

**PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES****MODALIDAD INDIVIDUAL**

02/01/2023-1305-P-31- CLACHUBB20210014-DRCI  
27/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG011

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:**

**ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO).**

**CONDICIÓN PRIMERA****¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN SU AMPARO BÁSICO?**

**CHUBB ASUME EL RIESGO DE OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE QUE CAUSE LA MUERTE DEL ASEGURADO.**

**EL SEGURO TAMBIÉN PROTEGE AL ASEGURADO CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS EVENTOS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN Y DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:**

- A. DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS Y DESLIZAMIENTOS DE TIERRA.**
- B. DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR.**
- C. DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO RESPECTO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.**

**¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?**

**SOLO SE PAGARÁ EL SEGURO SI LA MUERTE ES CONSECUENCIA EXCLUSIVA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, ENTENDIDO COMO EL HECHO EXTERNO QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO, QUE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA COBERTURA Y QUE LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL ACCIDENTE.**

**TODO ACCIDENTE DEBE TENER UNA CAUSA EXTERNA AL ASEGURADO COMO UN HECHO DE LA NATURALEZA, EL HECHO DE UN TERCERO, EL**

**HECHO DE UNA MAQUINARIA O DE UN ANIMAL (EXCEPTUANDO INFECCIONES DERIVADAS DE PICADURAS).**

**¿ESTE SEGURO PUEDE TENER AMPAROS ADICIONALES?**

**SÍ, BAJO ESTA PÓLIZA SE PUEDEN TENER LOS AMPAROS ADICIONALES EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CUYA DESCRIPCIÓN, COBERTURAS Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS SON ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS. DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN ESTAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.**

**CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES**

**¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE SEGURO?**

**NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER LA SUMA ASEGURADA DEL SEGURO CUANDO SE PRESENTE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:**

- A. ACCIDENTE AÉREO EN EL QUE EL ASEGURADO ESTUVIERE EJERCIENDO COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN O EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE QUE NO PERTENEZCA A UNA LÍNEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS (VUELOS NO COMERCIALES DE PASAJEROS).**
- B. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, VOLAR EN PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- C. MUERTE O LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS (SALVO QUE SE TRATE DE UN HECHO ACCIDENTAL), TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS, GUERRA O CUALQUIER ACTO DE GUERRA, INVASIÓN, ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL, INSURRECCIÓN, PODERÍO MILITAR O USURPADO.**
- D. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLIGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.**
- E. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO MILITAR, POLICÍA, MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA O DE INTELIGENCIA, ESCOLTA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS, EMPRESA O AUTORIDAD.**
- F. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO DESPUÉS DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL ETÍLICO O LICOR.**
- G. TODA LESIÓN O ENFERMEDAD Y TODO TRATAMIENTO, INTERVENCIÓN, CLÁUSULA O SITUACIÓN MÉDICA QUE NO SEA DERIVADA DE UN ACCIDENTE.**
- H. TODO EVENTO QUE SE PRESENTE EN LA SALUD DEL ASEGURADO, AUNQUE TENGA MÉDICAMENTE LA DENOMINACIÓN DE ACCIDENTE, COMO LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES Y LOS ACCIDENTES CARDIACOS.**
- I. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES O ACTIVIDADES COMO MINERO, ELECTRICISTA, FABRICACIÓN O MANIPULACIÓN DE PÓLVORA O EXPLOSIVOS, BOMBERO, TAXISTA, CONDUCTOR DE CAMIÓN, CONSTRUCCIÓN, TRABAJO EN ALTURAS Y SIMILARES DE ALTO RIESGO.**

**PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.**

### **CLÁUSULA TERCERA – ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA ESTE SEGURO?**

Las edades de ingreso y permanencia tanto para el amparo básico como para los amparos adicionales estarán establecidas en la carátula de la póliza.

### **CLÁUSULA CUARTA - ¿CÓMO SE RECLAMA Y SE PAGA EL SEGURO?**

#### **¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente seguro, el Asegurado y/o beneficiario según corresponda, deberá dar aviso a CHUBB, en el menor tiempo posible.

#### **¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBE PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?**

El beneficiario del seguro deberá aportar copia auténtica del Registro Civil de Defunción del asegurado junto con las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro. Para el amparo básico se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación firmada por los beneficiarios.
- Copia de la cédula de ciudadanía de cada uno de los beneficiarios mayores de edad.
- Copia de los Registros Civiles de Nacimiento de los beneficiarios (independientemente de la edad para acreditar la calidad de beneficiarios)
- Informe policial de accidente de tránsito (en los casos en que aplique).
- Acta de levantamiento del cadáver.
- Declaración, certificación o constancia sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente que causó la muerte del asegurado.

Previo al pago de la suma asegurada, CHUBB podrá, en un plazo de 28 días calendario para decidir la procedencia de la reclamación, exigir al asegurado o beneficiario pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la ocurrencia del siniestro. Para el caso de los amparos adicionales los documentos sugeridos estarán expresamente en las condiciones de cada uno ellos.

#### **¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?**

CHUBB analizará la reclamación y de ser procedente pagará al asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la suma asegurada a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, en un plazo de 28 días calendario contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro, la calidad de beneficiario(s) y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

#### **¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?**

Los seguros no pueden ser fuente de enriquecimiento. La suma asegurada contratada para cada uno de los amparos será la establecida en la carátula de la póliza.

Para aquellos amparos que tienen carácter indemnizatorio, es decir que operan bajo reembolso, el monto de la indemnización no podrá superar el valor de la pérdida ni la suma asegurada contratada.

