

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES CLIENTES BANCO PICHINCHA S.A.

Póliza No. 22252324 clientes del Banco con tarjeta de crédito.

Póliza No. 22252334 clientes del Banco con tarjeta de crédito Marca Compartida.

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., que en adelante se denominará “**LA COMPAÑÍA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “**Cliente**” y a las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

CLÁUSULA 1ª. GRUPO ASEGURABLE

Serán aseguradas todas las personas clientes del banco que adquieran la tarjeta de crédito y/o la tarjeta de crédito de marca compartida y que voluntariamente decidan adquirir el seguro, siempre y cuando tengan su residencia permanente en la república de Colombia. Bajo los mismos términos de la póliza se podrán asegurar: Cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, padres, hermanos y suegros; siempre y cuando se encuentren asegurados y relacionados por el titular de la póliza a la Aseguradora.

CLÁUSULA 2ª. VIGENCIA INDIVIDUAL

La vigencia de cada asegurado iniciará a partir de la fecha de recaudo de la póliza y finalizará en la fecha fin de la vigencia individual, teniendo en cuenta que la cobertura corresponde a un año.

CLÁUSULA 3ª. AMPAROS CLIENTES DEL BANCO CON TARJETA DE CRÉDITO

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Muerte Accidental	\$25.000.000
Asistencia Odontológica Plus	Incluida

AMPAROS CLIENTES DEL BANCO CON TARJETA DE CRÉDITO DE MARCA COMPARTIDA

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Muerte Accidental	\$30.000.000
Asistencia Odontológica Plus	Incluida

Las personas familiares del titular como: Cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, padres, hermanos y suegros, solo podrán ingresar a la póliza si el titular se encuentra asegurado. Al momento que el titular deje de pertenecer al grupo asegurado se extingue de manera automática la cobertura del seguro para todos los integrantes de este núcleo familiar.

Para efectos del presente seguro se entiende como Titular, la persona natural cliente del Banco Pichincha S.A., que posee tarjeta de crédito con el Banco. El titular de la póliza y los familiares como: Cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, padres, hermanos y suegros, podrán adquirir un solo seguro bajo la modalidad de esta póliza.

Amparo de muerte accidental: La compañía indemnizará a los beneficiarios el valor asegurado señalado en la póliza cuando, dentro de la vigencia de la póliza, el asegurado fallezca a causa de un accidente, siempre y cuando la muerte se presente dentro de los noventa días (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente que la causó.

Extensión de amparo de muerte accidental (muerte por desaparecimiento en accidente):

La compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada principal, si no se encontrase el cuerpo del asegurado, en los siguientes eventos:

- 1) Como consecuencia de su desaparición en un hecho accidental en un río, lago o mar.
- 2) La desaparición como consecuencia del hundimiento, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.
- 3) Cuando fuera víctima de un hecho catastrófico natural como terremoto, inundación o maremoto.

Si el desaparecimiento, con base en el cual se declara judicialmente la muerte presunta, no tiene relación con alguno de los eventos señalados, no se configurará siniestro.

La muerte presunta por desaparecimiento debe declararse judicialmente bajo lo establecido en la Ley Colombiana.

Asistencia Odontológica Plus: Las definiciones y exclusiones de cada uno de los servicios de la asistencia se encuentran detalladas en el Anexo No.1, adjuntos a este documento.

CLÁUSULA 4ª. EXCLUSIONES AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL: La Compañía no reconocerá la indemnización de las coberturas contratadas y establecidas en la cláusula de amparos, en los siguientes eventos:

- Suicidio o su tentativa
- Homicidio
- Enfermedades físicas o mentales del asegurado, cualquier clase de hernias y várices, tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón de accidentes amparados por esta póliza, ni los efectos psíquicos o estéticos de cualquier accidente o enfermedad
- Actos de guerra interior o exterior, rebelión, sedición, conmoción interior, asonada, actos terroristas, huelga o actos violentos, cualquiera que sea su origen
- Accidentes ocurridos con antelación al inicio de vigencia del amparo individual o sus secuelas.

CLÁUSULA 5ª. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPAROS	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
Muerte accidental, asistencia odontológica plus	3 años	70 años + 364 días	74 años + 364 días

Para efectos de la permanencia, ésta se mantendrá siempre que la póliza se encuentre vigente con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

CLÁUSULA 6ª. BENEFICIARIOS

Para efectos de este seguro los beneficiarios serán los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 1142 del Código de Comercio).

CLÁUSULA 7ª. REVOCACIÓN

La presente póliza podrá ser revocada por el Banco en cualquier momento. Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la Aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al Banco sobre esta determinación con una anticipación no menor a 30 días.

