

8. Fecha de Inicio

La fecha en la que entra en vigor la cobertura acordada con los **Aseguradores**.

9. Persona Asegurada

La persona o personas nombradas o definidas en el Listado.

10. Licencia

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

11. Autoridad Licenciante

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

12. 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.

13. Incapacidad 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, Enfermedad Clasificada o Enfermedad Psicológica** durante el **Periodo de Espera** y que al expirar ese periodo no tiene posibilidades de mejoría.

14. 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).

15. Valor Asegurado

La suma que deberán pagar los **Aseguradores** en caso de **Incapacidad Total Permanente** de la **Persona Asegurada**, la cual incluye todo pago efectuado con anterioridad con respecto a **Incapacidad Total Temporal**. La máxima suma que se pagará por persona no excederá el mayor **Valor Asegurado** que declaren los **Aseguradores** al inicio de la presente Póliza.

16. 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, Enfermedad General, Enfermedad Clasificada o Enfermedad Psicológica**.

17. Aseguradores

Compañía Mundial de Seguros S.A.

18. 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.

Condiciones

1. **Los Aseguradores** deducirán del beneficio por **Incapacidad Total Permanente** todo pago efectuado al **Asegurado** en relación con **Incapacidad Total Temporal** con respecto a una **Persona Asegurada**. La responsabilidad combinada de los **Aseguradores** no excederá el 100% del **Valor Asegurado** aplicable a la **Persona Asegurada**, según se señala en el Listado.
2. No se pagará el beneficio de **Incapacidad Total Permanente**:
 - a) Si la **Persona Asegurada** fallece antes del pago del **Valor Asegurado**; o
 - b) 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.
3. La Póliza se dará por terminada y dejará de tener efecto con respecto a una **Persona Asegurada**:
 - a) Al efectuarse el pago del beneficio por **Incapacidad Total Permanente**;
 - b) Al fallecer la **Persona Asegurada**;
 - c) Al final de la **Vigencia del Seguro** durante la cual una **Persona Asegurada** llegue a la edad de 65 años.
 - d) Al dejar la **Persona Asegurada** de tener un empleo remunerado en la función para la cual posee una **Licencia**;
 - e) 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.

4. 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 deberá 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** y/o el beneficio por **Incapacidad Total Temporal** 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.

5. Cuando la **Persona Asegurada** sufre un nuevo periodo de **Incapacidad Total Temporal** dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a un previo periodo de **Incapacidad Total Temporal** no se aplicará nuevamente el **Periodo de Espera**. 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.

6. 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 **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.

7. 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**.

8. La cobertura se limita a **Lesiones Corporales** únicamente cuando una **Persona Asegurada** tenga 61 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.

9. La presente Póliza no tiene valor de rescate.

10. 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.

11. 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**.

12. 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 65 años, lo que ocurra primero.

13. A condición de que este seguro se renueva con los **Aseguradores** y a que no hayan reclamos incurridos, se ha acordado que el **Asegurado** tiene derecho a una bonificación por continuidad equivalente al 10% de la prima. Esto se calcula un (1) mes después del vencimiento de este seguro. Esto está sujeto a lo siguiente:

a. Si hay reclamaciones que posteriormente se acuerden el bono deberá ser devuelto a los **Aseguradores** o podrá ser descontado de los pagos de las reclamaciones.

b. En caso de cancelación durante el curso de la vigencia de la póliza este seguro no otorga ninguna bonificación.

14. El **Asegurado** puede cancelar esta póliza en cualquier momento por escrito a los **Aseguradores**, dirigiendo por escrito a

GERENCIA DE LÍNEAS ESPECIALES
Compañía Mundial de Seguros
Calle 33 No. 6B-24, Piso 2
lineasespeciales@segurosmondial.com.co

El **Asegurado** debe indicar la fecha de cuando esta instrucción debe tener efecto. Las cancelaciones no pueden ser retroactivas. Los **Aseguradores** retornarán la prima sobre una base proporcional desde la fecha de cancelación. Los **Aseguradores** no devolverán la prima si el **Asegurado** ha realizado o presentado algún reclamo a la póliza. En el caso de una reclamación sea realizada con posterioridad a la cancelación, los **Aseguradores** se reservan el derecho a deducir el importe de la prima de regresar de cualquier liquidación de siniestros. Cuando el **Asegurado** cancela la póliza toda la cobertura se detendrá desde la fecha de cancelación.

