MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA

CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS OBLIGATORIAS

GRUPO ÚNICO

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES - CASA DEL ADULTO MAYOR

1	**INFORMACIÓN GENERAL**		
TOMADOR:	MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA	NIT.	899.999.342-3
ASEGURADO:	MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA	NIT.	899.999.342-3
BENEFICIARIO:	BENEFICIARIOS DE LEY Y/O LOS ASEGURADOS, SEGÚN EL AMPARO AFECTADO		
OBJETO DEL PROCESO:	ADQUISICIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA EL AMPARO Y LA PROTECCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS INSCRITOS EN LA CASA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA.		
VIGENCIA:	Desde las 00:00 HORAS DEL 01 DE NOVIEMBRE DE 2026 hasta las 23:59 HORAS DEL 31 DE OCTUBRE DE 2027.		

2	**OBJETO DEL SEGURO**

Amparar al grupo asegurado contra el riesgo de muerte accidental y las demás coberturas enunciadas en el numeral 6, como consecuencia de un accidente amparado en la póliza, siempre y cuando este ocurra en vigencia de este seguro. Se entiende por accidente la lesión orgánica o perturbación funcional, permanente o temporal, causada por un hecho exterior, imprevisto, repentino, violento e independiente de la voluntad del asegurado, que no haya sido provocado deliberadamente por este.

3	**GRUPO ASEGURADO**

El grupo asegurable bajo la presente póliza de accidentes personales lo conforman las personas mayores inscritas en la Casa del Adulto Mayor del Municipio de Mosquera (Centro de Vida - Ley 1276 de 2009), desde los sesenta (60) años de edad, o desde los cincuenta y cinco (55) años cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen, sin límite máximo de edad de ingreso ni de permanencia.
La cobertura se extiende a todas las actividades desarrolladas y programadas por la Casa del Adulto Mayor durante la vigencia de la póliza, dentro de sus instalaciones y en los escenarios donde se realicen actividades, eventos, salidas, muestras culturales y ferias a las que asistan los inscritos: actividad física adaptada y recreo-deportiva (baloncesto, fútbol sala y ciclismo recreativos, gimnasio, zumba, rumba terapia, hidronatación), talleres de hábitos saludables y autocuidado, estimulación cognitiva, promoción de la salud mental, talleres ocupacionales (danzas, teatro, yoga, TIC, manualidades, cocina) y actividades de integración y participación social (viejotecas, bingos, rifas, picnic, caminatas, conciertos y celebración de fechas especiales).

4	**SISTEMA DE COBRO DE LA PRIMA**

La prima se determina aplicando una tasa única por persona (valor unitario) al número de asegurados proyectado des personas, para la vigencia contratada. La activación del seguro opera con el previo suministro, por parte de la supervisión del contrato, de la base de datos de las personas inscritas en la Casa del Adulto Mayor; los nuevos inscritos durante la vigencia serán reportados en la misma forma y quedarán amparados desde la fecha de su reporte.
El importe total de la prima facturado por la compañía de seguros es una suma fija que representa el valor total de la vigencia pactada, la cual opera hasta agotar el número de asegurados contratados, hasta agotar el presupuesto o hasta la fecha de vencimiento del seguro, lo que primero ocurra.

5	**BASE PARA LA DETERMINACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONCEPTO SUBLÍMITE / VIGENCIA / AGREGADO ANUAL**

Para la totalidad de coberturas y/o condiciones básicas sublimitadas, queda expresamente aceptado por parte de los proponentes que, en concordancia con la vigencia de la póliza que se adjudique, cada sublímite operará así:
- Si la vigencia es inferior a doce (12) meses: (Sublímite indicado) Evento / Agregado vigencia.
- Si la vigencia es igual o mayor a doce (12) meses: Sublímite indicado Evento / Agregado Anual.
En caso de discrepancia en alguna cobertura o cláusula básica con relación al concepto de aplicación del sublímite / vigencia / agregado anual, frente a la vigencia ofertada, prevalece el establecido en este numeral con relación al plazo de la condición ofertada.