CLÁUSULA 8ª. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El cliente pagará la prima a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. a través del BANCO PICHINCHA S.A. quien será el encargado de realizara el recaudo de las primas a través de la tarjeta de crédito. Este pago deberá hacerse dentro de los 45 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo. En consecuencia el amparo que se otorga terminará automáticamente si al día 46 de inicio de vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

CLÁUSULA 9ª. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro de los 10 días hábiles a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía, de acuerdo a la reclamación formal presentada por EL ASEGURADO o el (los) beneficiario(s), acompañada de los documentos necesarios. LA COMPAÑÍA de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos según sea el caso: **En caso de muerte accidental:** Formato de reclamación seguro de accidentes personales; Copia de la Cédula de Ciudadanía o documento de identidad del asegurado; Copia del Registro Civil de Defunción; Si el asegurado ingreso a la póliza por medio de hall bancario, se requiere copia de la solicitud/certificado de seguro debidamente diligenciada por el asegurado; Si el asegurado ingreso a la póliza por medio del Call Center del Banco, se requiere el suministro de la grabación telefónica; Si la causa de fallecimiento fue violenta o accidental adicionalmente deben anexar certificación o documento expedido por la Entidad Competente que enuncie la causa de fallecimiento. (puede ser Acta de levantamiento de cadáver y/o certificación de la fiscalía y/o Informe de necropsia y/o croquis según el

caso); Documentos de identidad de los beneficiarios (copia de la cédula de ciudadanía mayores de edad y registro civil de nacimiento para menores de edad); Si los beneficiarios son menores deben aportar copia de la cédula de los padres vivos.; Formato de pago por transferencia diligenciado por cada uno de los beneficiarios y padres de los menores beneficiarios. **En caso de prestación de la asistencia odontológica plus:** El Asegurado debe comunicarse con el Call Center de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., línea nacional 01 8000 5 23500 y en Bogotá al 5 94 11 39, opción 2, luego opción 3, quienes le prestarán la asesoría correspondiente para la utilización del servicio. **En cualquier caso, Allianz Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.**

PROCESO PARA RECLAMACIÓN Y RADICACIÓN DE SINIESTROS:

- Los documentos mencionados en este ítem, deberán ser enviados al buzón de correo funcional: indemnizacionesvida@allianz.co, donde en el asunto se registrarán los siguientes datos: Número de póliza/BANCO PICHINCHA/Nombre del asegurado/ Tipo y número de identificación (Ej: CC 13.420.963).
- En este buzón el beneficiario deberá adjuntar toda la documentación que se informa en estas condiciones para la reclamación de siniestro.
- El formato de reclamación seguro de accidentes personales y formato de pago por transferencia, los encontrarán en la página web del Banco Pichincha, en la siguiente ruta: www.bancopichincha.com.co/web/personas/visa-clasica.
- El beneficiario en caso de tener alguna inquietud sobre su reclamación, debe comunicarse con el Call Center de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., línea nacional 01 8000 5 23500 y en Bogotá al 5 94 11 39, opción 3, para que sea orientado y reciba la asesoría correspondiente para la reclamación del siniestro.

AVISO DE SINIESTRO: Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 30 días.

CLÁUSULA 10ª. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:

a) Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado. b) En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza. c) Por falta de pago de prima. d) Al momento de cumplir la edad máxima de permanencia en el seguro e) Al pagar la indemnización por el amparo de muerte del asegurado. f) Por cancelación del producto financiero (Tarjeta de crédito) seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.

PARAGRAFO: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Banco/Asegurado.

NOTA: La cancelación voluntaria del seguro por parte del **asegurado**, se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de la cancelación.

CLAUSULA 11ª. PROCESO DE CANCELACIÓN.

La presente póliza podrá ser cancelada por el titular cuando él desee hacerlo. Para este proceso el titular deberá descargar de la siguiente ruta el formato de cancelación www.bancopichincha.com.co/web/personas/visa-clasica, deberá diligenciarlo por completo y enviarlo al siguiente buzón anulaciones.affinity@allianz.co, para que a partir del siguiente corte de la tarjeta de crédito ya no se haga efectivo el cobre de la póliza y por ende se de baja a la cobertura.

