súbito, inesperado, inusual y específico que ocurra en un momento y lugar identificables durante la Vigencia del Seguro.

B. **Activamente Trabajando:** La **Persona Asegurada** se halla presente en su lugar de trabajo y en capacidad mental y física de llevar a cabo sus funciones normales regulares para las cuales posee una **Licencia.**

C. **Asegurado/Persona Asegurada**: La entidad nombrada como tal en el Listado.

D. **Lesiones Corporales:** Lesiones causadas por un **Accidente** pero que no sean causadas por enfermedad, dolencia o cualquier condición degenerativa o causa que obre gradualmente. Las **Lesiones Corporales** incluirán las consecuencias de la exposición a los elementos como consecuencia de un **Accidente**.

E. **Enfermedad Clasificada:** Enfermedad que sea directa o indirectamente causada por alcohol, medicamentos o narcóticos.

F. **Fecha de la Pérdida:** El primer día, durante la Vigencia del Seguro, que la **Persona Asegurada** no pueda cumplir con las normas médicas impuestas por la **Autoridad Licenciante** competente como resultado directo de **Lesiones Corporales**.

G. **Enfermedad General**: Cualquier deterioro súbito en la salud no causado por **Lesiones Corporales, Enfermedad Clasificada o Enfermedad Psicológica.** Esto no incluirá ninguna condición degenerativa ni ninguna causa que obre gradualmente.

H. **Fecha de Inicio:** La fecha en la que entra en vigor la cobertura acordada con los **Aseguradores.**

I. **Persona Asegurada:** La persona o personas nombradas o definidas en el Listado.

J. **Licencia:** Todas las licencias o certificados que posea la **Persona Asegurada** en relación con su ocupación como piloto.

K. **Autoridad Licenciante**: La autoridad reguladora encargada de expedir la **Licencia** que autoriza a la **Persona Asegurada** a realizar funciones de vuelo.

L. **Periodo Máximo de Beneficio**: La máxima extensión de tiempo por el cual se pagarán beneficios por **Incapacidad Total Temporal**, tal como se establece en el Listado.

M. **Discapacidad Total Permanente**: Es la **Persona Asegurada** que está impedida completamente para desempeñarse en la función para la cual posee una **Licencia** debido a **Lesiones Corporales, Enfermedad General** durante el **Periodo de Espera** y que al expirar ese periodo no tiene posibilidades de mejoría.

N. **Valor Asegurado**: La suma que deberán pagar los **Aseguradores** en caso **de Incapacidad Total Permanente** de la **Persona Asegurada**. La máxima suma que se pagará por persona no excederá el mayor **Valor Asegurado** que declaren los **Aseguradores** al inicio de la presente Póliza.

O. **Aseguradores**: AXA COLPATRIA S.A.

P. **Incapacidad Total Temporal**: La **Persona Asegurada** que quede completa y temporalmente impedida de desempeñarse en la función para la cual posee una **Licencia** debido a **Lesiones Corporales** o **Enfermedad General.**

Q. **Enfermedad Psicológica:** La **Persona Asegurada** que directa o indirectamente sufra de estrés, ansiedad, depresión, angustia mental, neurosis o similares y que sea diagnosticada por un médico cualificado u otro profesional debidamente cualificado. Dicha enfermedad deberá implicar perjuicio severo y prolongado del desempeño personal que pueda ser diagnosticado conforme al sistema de clasificación internacionalmente reconocido DMS-IV-TR ("The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Cuarta Edición, 2000).

R. **Periodo de Espera:** El periodo de tiempo por el cual no se pagarán beneficios por **Incapacidad Total Permanente** o por **Incapacidad Total Temporal**, tal como se estipula en el Listado.

3. CONDICIONES

A. excederá el 100% del **Valor Asegurado** aplicable a la **Persona Asegurada,** según se señala en el Listado.

B. No se pagará el beneficio de **Incapacidad Total Permanente:**
- Si la **Persona Asegurada** fallece antes del pago del **Valor Asegurado**; o
- Hasta tanto no haya terminado el **Periodo de Espera**. Sin embargo, los **Aseguradores** podrán pagar el **Valor Asegurado** durante el **Periodo de Espera** una vez se haya demostrado la validez de un reclamo conforme a la presente Póliza.