6	**COBERTURAS REQUERIDAS**	**LÍMITE ASEGURADO POR PERSONA**
MUERTE ACCIDENTAL		$ 5.000.000
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE		2 SMMLV
GASTOS DE TRANSPORTE / TRASLADO POR ACCIDENTE		$ 500.000

7	**DEFINICIONES**
ACCIDENTE	Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que se produzca durante la vigencia de la póliza en la integridad física del asegurado, ocasionando lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, lesiones internas médicamente comprobadas o ahogamiento.
MUERTE ACCIDENTAL	En caso de muerte de una persona asegurada como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta póliza, la aseguradora pagará al beneficiario o beneficiarios la suma contratada como valor asegurado para este amparo, siempre que la muerte se haya producido con ocasión del accidente y dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a su ocurrencia.
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	Si como consecuencia directa de un accidente el asegurado requiere asistencia médica, quirúrgica, odontológica, de fisioterapia, hospitalaria, ambulatoria o farmacéutica, o hacer uso de los servicios de enfermería, la aseguradora pagará o reembolsará los gastos razonables causados hasta el valor asegurado de dos (2) SMMLV por persona, incluidos primeros auxilios inmediatos y medicamentos. El valor asegurado se restablecerá automáticamente hasta el 100% del valor inicialmente contratado después de cada siniestro indemnizado, sin cobro de prima adicional. En la asistencia médica no se aplica deducible. Los gastos médicos operan por reembolso y/o por convenio o red médica, según los convenios que tenga establecidos la aseguradora, quien deberá indicar en la propuesta el procedimiento para atención de reclamos y la red de atención.
GASTOS DE TRANSPORTE / TRASLADO POR ACCIDENTE	Si como consecuencia directa de un accidente amparado el asegurado requiere ser trasladado desde el lugar del accidente hasta el centro médico, clínica u hospital más cercano, o entre instituciones de salud por remisión médica, la aseguradora pagará o reembolsará los gastos de transporte en que se incurra (ambulancia u otro medio de transporte utilizado para la atención del accidentado), hasta el valor asegurado de $500.000 por persona.
REEMBOLSO POR MEDICAMENTOS	En caso de afectación de la póliza y cuando la aseguradora no tenga convenio con la droguería o droguerías, estos aplicarán bajo la modalidad de reembolso, para lo cual se deberá adjuntar facturas originales, historia médica y formato de autorización de la Entidad.
8	**COBERTURAS BÁSICAS**
MUERTE ACCIDENTAL	La aseguradora se compromete expresamente a reconocer al beneficiario o beneficiarios la suma asegurada individual establecida en estas condiciones particulares, si como consecuencia del accidente amparado sobreviene la muerte del asegurado.
AMPARO AUTOMÁTICO PARA CUALQUIER PERSONA QUE ENTRE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO	Amparo automático para cualquier persona que entre a hacer parte del grupo asegurado, sin exigencia de requisitos de asegurabilidad adicionales y/o aplicación de límite de edad y/o de preexistencias.
NO APLICACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PREEXISTENCIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO NI PARA LOS INGRESOS DE PERSONAS	Queda entendido, convenido y aceptado que la aseguradora no aplicará la cláusula de preexistencias para la contratación del seguro ni para los ingresos de personas a la póliza.
SIN LÍMITE DE EDAD	Sin límite máximo de edad de ingreso ni de permanencia para los inscritos en la Casa del Adulto Mayor.