Para aquellos que no son indemnizatorios, el pago corresponderá a la suma asegurada contratada para el amparo o al valor resultante de aplicar a la suma asegurada, porcentajes, deducibles, etc., del amparo que así lo tenga definido en sus condiciones o en la carátula de la póliza.

## **CONDICIÓN QUINTA –MODALIDAD DEL SEGURO Y TOMADOR**

### **¿CUÁL ES LA MODALIDAD DE SEGURO EN ESTA PÓLIZA?**

El seguro objeto de esta póliza es individual. CHUBB para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un solo documento matriz para la entidad prestadora de la red.

### **¿QUIÉN ES EL TOMADOR DE ESTA PÓLIZA?**

Para efectos de esta póliza, el tomador será el cliente del sponsor prestador de la red que haya accedido a tomar el seguro ofrecido. El tomador a su vez es el asegurado de la póliza o el asegurado principal del colectivo asegurable cuando este último aplique.

### **¿QUÉ ES EL COLECTIVO ASEGURABLE?**

Si en la carátula de la póliza se establece la posibilidad de tener asegurados adicionales al tomador, para efectos del presente contrato se considera colectivo asegurable: el Asegurado Principal y los asegurados adicionales de su grupo familiar de acuerdo con lo establecido en la carátula de la póliza individual del seguro.

## **CONDICIÓN SEXTA - ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DE ESTE SEGURO?**

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por CHUBB, tal como se indiquen en certificado individual.

## **CONDICIÓN SÉPTIMA – VIGENCIA, SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.**

La vigencia será determinada o determinable, según se indica en la carátula de la póliza.

La suma asegurada y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, son los establecidos en la carátula de la póliza.

El Tomador es el responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la caratula de la póliza según el plazo establecido:

- i) Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, CHUBB pagará la suma asegurada correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.
- ii) Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y CHUBB quedará libre de toda responsabilidad respecto de los eventos que ocurran con posterioridad al vencimiento del plazo correspondiente.
- iii) El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes a partir del inicio de vigencia del período al que corresponde el monto de la prima a pagar, a menos que la carátula de la póliza individual de seguro disponga otro término o se pacte otra modalidad de pago.

El valor de la prima se reajustará según lo establecido en la carátula de la póliza. Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima CHUBB podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación por el canal previamente autorizado por el tomador.

## **CONDICIÓN OCTAVA - ¿QUIÉN DESIGNA A LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO?**

Corresponde al asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge, compañero o compañera permanente del respectivo Tomador en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Tomador.

## **CONDICIÓN NOVENA - ¿ESTE CONTRATO SE PUEDE REVOCAR?**

El tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, respecto de su cobertura individual, mediante aviso por escrito a CHUBB. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Tomador será el responsable en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, CHUBB reintegrará al tomador las primas recibidas no devengadas.

Por su parte CHUBB también podrá revocar las coberturas individuales de seguro para lo cual deberá notificar al tomador mediante noticia escrita enviada a la última dirección registrada de su domicilio o a su correo electrónico, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Si las primas ya se hubieren pagado, CHUBB reintegrará al tomador las primas recibidas no devengadas.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.**

El seguro terminará respecto del tomador o asegurado o de cualquiera de los integrantes del colectivo asegurable, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A.** Por muerte del Tomador.
- B.** Por mora de pago de la prima
- C.** Por vencimiento y no renovación de la póliza.
- D.** Por revocación del seguro por parte del tomador.
- E.** Por revocación del seguro por CHUBB.
- F.** Por haber cumplido el tomador la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo básico o por el cumplimiento de la edad de permanencia por parte de los asegurados adicionales para su cobertura individual.
- G.** Cuando CHUBB paga la suma asegurada por la afectación de uno o varios amparos que agoten la suma máxima del seguro.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.**

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador se obliga con CHUBB a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – PRESCRIPCIÓN.**

La prescripción de las acciones derivadas de esta póliza y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – NORMAS SUPLETORIAS.**

En todo lo no previsto en las presentes condiciones específicas, este contrato se regirá por las disposiciones legales del Código de Comercio Colombiano.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de CHUBB, la ciudad de Bogotá.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por servicio postal autorizado en Colombia dirigido a la última dirección registrada por las partes o la constancia de envío de notificación por correo electrónico.

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE SEGURO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO.**

**CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6**

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.  
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (57) 601 6108161 / (57) 601 6108164 Fax: (57) 601 6108164  
e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>  
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

**AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE  
POR ACCIDENTE****ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES****MODALIDAD INDIVIDUAL**

02/01/2023-1305-P-31-CLACHUBB20210004-DRCI  
02/01/2023-1305 A 31 ANEXCHUBB2022027-DRCI  
28/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG010

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:**

**ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO).**

**CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO****¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?**

**LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO QUE OCURRA UN ACCIDENTE QUE CAUSE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO GENERANDO SU PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), CON BASE EN EL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LOS REGIMENES ESPECIALES NO SIRVEN DE BASE PARA ESTABLECER DICHO PORCENTAJE.**

**SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, TAMBIÉN SE CONSIDERARÁ EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:**

- A. LA AMPUTACIÓN TOTAL DE DOS O MÁS MIEMBROS.  
(BRAZOS, PIERNAS, MANOS O PIES).**
- B. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISTA POR AMBOS OJOS.**
- C. LA AMPUTACIÓN TOTAL DE UN MIEMBRO Y LA PÉRDIDA IRREPARABLE DE LA VISTA POR UN OJO.**
- D. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN O DEL HABLA.**
- E. LA DEMENCIA INCURABLE, PREVIA DECLARACIÓN JUDICIAL**

**¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?****PARA QUE EL SEGURO TENGA COBERTURA:**

- EL ACCIDENTE AMPARADO Y NO EXCLUIDO POR LA PÓLIZA DEBE OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.**
- SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE, EL HECHO EXTERIOR, INDEPENDIENTE, IMPREVISTO, REPENTINO, COMPROBABLE Y FORTUITO AJENO A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y SUS**

**BENEFICIARIOS. ESTE NO PODRÁ SER GENERADO POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**

- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBE COMPROBARSE MEDIANTE CALIFICACIÓN EN FIRME DE CUALQUIERA DE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE LAS QUE TRATA LA LEY 100 DE 1993, O POR UNA EPS, UNA AFP, UNA ARL, UNA ASEGURADORA DE RIESGOS PREVISIONALES O UN MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL, ESTABLECIDOS EN EL DECRETO 1507 DE 2014 O EN LA NORMA QUE LA MODIFIQUE, NORMATIVA QUE DETERMINA EL RIESGO COMÚN PARA TODOS LOS ASEGURADOS QUE SON OBJETO DE COBERTURA.
- LA CALIFICACIÓN DEBE INDICAR EL PORCENTAJE DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ. EN CUALQUIER CASO, EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEBE REFERIRSE A LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE SU AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL CON OCASIÓN DE DICHAS LESIONES DEBE SER SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) PARA QUE CONFIGURE SINIESTRO.
- LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ DEBE ESTAR DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

**CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES**

**¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?**

1. NO SE CUBREN LAS SITUACIONES EXCLUIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE.
2. EN ADICIÓN, NO SE AMPARA LA INVALIDEZ POR AGRAVACIÓN DE LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES ANTERIORES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, LESIONES O CONDICIONES QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO DEL ASEGURADO O LESIÓN QUE APARENTE A SIMPLE VISTA, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS, SON ANTERIORES AL ACCIDENTE O AL INICIO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL.
3. NO ES OBJETO DE COBERTURA LA INVALIDEZ O LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, SUPERIOR AL 50% O NO, QUE SE CONFIGURE CON BASE EN NORMATIVIDAD DISTINTA AL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL, ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1507 DE 2014, COMO AQUELLA QUE PARA EFECTOS PENSIONALES APLICA DE MANERA EXCEPCIONAL A FAVOR DE DOCENTES AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL, TRABAJADORES DE ECOPETROL Y TODOS LOS DEMÁS REGÍMENES PENSIONALES ESPECIALES.

**PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SINIESTROS.**

**CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES**

Para efectos de interpretación de la cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

**FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral superior al 50%, en forma permanente y definitiva. Para



cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

**PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL:** Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten al asegurado desempeñarse en su trabajo habitual.

**PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Grado de pérdida de capacidad laboral.

#### **CONDICIÓN CUARTA – ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA ESTE ANEXO?**

Las edades de ingreso y permanencia para el anexo estarán establecidas en la carátula de la póliza.

#### **CONDICIÓN QUINTA – ¿CÓMO SE RECLAMA Y SE PAGA EL ANEXO?**

##### **¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Asegurado, deberá dar aviso a CHUBB, en el menor tiempo posible.

##### **¿QUÉ DOCUMENTOS SE SUGIERE PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?**

El asegurado deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, por lo que se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación.
- Historia clínica de atención al momento del accidente.
- Dictamen o calificación de pérdida de capacidad laboral, en firme, emitido por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la ley 100 de 1993, o por una EPS, una AFP, una ARL, una Aseguradora de Riesgos Previsionales o un médico especialista en Salud Ocupacional y fundamentada en los criterios establecidos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, establecidos en el Decreto 1507 de 2014, o en la norma que la reemplace, normativa que determina el riesgo común para todos los asegurados que son objeto de cobertura.

Previo al pago de la suma asegurada que corresponda, bajo el presente amparo adicional, Chubb tendrá un plazo de veintiocho (28) días calendario para definir la reclamación, y tendrá el derecho de exigir al asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

##### **¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?**

La COMPAÑÍA analizará la reclamación y, de ser procedente, pagará al asegurado la suma asegurada a que está obligada por el amparo adicional, en un plazo de veintiocho (28) días calendario contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

##### **¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?**

La suma asegurada será la establecida en la carátula de la póliza y, en caso de siniestro, se pagará al asegurado después de aplicar las deducciones relacionadas con primas devengadas y las que contractual y legalmente correspondan.

##### **¿ES LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EXCLUYENTE CON OTRA COBERTURA?**

Sí, el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales (muerte accidental) o al amparo de Desmembración Accidental, y por lo tanto una vez pagada la suma asegurada por la Incapacidad Total y Permanente por Accidente se termina el seguro para dicho asegurado. En caso de haberse pagado algún valor por al amparo de Desmembración Accidental, este valor será deducido de la suma asegurada de Incapacidad Total y Permanente por Accidente.

#### **CONDICIÓN SEXTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.**

El anexo terminará para cualquier asegurado al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A. Por mora en el pago de la prima.
- B. Por revocatoria del contrato de seguro o por no ser renovado.
- C. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.
- D. Cuando LA COMPAÑÍA paga la suma asegurada por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valormáximo del seguro.

**LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES SE REGISTRÁ POR LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ASÍ COMO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO. ASÍ MISMO SE REGISTRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS CONTENIDAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.**

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.  
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.  
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (57) 601 6108161 / (57) 601 6108164  
Fax: (57) 601 6108164e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web:  
<https://www.ustarizabogados.com>  
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

**AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE  
ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES  
MODALIDAD INDIVIDUAL**

02/01/2023-1305-P-31- CLACHUBB20210014-DRCI  
02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021017-DRCI  
27/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG009

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:**

**ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO).**

**CONDICIÓN PRIMERA**

**¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?**

**CHUBB ASUME EL RIESGO DE SUFRIR EL ASEGURADO UN ACCIDENTE QUE LE OCASIONE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL DEFINIDA, PARA ESTE AMPARO, COMO LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA, QUIRÚRGICA Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO LESIONADO POR ACCIDENTE.**

**TAMBIÉN ESTÁ ASEGURADO:**

**D. RIESGO DE INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEFINIDA, PARA ESTE AMPARO, COMO LA DEFICIENCIA IGUAL O MAYOR AL 75% DE LA ESTRUCTURA DE CUALQUIERA DE LOS ÓRGANOS DEL ASEGURADO SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:**

- **PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN: IMPOSIBILIDAD TOTAL DE PERCIBIR LA LUZ.**
- **PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN: IMPOSIBILIDAD TOTAL DE PERCIBIR SONIDOS A TRAVÉS DEL ÓRGANO DE LA AUDICIÓN.**
- **PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA: AUSENCIA DE LA FACULTAD DE HABLAR.**

**E. RIESGO PARÁLISIS CORPORAL: PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA QUE PRODUCE INCAPACIDAD PARA MOVER UNO O MÁS GRUPOS MUSCULARES (PARÁLISIS) ASÍ:**

- **HEMIPLEJIA: PARÁLISIS DE UN LADO DEL CUERPO (MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DE UN MISMO LADO DEL CUERPO HUMANO)**
- **PARAPLEJIA: PARÁLISIS DE LAS PIERNAS Y DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO; PARÁLISIS BILATERAL QUE AFECTA AMBOS LADOS DEL CUERPO HUMANO.**

**¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?**

## **SÓLO SE PAGARÁ EL SEGURO SI:**

- **LOS EVENTOS ANTERIORMENTE DESCRITOS SON CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y NO EXCLUIDO POR ELLA, Y QUE SE PRODUZCAN DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.**
- **PARA EL RIESGO DE INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA, LA CALIFICACIÓN DEBE SER REALIZADA CON BASE EN EL DECRETO NO.1507 DE 2014 O NORMA QUE LOS MODIFIQUE, SUSTITUYA O ADICIONE.**
- **EL ACCIDENTE DEBE OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. NO SE AMPARAN LAS LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES PREEXISTENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.**
- **EL ACCIDENTE DEBE SER EXTERNO, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**

## **CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES**

### **¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?**

**NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA DE ESTE AMPARO CUANDO SE PRESENTE CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES EXCLUIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE.**

### **EN ADICIÓN, NO SE AMPARA:**

- A. LA MONOPLEJÍA DEFINIDA COMO LA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO O DE UN SOLO GRUPO MUSCULAR.**
- B. LAS LESIONES FÍSICAS ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES ANTERIORES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, LESIONES O CONDICIONES QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO DEL ASEGURADO O LESIÓN QUE APARENTE A SIMPLE VISTA O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS SON ANTERIORES AL ACCIDENTE O AL INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL.**

**PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.**

## **CLÁUSULA TERCERA – ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA ESTE ANEXO?**

Las edades de ingreso y permanencia para el anexo estarán establecidas en la carátula de la póliza.

## **CLÁUSULA CUARTA - ¿CÓMO SE RECLAMA Y SE PAGA EL ANEXO?**

### **¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Asegurado, deberá dar aviso a CHUBB, en el menor tiempo posible.

### **¿QUÉ DOCUMENTOS SE SUGIEREN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?**

El asegurado deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, para el anexo se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación.
- Resumen de la historia clínica, indicando claramente el nivel de amputación del miembro afectado

Previo al pago del valor asegurado que corresponda bajo el presente amparo adicional, CHUBB podrá, en un plazo de 28 días calendario para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia de la desmembración.

### ¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

CHUBB analizará la reclamación y de ser procedente pagará al Asegurado la suma asegurada a que está obligada por el amparo adicional, en un plazo de 28 días calendario, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

### ¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

El valor a pagar al asegurado, previa comprobación del hecho será el valor resultante, acorde a la lesión sufrida, de aplicar el porcentaje correspondiente de la tabla siguiente, sobre la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza:

POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA	100%
POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (Hemiplejia, Paraplejia y tetraplejia únicamente)	100%
POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MAS MIEMBROS (POR MIEMBRO SE ENTIENDE BRAZO, PIERNA, MANO O PIE)	100%
POR AMPUTACIÓN DE UN PIE	50%
POR AMPUTACIÓN DEL DEDO GRANDE DEL PIE	6%
POR AMPUTACIÓN DE CUALQUIER OTRO DEDO DEL PIE	2%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DEL BRAZO:	DERECHO 50% IZQUIERDO 50%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DE UNA MANO O EL ANTEBRAZO	DERECHO 60% IZQUIERDO 40%
POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%.
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 10% IZQUIERDA 7%
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 8% IZQUIERDA 6%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 5% IZQUIERDA 3%

**PARÁGRAFO:** Para efectos de aplicación de la tabla anterior, se entenderá como pérdida o amputación de:

- A. La mano: amputación ocurrida por la muñeca.
- B. El antebrazo: la amputación sufrida hasta el Codo.