CLAUSULA 12ª. QUEJAS Y RECLAMOS

Los canales de radicación de PQRS son a través del Contact Center línea nacional 018000 514405 y en Bogotá 6065903 opción 9, de lunes a domingo las 24 horas del día, al Correo electrónico servicioalcliente@allianz.co y a través de nuestra página web <https://www.allianz.co/contactanos/te-escuchamos/>

CLAUSULA 13ª. RENOVACION

La renovación se realizara de forma automática y cumplida la anualidad. Esta renovación de la póliza se aplicará la tarifa y condiciones establecidas por La Compañía, vigentes a la fecha de expedición del correspondiente certificado. La Compañía se reserva el derecho de analizar el estado del riesgo en cada renovación haciendo los ajustes de tarifa que considere adecuados.

CLAUSULA 14ª. CONDICIONES NO PREVISTAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

Las demás condiciones no previstas en las presentes condiciones generales se regirán por el Código de Comercio de la República de Colombia, por las normas reglamentarias, por las normas que los modifiquen o adicionen, y por las demás normas aplicables al contrato de seguro.

LO NO ESTIPULADO EN ESTE DOCUMENTO, ASÍ COMO LA DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS NO DESCRITOS SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y POLÍTICAS DE LA POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES 25/11/2016-1401-P31-ACCGRUPVERSIÓN08.

-----fin del documento-----

ANEXO No. 1
SERVICIOS DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA PLUS
– PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES CLIENTES BANCO PICHINCHA S.A.

Por acuerdo con el Banco las pólizas No. **22252324 y 22252334** se encuentran formalizadas mediante el presente anexo. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en adelante La Compañía, siempre y cuando medie el pago de la prima respectiva, asegura la prestación de los servicios de asistencia odontológica, a las personas aseguradas que aparezcan relacionadas en la carátula de la póliza, de acuerdo con las siguientes cláusulas:

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA SE LIMITA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A TRAVÉS DE UN TERCERO, QUE EN ESTE CASO CORRESPONDE A SIGMA DENTAL DE COLOMBIA S.A.S, EN VIRTUD DEL ACUERDO AL QUE HA ADHERIDO LA ASEGURADORA.

CONDICIÓN 1

AMPARO:

El presente anexo ampara los gastos incurridos por el asegurado a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en la CONDICIÓN 3 de las definiciones de este anexo.

Los servicios serán los siguientes:

Cobertura de Emergencia:

Restauradora y Operatoria:

- Amalgamas
- Resinas
- Ionómeros de vidrio.

Cirugía:

- Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.

Endodoncia:

- Pulpectomías
- Recubrimiento pulpar directo e indirecto
- Pulpotomías
- Tratamientos de Endodoncia convencional: Monorradiculares, Birradiculares y Multiradulares.

Radiografías:

- Periapicales individuales y Coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio.

Periodontal:

- Detartraje en caso de emergencia.
- Profilaxis en caso de emergencia.
- Ajustes de Oclusión.

Protésica:

- Cementado provisional de coronas y puentes fijos
- Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio.

Cuando la emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CONDICIÓN 2.

EXCLUSIONES

Este anexo no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica, entre los cuales a título enunciativo se encuentran los siguientes:

a) Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, Odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la condición 1.

b) Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.

c) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la condición 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).

d) Defectos físicos.

e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.

f) Radioterapia o quimioterapia.

g) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en la condición 3 de este anexo.

No obstante, si el asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CONDICIÓN 3. **DEFINICIONES**

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) Emergencia Odontológica: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, inflamación o hemorragia.

b) Red de Proveedores: Proveedores de servicios odontológicos con los cuales SIGMA DENTAL ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

CONDICIÓN 4. **PRESTACION DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por SIGMA DENTAL. SIGMA DENTAL no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS ASEGURADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a LA COMPAÑÍA y LOS ASEGURADOS.

d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por LA COMPAÑÍA en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.

e) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con la línea del Call Center de LA COMPAÑÍA, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. El ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.

f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con la línea del Call Center de LA COMPAÑÍA, a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

g) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.

h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a LA COMPAÑÍA por escrito y dentro de un plazo no mayor a diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 5.**CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO.**

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables” incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

CONDICIÓN 6.**OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO.**

a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.

b) EL ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.

c) EL ASEGURADO está obligado a entregar todas las facturas requeridas por SIGMA DENTAL en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en la CONDICIÓN 5 – CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO del presente Anexo.

CONDICIÓN 7.**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.**

LA COMPAÑÍA se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

CONDICIÓN 8.**PLAZO PARA QUEJAS**

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito a LA COMPAÑÍA y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 9.**PRIMA**

Será la indicada en la carátula de la póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza de Accidentes Personales.

CONDICIÓN 10.**TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO**

El presente anexo podrá ser revocado por La Compañía ó por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza de Accidentes Personales.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Accidentes Personales, para el presente Anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del(los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza de Accidentes Personales y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

-----FIN DEL DOCUMENTO-----