INDEMNIZACIÓN A BENEFICIARIOS DE LEY	En caso de muerte accidental, la indemnización será girada por la aseguradora a quien demuestre ser beneficiario de ley del fallecido.
REEMBOLSO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS	Se reembolsarán los copagos y cuotas moderadoras que la EPS cobra por la atención de un accidente amparado por la póliza cuando la atención se hace a través de la EPS. Además, cubre los medicamentos que no se encuentren cubiertos por el plan obligatorio de salud (POS).
EXTENSIONES DE COBERTURA	- Práctica de cualquier deporte o actividad física en calidad de afiliado o inscrito. - Intoxicación accidental por alimentos. - Picaduras o mordeduras de ofidios, rayas o perros. - Insolación o congelación involuntaria; electrocución involuntaria o por rayo; caída involuntaria al agua o aspiración involuntaria de agua o gases letales; asfixia por inmersión en agua o tierra. - Reposición de piezas dentales como consecuencia de accidentes amparados en la póliza.
9	**CLÁUSULAS BÁSICAS**
RED MÉDICO ASISTENCIAL	Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía aseguradora garantizará la suscripción y habilitación de convenios institucionales con distintas IPS, clínicas, hospitales y centros médicos, por lo menos en el Municipio de Mosquera, los municipios de la Sabana de Occidente y Bogotá D.C., con el fin de asegurar la prestación del servicio asistencial a los asegurados, dando a conocer a la Entidad el nombre, ubicación y horarios de atención de dicha red para que esta sea difundida entre los asegurados.
NO REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA, CLÁUSULAS O CONDICIONES	Queda convenido y acordado que, de conformidad con lo previsto en el artículo 1159 del Código de Comercio, el asegurador no podrá, en ningún caso, revocar unilateralmente el contrato de seguro, incluidos sus amparos adicionales.
AMPLIACIÓN DEL AVISO DE SINIESTRO. Término de noventa (90) días	La póliza extiende el término de aviso de la ocurrencia del siniestro, por parte del asegurado, a noventa (90) días siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.
MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO	Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos deben ser firmados, en señal de aceptación, por un representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza. No obstante, si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones en las condiciones del seguro, legalmente aprobadas, que representen un beneficio a favor del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas.
ERRORES, OMISIONES O INEXACTITUDES	El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones e inexactitudes inculpables al tomador o al asegurado, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En este caso se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
COMPROMISO PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES	Bajo esta condición la aseguradora se compromete al pago de la indemnización dentro del plazo establecido, una vez el asegurado demuestre ocurrencia y cuantía.
PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN DE LIQUIDACIÓN, ENVÍO DE LOS DOCUMENTOS PARA FIRMA POR PARTE DEL ORDENADOR DEL GASTO Y/O REPRESENTANTE LEGAL Y PAGO POR PARTE DE LA ASEGURADORA	Mediante esta condición queda expresamente acordado que la aseguradora se pronunciará sobre las cotizaciones presentadas por el asegurado, para las reposiciones y/o reparaciones y/o consignaciones a que haya lugar ante el Tesoro Nacional o Tesorería Municipal o el ente que haga sus veces (incluidos los impuestos, gravámenes u otros legalmente establecidos), a la menor brevedad posible y máximo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la documentación que acredite los mismos. En caso contrario, se entenderán como aceptadas por parte de la aseguradora la(s) cotización(es) presentada(s) por la Entidad asegurada, dando lugar a que, por parte de la Entidad, se presenten los documentos del proveedor para su respectivo pago dentro del tiempo estipulado. Este mismo periodo de tiempo aplica para la solicitud de reconsideraciones.