- C. El brazo: la amputación por arriba del codo.
- D. El pie: amputación por la articulación del cuello del pie.
- E. El dedo: amputación por las articulaciones metacarpianas por encima de ellas.
- F. Si el asegurado es zurdo, los porcentajes por pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán.

### **¿ES ESTE AMPARO EXCLUYENTE CON OTRO AMPARO DE LA PÓLIZA?**

Sí, el amparo de Desmembración Accidental no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales ni al amparo de Incapacidad Total y Permanente, y por lo tanto una vez pagada la suma asegurada de la tabla de porcentajes se deducirá dicho valor pagado del valor asegurado del amparo básico de la póliza de Accidentes Personales o del amparo de Incapacidad Total y Permanente.

En caso de que por un mismo accidente se presentasen varias pérdidas, los pagos por estas varias pérdidas, se calcularán sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin exceder el valor asegurado respectivo por desmembración.

### **CONDICIÓN QUINTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE.**

El anexo terminará para cualquier asegurado al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A.** Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.
- B.** Cuando CHUBB paga el valor asegurado por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ASÍ COMO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS CONTENIDAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.**

**CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6**

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (57) 601 6108161 / (57) 601 6108164 Fax: (57) 601 6108164

e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

**AMPARO ADICIONAL RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE****ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES****MODALIDAD INDIVIDUAL**

02/01/2023-1305-P-31- CLACHUBB20210014-DRCI  
02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021015-DRCI  
28/10/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG024

**COMPAÑÍA ASEGURADORA:**

**ESTE SEGURO ES OTORGADO POR CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO).**

**CONDICIÓN PRIMERA****¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?**

**CHUBB PAGARÁ LA SUMA DIARIA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZ, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL POR CAUSA DE UN ACCIDENTE EL ASEGURADO REQUIERE HOSPITALIZACIÓN.**

**¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?**

- A. EL PRESENTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO ESTE SE HAYA INCLUIDO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**
- B. SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE EL HECHO EXTERNO, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**
- C. PARA QUE OPERE LA COBERTURA ES NECESARIO QUE EL ACCIDENTE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA COBERTURA.**

**CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES****¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?**

**NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER LA SUMA ASEGURADA DE ESTE AMPARO CUANDO SE PRESENTEN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES EXCLUIDAS EN LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE. ADICIONALMENTE NO SE AMPARA LO SIGUIENTE:**

- A. CONDICIONES MÉDICAS ORIGINADAS EN UN ACCIDENTE EXCLUIDO.**

- B. CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES.**
- C. HOSPITALIZACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENA LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN EN COLOMBIA.**
- D. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.**
- E. LA ORIGINADA POR HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DE POSTPARTO.**
- F. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, FERTILIZACIÓN, TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.**
- G. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES MÉDICO CIENTÍFICAS A NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.**
- H. ENFERMEDADES FÍSICAS, MENTALES, O CUALQUIER DOLENCIA ORIGINADA EN ALGUNA ENFERMEDAD, ANOMALÍA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VARICES CON FINES ESTÉTICOS, TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD.**

**PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE SUMAS ASEGURADAS.**

#### **CLÁUSULA TERCERA – ¿CUALES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA EN ESTE SEGURO?**

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo adicional estarán establecidas en la carátula de la póliza.

#### **CLÁUSULA CUARTA – ¿CUALES SON LAS DEFINICIONES APLICABLES A ESTE ANEXO?**

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

**HOSPITALIZACIÓN:** El ingreso del Asegurado como paciente interno o una institución hospitalaria como mínimo por 24 horas para el tratamiento respectivo bajo el cuidado y supervisión de un médico.

**ACCIDENTE:** Es la lesión física sufrida por el Asegurado, resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado.

**DIAGNÓSTICO:** Es toda identificación de una enfermedad, fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo y confirmados por evidencias clínicas y para clínicas.

**DIA:** Es el espacio de tiempo de veinticuatro (24) horas continuas de reclusión del Asegurado en una institución hospitalaria.

**INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Es el establecimiento registrado y autorizado que reúne todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación Colombiana, para la atención de enfermos. No se considera como institución hospitalaria, para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

**LESIÓN:** Es la alteración, daño o desperfecto anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la afección patológica infecciosa o no, o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado.



**MÉDICO:** Es la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, está autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

**TRATAMIENTO:** Es el conjunto de medios por los cuales se alivia o cura una enfermedad o lesión originada en un accidente.

**PERIODO DE CARENIA:** Se entenderá como el periodo de tiempo que debe transcurrir entre el momento en que se formaliza el contrato de seguro mediante la expedición de la póliza e inicia su vigencia, y durante el cual no hay cobertura.

## **CLÁUSULA QUINTA - ¿CÓMO SE RECLAMA Y SE PAGA EL ANEXO?**

### **¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Asegurado, deberá dar aviso a CHUBB, en el menor tiempo posible.

### **¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?**

El asegurado del seguro deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, para el anexo se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación.
- Historia clínica completa que indique los días de hospitalización y sus causas.

Previo al pago de la suma asegurada que corresponda bajo el presente amparo adicional, CHUBB podrá, en un plazo de 28 días calendario, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la hospitalización.