C. La Póliza se dará por terminada y dejará de tener efecto con respecto a una **Persona Asegurada**:
- Al efectuarse el pago del beneficio por **Incapacidad Total Permanente**;
- Al fallecer la **Persona Asegurada**;
- Al final de la Vigencia del Seguro durante la cual una **Persona Asegurada** llegue a la edad de 61 años.
- Al dejar la **Persona Asegurada** de tener un empleo remunerado en la función para la cual posee una **Licencia**;
- Si la **Persona Asegurada**, voluntaria o involuntariamente, emprende funciones activas en cualquier Fuerza Armada, que no sea una capacitación de tiempo parcial en una función de no combatiente.

D. Antes de efectuar cualquier pago con respecto a una reclamación conforme a la presente Póliza, el **Asegurado** y/o la **Persona Asegurada** deberá presentar a los **Aseguradores** el formulario de reclamación completamente diligenciado (adjunto al presente documento) el cual proveerá los **Aseguradores** de evidencia satisfactoria de las pruebas de la ocurrencia del evento por el cual se pagará el beneficio por **Incapacidad Total Permanente** con respecto a la **Persona Asegurada**. En adición el **Asegurado** y/o la **Persona Asegurada** deberá suministrar cualquier otra información que los **Aseguradores** puedan razonablemente requerir.

E. Si la **Persona Asegurada** vuelve al trabajo durante un período de más de ciento ochenta (180) días se aplicará un Período de Espera, incluso si esto se debe a la misma causa o no.

F. La entrega a los **Aseguradores** de un finiquito de parte del **Asegurado** y/o de la **Persona Asegurada** y/o de un representante legal debidamente autorizado del **Asegurado** y/o de la

G. **Persona Asegurada** que se constituirá como liquidación absoluta de los **Aseguradores** con respecto a pagos relacionados con dicha **Persona Asegurada** que deban pagarse conforme a la presente Póliza.

H. Se hace constar por la presente que cada **Persona Asegurada** se halla **Activamente Trabajando** en **la fecha de inicio** de la presente Póliza o en la fecha de inclusión de la **Persona Asegurada** conforme a la presente Póliza, lo que suceda más tarde. Si una **Persona Asegurada** no satisface la presente disposición, se suspenderá la Cobertura con respecto a tal **Persona Asegurada** hasta tanto no regrese a trabajar y haya completado 60 días continuos y de empleo activo en sus labores con el **Asegurado.**

I. La cobertura se limita a **Lesiones Corporales** únicamente cuando una **Persona Asegurada** tenga 56 años o mayor al comienzo de la Vigencia del Seguro tal como se estipula en el Listado, a menos que los **Aseguradores** acuerden lo contrario.

J. Los **Aseguradores** no pagarán ninguna reclamación conforme a la presente Póliza, y podrán buscar recuperar cualquier suma paga, en el caso que el **Asegurado** o una **Persona Asegurada** cometen fraude, ocultamiento o falsa declaración con respecto a una reclamación. Adicionalmente, los **Aseguradores** podrán optar por declarar nula o cancelada la presente Póliza, o alternativamente, podrán declarar nula o cancelada la Cobertura con respecto a la **Persona Asegurada**.

K. La presente Póliza no tiene valor de rescate.

L. La presente Póliza se regirá por las leyes de Colombia y las cortes Colombia tendrán la competencia jurisdiccional exclusiva en cualquier disputa que surgiere en relación con la Póliza, a menos que los **Aseguradores** acuerden otra cosa.