EXTENSIÓN DE COBERTURA POR MUERTE PRESUNTA Y/O DESAPARICIÓN	En caso de desaparecimiento de algún asegurado bajo la presente póliza, la aseguradora pagará en calidad de anticipo el cincuenta por ciento (50%) de la indemnización correspondiente, previa presentación y aceptación de la demanda de presunción de muerte por desaparecimiento ante la autoridad competente, sin que por el término establecido para presentar la misma (dos años después de la desaparición), de acuerdo con lo establecido en el artículo 97 del Código Civil, haya lugar a la aplicación de la prescripción ordinaria del artículo 1081 del Código de Comercio; previa constitución de la caución consagrada en el artículo 1145 del Código de Comercio. El saldo, es decir, el otro 50%, se pagará con la presentación del fallo ejecutoriado. Para efecto de la fecha de ocurrencia del siniestro, esta corresponderá a la fecha de desaparecimiento del asegurado de acuerdo con el aviso presentado ante la autoridad competente.
CONOCIMIENTO DEL RIESGO	La aseguradora acepta mediante la presente cláusula que la Entidad le ha brindado la oportunidad para realizar la inspección de los riesgos a que están sujetos los asegurados, razón por la cual se deja constancia del conocimiento y aceptación de los hechos, circunstancias y, en general, condiciones de los mismos. La compañía se reserva el derecho de llevar a cabo la inspección cuantas veces lo juzgue pertinente.
APLICACIÓN DE TASA ÚNICA PARA TODOS LOS EFECTOS	Queda entendido, convenido y aceptado que el cálculo de la prima se efectuará tomando una tasa única por persona para todos los asegurados, sin distinción de edad.
CLÁUSULA DE JURISDICCIÓN Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	Toda y cualquier diferencia que surja entre las partes por la interpretación del presente contrato, su ejecución, cumplimiento, terminación o las consecuencias futuras del mismo, será dirimida bajo la jurisdicción y legislación de la República de Colombia. Las diferencias y controversias que surjan se solucionarán con sujeción a las siguientes instancias, que se agotarán de forma sucesiva o a elección de las partes, así: a) Arreglo directo: las partes tratarán de resolver sus diferencias de forma directa y entre ellas mismas dentro del plazo de quince (15) días contados a partir de la notificación escrita en que cualquiera de ellas informe a la otra de un conflicto o controversia originado en el contrato. b) Conciliación: agotado el plazo anterior sin que las partes lograsen un acuerdo por sí mismas, acudirán a la asistencia de un conciliador legalmente autorizado, que se designará y actuará según los parámetros establecidos por la Ley 2220 de 2022; en caso de lograrse la conciliación, la misma producirá efectos de cosa juzgada entre las partes; en caso contrario, agotará el requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción ordinaria o arbitral según corresponda, de acuerdo con los literales c) y d) de la presente cláusula. c) Jurisdicción ordinaria: agotadas las instancias anteriores, si la cuantía de las pretensiones derivadas de la diferencia que surja entre las partes no excediere de 220 SMMLV, las partes sujetarán su controversia a la decisión del juez de instancia que corresponda según la cuantía y competencia. d) Jurisdicción arbitral: agotadas las instancias anteriores, si la cuantía excediere de 220 SMMLV, se llevará el conflicto a la decisión de un Tribunal de Arbitramento Institucional cuyo domicilio será la ciudad de Bogotá D.C., integrado por un (1) árbitro designado conjuntamente por las partes dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al envío de la comunicación por correo certificado que una de ellas le haga llegar a la otra solicitando la conformación del Tribunal; en caso de desacuerdo o falta de respuesta de la parte requerida, la otra parte podrá solicitar la designación y conformación del Tribunal al Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá D.C. El Tribunal funcionará en la ciudad de Bogotá D.C. y el laudo deberá proferirse en derecho, con sujeción a la Ley 1563 de 2012, la Ley 1437 de 2011 y demás normas que regulan la materia, y a lo dispuesto en la Directiva Presidencial 04 del 18 de mayo de 2018.