### **¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?**

CHUBB analizará la reclamación y de ser procedente pagará al Asegurado la suma asegurada a que está obligada por el amparo, en un plazo de 28 días calendario contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro, la calidad de beneficiario(s) y se entregue la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente y la certificación bancaria).

### **¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?**

La suma asegurada se considerará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza, según corresponda.

La hospitalización del Asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se deba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado la suma asegurada diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período estipulado y el máximo beneficio pagadero por el amparo.

Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período estipulado, ni como un mismo evento o siniestro, y cada una generará a favor del asegurado el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

### **¿ESTE AMPARO TIENE DEDUCCIONES?**

Sí, para el pago del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, se descontarán los días de deducible o periodos de carencia definidos en la carátula de la póliza y se pagará la renta diaria mencionada hasta por el número de días de hospitalización sin que exceda el número de días máximo estipulado en la carátula de la póliza.

El pago para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (7) días de hospitalización, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en la carátula de la póliza del seguro.

## **CONDICIÓN SEXTA - ¿COMO TERMINA ESTE AMPARO ADICIONAL?**

El amparo adicional terminará para cualquier asegurado al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A.** Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.
- B.** Cuando CHUBB paga la suma asegurada por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo

del seguro.

Ningún pago será efectuado bajo el presente amparo por rentas ocasionadas después de la terminación de la vigencia, salvo cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado en la fecha de terminación o de final de vigencia. En tal caso podrá disfrutar de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas:

1. Fecha salida del hospital.
2. Pago de la renta máxima a que tendría derecho.

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, ASÍ COMO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ASÍ MISMO SE REGIRÁN POR LAS REGLAS, MANDATOS O NORMAS CONTENIDAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.**

**CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6**

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.

Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico. Bogotá D.C., Colombia.

Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity. PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164 Fax: (571) 6108164

e-mail: [defensoriachubb@ustarizabogados.com](mailto:defensoriachubb@ustarizabogados.com) Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

## CONDICIONES ASISTENCIAS ADICIONALES AL SEGURO

A continuación, se definen las condiciones de las asistencias que podrán ser tomadas por el asegurado como parte del Seguro. El asegurado tendrá cobertura de una o varias de ellas de acuerdo con lo que elija en el momento de adquirir el seguro y que se especifican en la carátula de la póliza:

### 1. ASISTENCIA HOGAR

#### 1.1. OBJETO:

Se garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, con el fin de limitar y controlar los daños materiales, presentados en la edificación del inmueble asegurado a consecuencia de un evento fortuito, súbito e imprevisto, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

#### 1.2. DEFINICIONES:

Para los efectos de esta asistencia se entenderá por:

1.2.1. Tomador del seguro: Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

1.2.2. Asegurado: Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato. Además del asegurado, tendrán la condición de beneficiario el arrendatario y la persona moradora del inmueble asegurado.

1.2.3. Inmueble asegurado: Será el inmueble registrado bajo una dirección y ciudad plenamente identificado en la póliza como “Dirección del Riesgo Asegurado”.

1.2.4. Edificación: Conjunto de elementos de construcción que conforman la estructura y su cerramiento, las instalaciones hidráulicas, sanitarias, eléctricas y de gas.

1.2.5. SMLD: Salario Mínimo Legal Diario, es el valor que hubiera determinado el Gobierno Colombiano como tal, y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

#### 1.3. AMBITO TERRITORIAL:

El derecho a las prestaciones se extiende a los inmuebles asegurados que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura de las ciudades de Bogotá, D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar, Cúcuta, Tunja, Ibagué, Popayán, Villavicencio, Pasto, Neiva.

#### 1.4. COBERTURAS

1.4.1. **Servicios de emergencia en el hogar:** La compañía enviara al inmueble registrado previo acuerdo con el beneficiario el servicio de un técnico especializado para la prestación de los servicios de emergencia descritos a continuación:

1.4.2. **Servicio de plomería:** Contempla la reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones hidráulicas y sanitarias internas del inmueble asegurado.

1.4.3. **Servicio de Electricidad:** Contempla reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones eléctricas del inmueble asegurado.

1.4.4. **Reposición de Vidrios:** Cuando a consecuencia de un hecho súbito e imprevisto se produzca la rotura de los vidrios de las ventanas o de cualquier otra superficie de cristal que dé al exterior del inmueble asegurado, la Compañía adelantará las labores de sustitución de los vidrios.

1.4.5. **Servicio para tuberías de gas:** Contempla la reparación de los daños súbitos e imprevistos que sufran las instalaciones de gas (natural o propano) del inmueble asegurado.

El valor de cobertura para los servicios de emergencia descritos previamente es de 20 SMDLV por evento y se encuentra limitado a cuatro (4) eventos por vigencia anual de la póliza.

**1.4.6. Reposición de Televisor y/o equipos de video:** Si a consecuencia de un robo (denuncio como soporte) o de cualquier emergencia causada por incendio, explosión, impacto, caída de rayo o daños por agua se produjera la desaparición, destrucción o inutilización del televisor y/o vídeo y estos quedaran sin posibilidad de reparación, la Compañía pondrá a su disposición, a título de comodato precario, otro u otros aparatos de similares características al averiado, cubriendo hasta un máximo de quince (15) días de alquiler.

**1.4.7. Gastos de hotel por inhabilitación del inmueble asegurado:** Cuando a consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: incendio y/o rayo, humo generado por incendio, explosión, inundación o anegación, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas e impacto de vehículos terrestres no causados por el asegurado, su grupo familiar o por el arrendatario; el inmueble asegurado no quede en condiciones de habitabilidad, la Compañía cubrirá los gastos de hotel para un máximo de 4 habitantes permanentes del inmueble asegurado, y solo por el tiempo que duren las reparaciones con un máximo de 5 días continuos.