M. Si una **Persona Asegurada** se rehúsa irrazonablemente a someterse a cualquier tratamiento quirúrgico o médico del cual se podría esperar razonablemente que ayude a obtener el restablecimiento de su **Licencia,** o la **Autoridad**

Licenciante, de acuerdo a su práctica o en conformidad con sus propias regulaciones, no se expida una negación permanente del certificado médico, los **Aseguradores** no efectuarán ningún pago hasta tanto no hayan verificado que se haya producido la pérdida de la **Licencia.**

N. El **Valor Asegurado** pagadero conforme a la presente Póliza al **Asegurado** tras la ocurrencia de **Lesiones Corporales** o **Enfermedad General** de una **Persona Asegurada** no excederá los ingresos esperados de **la Persona Asegurada** a la fecha de jubilación normal o de los ingresos esperados a la edad de 60 años, lo que ocurra primero..

4. EXCLUSIONES

A. LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**, DIRECTA O INDIRECTAMENTE RESULTANTE DE:
- EL USO REAL O LA AMENAZA DE USO DE MATERIALES BIOLÓGICOS O QUÍMICOS PATÓGENOS O VENENOSOS;
- REACCIÓN NUCLEAR, RADIACIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA;

B. LA PRESENTE PÓLIZA NO **AMPARA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE** DIRECTA O INDIRECTAMENTE RESULTANTE DE:
- INTENCIONALMENTE AUTO-INFLIGIDA, INTENTO DE SUICIDIO (SEA PREMEDITADO O NO), ASALTO PROVOCADO POR LA **PERSONA ASEGURADA**, O RIÑA (SALVO EN DEFENSA PROPIA DE BUENA FE);
- ENFERMEDAD VENÉREA U OTRA ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE;
- EXPOSICIÓN DELIBERADA DE LA **PERSONA ASEGURADA** A UN PELIGRO EXCEPCIONAL (SALVO CON LA INTENCIÓN DE SALVAR UNA VIDA HUMANA O PARA PREVENIR LA PÉRDIDA O DAÑO DE UNA AERONAVE O DE LOS EQUIPOS DE ESTA);
- TODO ACTO DELICTIVO O DOLOSO DE LA **PERSONA ASEGURADA**;
- CUALQUIER LESIÓN CORPORAL SUFRIDA O **ENFERMEDAD GENERAL** PARA LA CUAL SE HAYA BUSCADO TRATAMIENTO MÉDICO O CUALQUIER CONDICIÓN QUE SE HAYA; MANIFESTADO EN LOS 5 ÑOA ANTERIORES A:
  i LA **FECHA DE INICIO** O
  ii LA FECHA DE INCLUSIÓN DE LA **PERSONA ASEGURADA** A LA PRESENTE PÓLIZA.

  LO QUE SUCEDA MÁS TARDE, Y CON SUJECIÓN A QUE TAL PERIODO DE 5 AÑOS TRANSCURRA CONTINUAMENTE Y SIN INTERRUPCIÓN.
- QUE LA **PERSONA ASEGURADA** SE HALLE BAJO LA INFLUENCIA DE ALCOHOL O QUE HAYA INGERIDO DROGAS A MENOS QUE FUERAN PRESCRITAS POR UN MÉDICO CUALIFICADO Y LAS HAYA UTILIZADO CONFORME A LAS INSTRUCCIONES FORMULADAS.
- EMBARAZO O PARTO, A MENOS QUE LA SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA **LICENCIA** FUERE CONSECUENCIA DIRECTA DE COMPLICACIONES DERIVADAS DE DICHO EMBARAZO O PARTO.
- SÍNDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O COMPLEJO RELACIONADO CON SIDA (ARC) COMOQUIERA QUE HAYA ADQUIRIDO O QUE SE DENOMINE DICHO SÍNDROME DE;

  EL INVOLUCRAMIENTO O PARTICIPACIÓN DE LA **PERSONA ASEGURADA** EN SERVICIOS U OPERACIONES DE FUERZAS ARMADAS;

C. LOS **ASEGURADORES** NO SERÁN RESPONSABLES DE PAGAR BENEFICIOS POR LA PÉRDIDA DE UNA **LICENCIA** QUE OCURRA ÚNICAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CAMBIOS EN LAS NORMAS MÉDICAS QUE IMPONGA LA **AUTORIDAD LICENCIANTE** COMPETENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