LIQUIDACIÓN A PRORRATA EN CASO DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO	Bajo esta cláusula la aseguradora debe aceptar que, en caso de cancelación de la póliza por parte del asegurado, la devolución de las primas respectivas se realizará a prorrata.
CONDICIONES DE RENOVACIÓN Y/O PRÓRROGA DE LA PÓLIZA	En caso de que el asegurado decida renovar y/o prorrogar la póliza, la aseguradora se obliga a mantener los términos contratados con las mismas tasas y condiciones de la póliza inicial, siempre y cuando la siniestralidad de la póliza no sea mayor al 50%; en el caso que la siniestralidad supere el 50%, la aseguradora acordará con el asegurado las condiciones en que se otorgará la renovación. La aseguradora se obliga a entregar, en cualquiera de las situaciones de resultado de siniestralidad, las condiciones con una antelación de noventa (90) días antes del vencimiento de la póliza.
CLÁUSULA DE NO ACEPTACIÓN DE COASEGURO	En el evento en el que el contrato de seguro sea celebrado a través de una figura asociativa, la misma se celebrará bajo alguna de las modalidades previstas en el artículo 7 del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública - EGCP (unión temporal, consorcio, entre otros). Adicionalmente, no serán aceptados los contratos de seguros estructurados por dos o más compañías de seguros en calidad de coaseguradores, y toda disposición que se realice con esta referencia (coaseguro) se entenderá por no escrita.
CLÁUSULA DE CONOCIMIENTO POR LOS MIEMBROS DE LA FIGURA ASOCIATIVA	Esta cláusula será aplicada cuando se presente la asociación de dos o más aseguradoras, sin importar la figura utilizada para tal fin. Las compañías de seguros que actúan como integrantes de cualquier figura asociativa (consorcio, unión temporal, etc.) dentro del presente contrato de seguro conocen y aceptan: i) las condiciones generales y particulares de la póliza; ii) cualquier anexo y/o certificado que sobre la póliza inicial emita la compañía líder de la figura asociativa. En igual sentido, declaran que cualquier reclamación, notificación, requerimiento o comunicación formulada por el asegurado o por un tercero a la compañía líder o a cualquiera de sus integrantes se entiende automáticamente formulada ante todos los integrantes de la figura asociativa establecida para tal fin.
CLÁUSULA DE SOLIDARIDAD ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FIGURA ASOCIATIVA	En caso de figuras asociativas se considera lo contemplado en el parágrafo 2 del artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el cual indica: "En los casos en que se conformen sociedades bajo cualquiera de las modalidades previstas en la ley con el único objeto de presentar una propuesta, celebrar y ejecutar un contrato estatal, la responsabilidad y sus efectos se regirá por las disposiciones previstas en esta ley para los consorcios". Por tanto, frente a la contratación estatal queda entendido que existirá solidaridad en el cumplimiento del contrato de seguros y las obligaciones derivadas del mismo.
CLÁUSULA IDENTIFICACIÓN DE LA FIGURA ASOCIATIVA EN LA PÓLIZA	En el evento que el contrato de seguro sea celebrado a través de alguna figura asociativa (consorcio, unión temporal, etc.) compuesta por dos o más compañías de seguros, en virtud del artículo 1047 del Código de Comercio, en la póliza deberá incorporarse: (i) el nombre del contratista (razón social de la figura asociativa establecida en su documento de conformación) y (ii) la razón social, número de identificación y porcentajes de participación de cada una de las aseguradoras integrantes de la figura asociativa.
CLÁUSULA DE CONDICIONES PARTICULARES	Queda expresamente acordado y convenido que la aseguradora acepta las condiciones obligatorias (mínimas técnicas) establecidas en este anexo, en los términos señalados en el mismo; por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento, prevalecerá la información y condiciones básicas técnicas establecidas en este anexo. De igual forma, en caso de encontrarse contradicción en alguna condición, prevalecerá la de mayor beneficio para el asegurado.
DETERMINACIÓN DE CONDICIONES Y REQUISITOS PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIONES	La aseguradora manifiesta expresamente que acepta los requisitos y documentos contenidos en el ANEXO REQUISITOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES como únicos para la atención y pago de reclamaciones por siniestros. A futuro no podrá exigir documentos o trámites adicionales.
10	**COBERTURAS Y AMPAROS SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLES EN FORMA OBLIGATORIA**
La Entidad requiere oferta de cobertura SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE para las coberturas y amparos de esta póliza y, por lo tanto, el proponente, con la firma del FORMATO CARTA DE ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS BÁSICAS OBLIGATORIAS, admite esta condición de no aplicación de deducible.	
11	**EXCLUSIONES**
El proponente deberá presentar las exclusiones y en todo caso no se admitirán exclusiones adicionales a aquellas en las que los eventos amparados ocurran como consecuencia directa de: - Enfermedad o lesión distinta a la ocasionada o proveniente del accidente. - Suicidio o lesiones personales infringidas a la persona asegurada por sí misma. - Ejercicio de actividades ilícitas o contravención de normas legales. - Adicción al alcohol y las drogas. - Enfermedades congénitas adquiridas antes del accidente. - Pandemias o epidemias.	