Este servicio de emergencia cubre hasta un límite total de 200 SMLDV por vigencia anual de la póliza.

**1.4.8. Orientación jurídica telefónica:** La compañía realizará mediante una conferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial, derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

- **Derecho Civil y de Familia:** Alimentos, Restitución de bien entregados a título no traslativo de dominio, Requerimientos de pago, Divorcios, Elaboración de contratos, Responsabilidad patrimonial.
- **Derecho Administrativo:** Derechos de petición, Derecho disciplinario, Elaboración de acciones de tutela, Procedencia de acciones públicas
- **Derecho Notarial:** Sucesión de mutuo acuerdo entre causahabientes, Divorcio de mutuo acuerdo, Elaboración de minutas
- **Derecho Laboral:** Liquidaciones, Seguridad Social (Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales), Prestaciones sociales
- **Derecho Comercial:** Contratos, Títulos valores, Seguros, Transporte
- **Derecho Policivo:** Contravenciones, Tránsito, Solicitud de audiencias de conciliación
- **Derecho Penal:** Demandas, Dogmática Penal

## **1.5. EXCLUSIONES GENERALES**

No son objeto de la cobertura de esta asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Trabajos de mantenimiento.
- b) Arreglos de tubería galvanizada y trabajos sobre tubería galvanizada.
- c) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía.
- d) Los servicios adicionales que el asegurado haya contratado directamente con el especialista reparador bajo cuenta y riesgo.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente contrato las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- c) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- d) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- e) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- f) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
- g) Trabajos solicitados para efectuar mejoras en el inmueble o remodelación del mismo.
- h) Daños ocasionados por cimentación de la construcción.
- i) Daños preexistentes al inicio de cobertura de la póliza.
- j) Daños atribuidos a errores de diseño y/o de construcción.
- k) Daños originados por desgaste natural, uso normal, corrosión, por fin de la vida útil de materiales, o aquellos originados por falta de mantenimiento.
- l) Cuando el daño se presente en el mobiliario, divisiones en general, espejos, tinas, alfombras y/o tapetes.
- m) Monte y desmonte de muebles de cocina, de baños, espejos, alfombras, tapetes, pisos laminados.

## **1.6. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO**

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carné de asistencia, debiendo informar el nombre de beneficiario, el destinatario

de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

En cualquier caso, no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencia prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

### **1.7. INCUMPLIMIENTO**

Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

### **1.8. LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia, no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación. Se deja expresa constancia que LA COMPAÑÍA no será responsable por las labores de compra, instalación, resane, enchape y acabado de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido descontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo.

### **1.9. GARANTÍA DE LOS SERVICIOS**

La Compañía dará garantía de 3 meses, por todos los trabajos realizados por sus técnicos o su personal autorizado, que se deriven de esta asistencia. Esta garantía se pierde cuando el asegurado adelante trabajos con una persona diferente a las autorizadas por la Compañía, sobre los ya ejecutados; o cuando no se avise oportunamente de la existencia de una incidencia en dichos trabajos.

### **1.10. REEMBOLSOS**

La Compañía reembolsará al asegurado, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos asegurados mencionados en la presente asistencia y hasta por los límites indicados, siempre y cuando el asegurado cumpla con las siguientes obligaciones:

- El Asegurado deberá solicitar antes de contratar un servicio cubierto por la presente asistencia, una autorización de la Compañía, la cual deberá pedirse por teléfono, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia, debiendo informar el nombre del asegurado, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.
- Una vez reciba la solicitud previa, la Compañía le dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, por el medio que le sea informado en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso la Compañía realizará un reembolso sin que el asegurado haya remitido las facturas originales correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

De cualquier manera, la Compañía se reserva el derecho de prestar directamente la Asistencia en aquellas ciudades donde a su propio juicio lo estime conveniente.

## **2. ASISTENCIA VEHÍCULOS LIVIANOS**

### **2.2. OBJETO:**

La Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito, súbito e imprevisto ocurrido en el curso de un viaje fuera de su domicilio habitual, realizado con el vehículo asegurado, de acuerdo con los términos y condiciones consignados y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

### **2.3. DEFINICIONES:**

Se entenderá por:

2.3.1. Tomador de seguro: Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario

2.3.2. Asegurado: Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato. Tienen además la condición de beneficiario:

- El conductor del vehículo asegurado designado en la carátula de la póliza.
- Los demás ocupantes del vehículo asegurado y descrito en la carátula de la póliza, cuando resulten afectados por un accidente, con motivo de su circulación y que este incluido en la cobertura.

2.3.3. Vehículo Asegurado: Se entiende por tal el vehículo que se designe en la carátula de la póliza, incluyendo los vehículos de servicio público, cuyo peso máximo autorizado no sobrepase los 3.500 Kg., se excluyen los vehículos de alquiler con o sin conductor, cualquier tipo de motocicleta o vehículos destinados al transporte de materiales azarosos.

## **2.4. ÁMBITO TERRITORIAL:**

El derecho a las prestaciones comenzará a partir del kilómetro 15 para efectos de los cubrimientos a las personas, desde la dirección que figura en la póliza del asegurado y del kilómetro 0 para las concernientes al vehículo.