5. CONDICIONES DE LAS RECLAMACIONES

A. En caso de **Lesiones Corporales**, **Enfermedad General, Enfermedad Clasificada** o **Enfermedad Psicológica** que cause que la **Persona Asegurada** no pueda seguir desempeñando su ocupación por 30 días consecutivos, deberá darse notificación escrita de dicho evento a los **Aseguradores** en el formulario de reclamaciones anexo al presente Seguro, en donde se formulen los detalles que conozca el **Asegurado** y/o la **Persona Asegurada**. Dicha notificación escrita deberá ser suministrada a los **Aseguradores** por intermedio del Corredor de Seguros que se menciona en el Listado o directamente a la Aseguradora, a la mayor brevedad posible, y en cualquier circunstancia, dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia de dicho evento. La fecha de notificación se considerará como aquella en que se entregue la notificación a los **Aseguradores.**

B. El **Asegurado** se compromete a dar aviso inmediato por escrito a los **Aseguradores** si, después de haberse pagado una reclamación con respecto a **Discapacidad Total Permanente**, la **Persona Asegurada** recupera su **Licencia** en un periodo de 36 meses contados a partir de la fecha de acuerdo de arreglo de la reclamación, o si se entera que probablemente la recuperará. En tal caso, el **Asegurado** y/o la **Persona Asegurada** estarán obligados a reembolsar las sumas que hayan pagado los **Aseguradores** con respecto a **Discapacidad Total Permanente** como arreglo de dicha reclamación.

C. El **Valor Asegurado a** pagar será el que prevalezca con respecto a:
- **Lesiones Corporales**; a la fecha en la que la **Persona Asegurada** sufra las **Lesiones Corporales o**
- **Enfermedad General** a la fecha en la que se manifieste la **Enfermedad General**.

D. El **Asegurado** y la **Persona Asegurada** (o su(s) represente(s) legal(es) deberán suministrar toda la ayuda e información razonables en relación con una reclamación, incluyendo la presentación ante la **Autoridad Licenciante**¸ con el fin de ayudar a los **Aseguradores** a determinar su responsabilidad de pagar beneficio por **Incapacidad Total Permanente.** Si no se presta tal ayuda, no se pagará el beneficio de **Incapacidad Total Permanente.**

CLÁUSULA DE SANCIONES Y EMBARGOS - AVN 111

NO OBSTANTE, CUALQUIER CONDICIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE PÓLIZA INDICANDO LO CONTRARIO, LO SIGUIENTE APLICARÁ:

1. SI, POR VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGULACIÓN QUE SEA APLICABLE A UN ASEGURADO A SU INCLUSIÓN EN LA PRESENTE PÓLIZA O SE HAGA APLICABLE EN CUALQUIER MOMENTO POSTERIOR PROVEYENDO QUE LA COBERTURA OTORGADA AL ASEGURADO SEA O PODRÍA CONTRARIAR DICHA LEY O REGULACIÓN AL CONTRAVENIR UN EMBARGO O SANCIÓN, RESPECTO A DICHO ASEGURADO NO SE PROVEERÁ COBERTURA O NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD YA SEA PROPORCIONANDO CUALQUIER TIPO DE DEFENSA O REALIZANDO CUALQUIER PAGO DE LOS COSTOS DE DEFENSA O PROVEYENDO CUALQUIER FORMA DE ASEGURAMIENTO A NOMBRE DEL ASEGURADO, EN LA EXTENSIÓN EN QUE ESTA CONTRAVENGA CON DICHA LEY O REGULACIÓN.
2. EN CIRCUNSTANCIAS DONDE SEA LEGALMENTE VIABLE PARA AXA COLPATRIA PROVEER COBERTURA BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, PERO EL PAGO DE UNA RECLAMACIÓN VÁLIDA Y RECUPERABLE CONTRAVENGA UN EMBARGO O SANCIÓN, ENTONCES AXA COLPATRIA TOMARÁ TODAS LAS MEDIDAS RAZONABLES PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN NECESARIA PARA EFECTUAR DICHO PAGO.
3. EN EL EVENTO QUE CUALQUIER LEY O REGULACIÓN SEA APLICABLE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y QUE RESTRINJA LA
4. CAPACIDAD DE AXA COLPATRIA PARA PROVEER COBERTURA TAL Y COMO SE ESPECIFICA EN EL NUMERAL 1, ENTONCES TANTO EL ASEGURADO COMO AXA COLPATRIA TENDRÁN EL DERECHO A CANCELAR SU PARTICIPACIÓN EN LA PRESENTE PÓLIZA DE ACUERDO CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES, PROVISTO QUE RESPECTO A LA CANCELACIÓN POR PARTE DE AXA COLPATRIA SE EMITIRÁ AVISO POR ESCRITO CON UN MÍNIMO DE TREINTA (30) DÍAS. EN EL EVENTO DE CANCELACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO O AXA COLPATRIA, AXA COLPATRIA RETENDRÁ LA PRIMA CAUSADA EN SU PROPORCIÓN A PRORRATA POR EL PERÍODO EN QUE LA PÓLIZA HAYA ESTADO VIGENTE. SIN EMBARGO, EN EL EVENTO EN QUE LAS RECLAMACIONES INCURRIDAS A LA FECHA EFECTIVA DE CANCELACIÓN EXCEDAN LAS PRIMAS CAUSADAS A PRORRATA (SEGÚN APLIQUE) DEBIDAS A AXA COLPATRIA, Y EN LA AUSENCIA DE UNA PROVISIÓN MÁS ESPECÍFICA EN LA PÓLIZA RELATIVA AL RETORNO DE PRIMAS, CUALQUIER PRIMA RETORNADA SERÁ SUJETA A ACUERDO MUTUO ENTRE LAS PARTES. EL AVISO DE CANCELACIÓN EMITIDO POR AXA COLPATRIA SERÁ EFECTIVO AUN CUANDO AXA COLPATRIA NO PAGUE U OFREZCA EL RETORNO DE PRIMA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN ABSOLUTA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN EN CONTRARIO, SE ACLARA QUE ESTE SEGURO NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN, PÉRDIDA, RESPONSABILIDAD, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE, CONTRIBUYA O RESULTE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, EPIDEMIAS O PANDEMIAS, TALES COMO EL CORONAVIRUS (COVID-19), ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SÍNDROME CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2), O CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DE LOS MISMOS.

ESTA EXCLUSIÓN TAMBIÉN APLICA A CUALQUIER RECLAMO, PÉRDIDA, COSTO O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE, EN CONTRIBUCIÓN A, O RESULTANTE DE:

I. CUALQUIER TEMOR O AMENAZA QUE SURJA EN RESPUESTA A UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA REAL O POTENCIAL; O
II. CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE CUALQUIER MANERA RELACIONADA CON CUALQUIER BROTE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TALES COMO CORONAVIRUS (COVID-19), CORONAVIRUS 2 POR SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV-2), CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DE LOS MISMOS, O DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, EPIDEMIA O PANDEMIA.

.

AXA COLPATRIA

APÉNDICE 1 - FORMULARIO DE RECLAMACIONES
GUÍA PARA LOS RECLAMANTES

SEGURO DE PÉRDIDA DE LICENCIA

Antes de diligenciar el formulario, le rogamos leer detenidamente las siguientes recomendaciones:

Si no se suministra la información de manera oportuna y eficiente, se causará demora en la capacidad de los Aseguradores de llegar a una decisión sobre su reclamación o en casos extremos, dará lugar a invalidarla.

Dado que las prácticas de cada país varían, se suministran las siguientes explicaciones para ayudarle a comprender lo que los Aseguradores requieren de usted, lo que usted debe hacer y cuándo lo debe hacer.