La **Aseguradora** podrá cancelar esta póliza, cuando el **Asegurado** ha sido deshonesto o fraudulento con los **Aseguradores**. Los **Aseguradores** pueden cancelar la cubierta mediante el envío de un aviso por escrito al **Asegurado** a la última dirección conocida del **Asegurado** el cual se hará efectivo a la cuarta (4) semana desde la fecha de la notificación de cancelación. Los **Aseguradores** retornarán prima sobre una base proporcional desde la fecha de cancelación. Los **Aseguradores** no devolverán la prima si el **Asegurado** ha realizado o presentado algún reclamo a la póliza. En el caso de una reclamación sea realizada con posterioridad a la cancelación, los **Aseguradores** se reservan el derecho a deducir el importe de la prima de regresar de cualquier liquidación de siniestros. Cuando el **Aseguradores** cancela la póliza toda la cobertura se detendrá desde la fecha de cancelación.

Exclusiones

1. La presente Póliza no ampara **Incapacidad Total Permanente** ni **Incapacidad Total Temporal**, directa o indirectamente resultante de:

- a) El uso real o la amenaza de uso de materiales biológicos o químicos patógenos o venenosos;
- b) Reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva;

2. La presente Póliza no ampara **Incapacidad Total Permanente** ni **Incapacidad Total Temporal** directa o indirectamente resultante de:

- a) lesión 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);
- b) enfermedad venérea u otra enfermedad sexualmente transmisible;
- c) 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);
- d) todo acto delictivo o doloso de la **Persona Asegurada**;
- f) 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, salvo con respecto a **Enfermedad Clasificada**;
- g) Embarazo o parto, a menos que la suspensión o cancelación de la **Licencia** fuere consecuencia directa de complicaciones derivadas de dicho embarazo o dicho parto.
- h) El involucramiento o participación de la persona asegurada en servicios u operaciones de fuerzas armadas;

3. 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.

Condiciones de las Reclamaciones

1. 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**.

2. El **Asegurado** se compromete a dar aviso inmediato por escrito a los **Aseguradores** si, después de haberse pagado una reclamación con respecto a **Incapacidad 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 **Incapacidad Total Permanente** como arreglo de dicha reclamación.

3. El **Valor Asegurado** a pagar será el que prevalezca con respecto a:

a) **Lesiones Corporales**; a la fecha en la que la **Persona Asegurada** sufra las **Lesiones Corporales** o

b) **Enfermedad General, Enfermedad Clasificada o Enfermedad Psicológica**; a la fecha en la que se manifieste la **Enfermedad General**, la **Enfermedad Clasificada** o la **Enfermedad Psicológica**.

4. El **Asegurado** y la **Persona Asegurada** (o su(s) representante(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 **Discapacidad Total Permanente** o **Discapacidad Total Temporal**. Si no se presta tal ayuda, no se pagará el beneficio de **Discapacidad Total Permanente** y podrá suspenderse el beneficio por **Discapacidad Total Temporal**.

Quejas y Otras Consultas

Si usted desea formular una consulta o queja en relación con la presente Póliza, debe ponerse en contacto con:

GERENCIA DE LÍNEAS ESPECIALES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS SA
lineasespeciales@segurosmondial.com.co
CALLE 33 NO. 6B-24 PISO 2,
Bogotá, Colombia

En Caso de que usted(es) no quede satisfecho y desee elevar una queja, podrá hacerlo en cualquier momento remitiendo el asunto al DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO al correo electrónico defensordelconsumidorfinanciero@segurosmondial.com.co

o en la página web: <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

Presentar una queja no afecta su derecho de emprender acción legal.

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:

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

Conforme a la Ley de Protección de Datos, usted tiene derecho a recibir una copia de los datos personales suyos que poseamos. Puede formular una solicitud ante la **Compañía Mundial de Seguros SA, Calle 33 No. 6B-24 Piso 2**, Bogotá Colombia. También tiene usted derecho a corregir cualquier inexactitud en la información que poseamos de usted.

Por la presente otorgo mi autorización para que se faciliten los detalles relacionados con mi datos personales, condición e historia médicas a **Compañía Mundial de Seguros SA.**

Nombre (en letra imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE RECLAMOS POR PÉRDIDA DE LICENCIA

1 Nombre /Apellido:

Primer Nombre(s):

Ocupación:

Dirección:

Código Postal /Zip:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono de Residencia:

País:

E-mail:

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 Discapacidad:

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, discapacidad o accidente?

SÍ

NO

Si respondió SÍ, ¿está reclamando bajo a cualquier otra Póliza con respecto a la presente discapacidad?

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

Compañía Mundial de Seguros SA
Gerencia de Líneas Especiales
Calle 33 No. 6B-24 Piso 2, Bogotá Colombia