La presente Póliza estipula el pago con respecto a Incapacidad Total Permanente y/o Incapacidad Total Temporal. A no ser que la Autoridad Licenciante por la cual usted posee un certificado médico vigente le retire permanentemente su Licencia, tal pago sólo se efectuará si los Aseguradores comprueban que no existen perspectivas razonables de que usted retorne a sus funciones de vuelo.

Una de las condiciones para la reclamación es que usted emprenda todos los esfuerzos razonables por recuperar su(s) Licencia(s) de vuelo.

Usted y su médico tratante deberán demostrar a los Aseguradores que:

1. Usted se halla bajo el cuidado de un médico debidamente cualificado que está tratando sus problemas de salud de manera diligente y oportuna;
2. Usted está siguiendo un tratamiento que le permitirá, en la medida de lo posible, recuperar su(s) Licencia(s) de vuelo y regresar a su ocupación con su empleador;
3. Usted está asistiendo al tratamiento de la manera y en las horas que le indique su médico.

Los Aseguradores pueden pedir los informes médicos detallados de su médico y pueden pedirle a usted que se someta a una valoración médica independiente.

En la mayoría de casos, siempre y cuando usted mantenga contacto regular con su empleador y con su médico, no será necesario que usted realice ninguna otra actividad. Por lo tanto, es por su propio beneficio asegurarse de cumplir con lo anterior.

Si su médico opina que no hay un curso de tratamiento disponible que le permita a usted recuperar su(s) Licencia(s) de vuelo, es muy importante que se suministre una explicación razonada de tal cosa a los Aseguradores a la mayor brevedad posible.

DECLARACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En caso de reclamación, la Aseguradora requerirá recopilar información adicional sobre usted y su condición e historia médicas, para lo cual necesitamos obtener su permiso antes de que procedamos. Es posible que también necesitemos disponer que usted sea sometido a examen por un especialista médico. De ser esto necesario, le suministraremos mayores detalles.

También podemos llegar a necesitar compartir sus datos con las siguientes organizaciones para propósitos relacionados con su reclamación:

1. Nuestras compañías, agentes, asesores y subcontratistas vinculados, incluyendo ajustadores de siniestros, investigadores de reclamaciones, representantes legales e investigadores privados.
2. Nuestros reaseguradores, quienes pueden requerir esta información para evaluar las reclamaciones que presentemos contra ellos.
3. La policía, agencias para la prevención de fraude y organismos representativos en relación con sospechas de reclamaciones fraudulentas o lavado de activos.
4. Organismos reguladores o gubernamentales.

Toda la información personal y delicada que recopile la Aseguradora se mantiene en la más estricta confidencialidad y sólo se utiliza para el propósito para el cual se recopila. Además, exigimos a todas las demás organizaciones con las cuales compartimos sus datos mantener estándares similares.

Por la presente otorgo mi autorización para que se faciliten los detalles relacionados con mis datos personales, condición e historia médicas a AXA COLPATRIA S.A.

AXA COLPATRIA

FORMULARIO DE RECLAMOS POR PÉRDIDA DE LICENCIA

1. Nombre / Apellido:
   Primer Nombre(s):
   Ocupación:
   Dirección:
   Código Postal / Zip: País:
   Fecha de Nacimiento: E-mail:
   Teléfono de Residencia: Celular:

2. a) Fecha inicio de vuelos:
   b) Empleadores y periodos:
   Empleador actual:
   Empleadores anteriores:
   c) Total horas de vuelo:
   d) Horas de vuelo durante los 6 meses previos a la orden de inmovilización:
   e) Calificaciones de tipo en el momento de la orden de inmovilización:

3. Número, tipo, fecha de la primera expedición y nombre de la autoridad que expidió todas las Licencias de vuelo
   a) Licencias vigentes al comenzar la orden de inmovilización:
   b) Licencias poseídas en el pasado ya vencidas (puede omitir los grados inferiores, como P.P.L., C.P.L. de licencia(s) ya mencionadas antes).

4. Nombre y Dirección de su médico general, médico de familia o clínico de atención primaria (por favor en LETRA IMPRENTA clara).
   Código Postal / Código Zip: País:

5. Nombre y Dirección de su examinador médico de aviación usual:
   Código Postal / Código Zip: País:

6. Condición de Incapacidad:
   a) Diagnóstico (en la medida que lo conozca):
   b) Cuándo tuvo los primeros síntomas (si se trata de lesiones corporales, dé la fecha de la lesión y las circunstancias en las que ocurrió).
   c) Cuándo lo descubrió, sospechó o le fue diagnosticado (si se trata de un examen rutinario de renovación, indíquelo):
   d) Nombre y direcciones de todos los doctores relacionados con la investigación del diagnóstico o tratamiento:
   Código Postal / Código Zip: País:
   Código Postal / Código Zip: País:
   e) Suministre breves detalles del tratamiento, investigaciones y resultado hasta donde los conoce, incluyendo los nombres de los medicamentos).

7. Fechas de todas las licencias por enfermedad o periodos de enfermedad de la inmovilización real que ha tenido por esta condición).

8. ¿Se ha notificado de su condición a su examinador médico o a la Autoridad Licenciante? SÍ___ NO___
   ¿Se le ha suspendido temporalmente su licencia o se la he cancelado permanentemente o se le ha declarado Inapto a Largo Plazo?:
   Suspendido temporalmente: SÍ___ NO___
   Cancelada permanentemente: SÍ___ NO___
   Inapto a Largo Plazo: SÍ___ NO___
   Dé las fechas de todos los periodos de invalidación formal de su licencia o inmovilización oficial para esta condición, su estatus presente y suministre una copia de la carta de las Autoridades Licenciantes en la que se le suspende / retira su licencia.

9. ¿Se la ha expedido alguna vez orden de inmovilización o le han invalidado su licencia por cualquier otra condición? SÍ___ NO___
   Si respondió SÍ, suministre las fechas y breves detalles.

10. ¿Se la ha exigido alguna vez en el pasado someterse a exámenes adicionales en el examen rutinario de licencia, se le ha remitido alguna vez un especialista para investigación, ha tenido que volver a examen en un tiempo menor al normal o se le ha ordenado tomar medicamentos o seguir alguna dieta especial? SÍ___ NO___
    Si respondió SÍ, suministre las fechas y breves detalles.

11. ¿Se ha incluido alguna vez alguna limitación o renuncia en su certificado médico (incluyendo tener que usar anteojos/lentes?
    SÍ___ NO___
    Si respondió SÍ, suministre las fechas y breves detalles.

12. ¿Está amparado por cualquier otro régimen de seguro por pérdida de licencia, incapacidad o accidente? SÍ___ NO___
    Si respondió SÍ, ¿está reclamando bajo a cualquier otra Póliza con respecto a la presente incapacidad? SÍ___ NO___
    Si respondió SÍ, suministre el nombre(s), número(s) de Póliza(s) y beneficios pagaderos (es decir, la suma en números o letras y la suma de beneficios mensuales.

Declaro haber leído la "Guía para Reclamantes" y que la información arriba suministrada es cierta y completa. Entiendo que la presente información y cualquier otra información médica que suministre a los Aseguradores será utilizada para determinar mi elegibilidad para recibir beneficios conforme a una Póliza de seguro con respecto a pérdida de la licencia. Entiendo que cualquier información inexacta o incompleta puede afectar mi capacidad de recibir beneficios conforme a la presente Póliza.

_____

Firma Fecha:

Cuando haya diligenciado por completo el presente formulario y firmado la declaración, envíenoslo por favor a AXA COLPATRIA, departamento de reclamos. Cra.7 No. 24 - 89 / Torre Colpatria.

AXA COLPATRIA

www.axacolpatria.co

AXA COLPATRIA

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C.
Líneas de atención: Bogotá (60-1) 423 57 57 • Resto del país 01 8000 512 620
#247 desde tu celular

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AXA COLPATRIA Seguros S.A.