Las coberturas referidas al vehículo asegurado se extenderán a todo el territorio de la Comunidad Andina de Naciones, incluyendo Colombia y Venezuela, exceptuando aquellos lugares en donde no exista un acceso transitable por carretera, dado el caso que se requiera transporte de grúa para el vehículo o aquellas poblaciones donde existan problemas de seguridad u orden público (zona roja).

## **2.5. COBERTURAS A LAS PERSONAS:**

2.5.1. **Orientación jurídica telefónica:** En el evento de ocurrencia de un accidente de tránsito del vehículo asegurado, la Compañía brindará al conductor del vehículo la asesoría correspondiente, por medio de comunicación telefónica con un abogado.

2.5.2. **Servicios de emergencia:** En caso de la inmovilización del vehículo cubierto a consecuencia de falta de gasolina y olvido de llaves dentro del vehículo, la Compañía pondrá a disposición del asegurado, los recursos para solventar el inconveniente. Por lo tanto, se brinda el servicio, incluida la mano de obra, más no los costos a que haya lugar por valor de gasolina, despinche o apertura de la puerta del vehículo. Este servicio aplica dentro del perímetro urbano de las siguientes ciudades principales: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pereira, Armenia, Valledupar, Cúcuta, Montería, Cartagena, Santa Marta, Ibagué, Neiva, Villavicencio y Tunja.

2.5.3. **Carro taller:** En caso de descarga de batería y pinchazo se prestará servicio de carro taller para auxiliar al asegurado en el sitio. Para casos de pinchazo se asumirá la mano de obra y no los costos a los que haya lugar con ocasión del pinchazo, el asegurado deberá proporcionar en los casos que sea necesario la llave de seguridad con la que cuente el vehículo. Este servicio será prestado en las siguientes ciudades principales: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pereira, Armenia, Valledupar, Montería, Cartagena, Santa Marta, Ibagué, Neiva, Villavicencio y Tunja.

2.5.4. **Desplazamiento o estancia de los asegurados por inmovilización del vehículo:** En caso de avería o accidente del vehículo asegurado, la Compañía sufragará uno de los siguientes gastos:

- Cuando la reparación del vehículo no pueda ser efectuada en el mismo día de su inmovilización y precise un tiempo superior a 4 horas, según el criterio del responsable del taller elegido, se pagará la estancia en un hotel con un máximo de 40 SMLD, por cada persona cubierta.
- El desplazamiento de los asegurados hasta su domicilio habitual, cuando la reparación del vehículo no pueda ser efectuada en las 48 horas siguientes a la inmovilización y precise un tiempo superior a 6 horas, según el criterio del responsable del taller elegido. Si los asegurados optan por la continuación del viaje, la Compañía sufragará los gastos de desplazamiento hasta el lugar de destino previsto, siempre que el costo no supere la prestación a que se refiere el literal anterior.
- En el caso del numeral 2.4.2., si el número de personas aseguradas fuera de dos o más, siempre que exista una Compañía dedicada al alquiler de automóviles en la zona de inmovilización del vehículo, aquellas podrán optar por el alquiler de otro de características similares al asegurado, del que podrán disponer por un período máximo de 48 horas y con un costo máximo de 60 SMLD, de facturación total.

La presente cobertura se encuentra limitada a 3 eventos por vigencia anual de la póliza.

2.5.5. **Referencia y coordinación de transporte de lujo:** A solicitud del Asegurado, la Compañía le brindará información de empresas dedicadas al alquiler de vehículos de lujo y le apoyará con el proceso de ubicación y coordinación del recurso requerido. La COMPAÑÍA no se hará responsable de las decisiones o arreglos que se realicen entre las partes, dado que este servicio es solo de referencia.

## **2.6. EXCLUSIONES**

No son objeto de la cobertura, las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.
- b) La asistencia y gastos a los ocupantes del vehículo asegurado transportados gratuitamente mediante "autostop" o "dedo" (transporte gratuito ocasional).
- c) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- d) Afecciones, enfermedades, accidentes o lesiones derivadas y asociadas con la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo, sustancias enervantes, estimulantes o depresoras del sistema nervioso bebidas energizantes o energéticas, esteroides y la mezcla de estos.

Quedan excluidas de la cobertura, las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del asegurado o conductor.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- c) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

- d) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- e) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- f) Los producidos cuando el conductor del vehículo se encuentre en cualquiera de las situaciones que se señalan a continuación:
  - Bajo influencia de drogas, tóxicos o estupefacientes.
  - Carencia de permiso o licencia correspondiente a la categoría del vehículo asegurado.
- g) Los que se produzcan cuando por el asegurado o por el conductor se hubiesen infringido las disposiciones reglamentarias en cuanto a requisitos y número de personas transportadas o forma de acondicionarlos, siempre que la infracción haya sido causa determinante del accidente o evento causante del siniestro.
- h) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas o desafíos.
- i) Los causados por carburantes, esencias minerales y otras materias, inflamables, explosivos o tóxicos transportadas en el vehículo asegurado.
- j) Los que se produzcan con ocasión de la participación del vehículo asegurado en carreras, prácticas deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.

## **2.7. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO**

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carné de asistencia, debiendo informar el nombre de beneficiario, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencia prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

## **2.8. INCUMPLIMIENTO**

Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

## **2.9. LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación. Para el efecto, proveedores significara: técnicos, cerrajeros, electricistas, plomeros, vidrieros, hoteles, vigilantes, ambulancias y cualquier otra entidad que suministra la asistencia autorizada.

## **2.10. REEMBOLSOS**

Si la Compañía no puede prestar el servicio a través de su red de proveedores, le reembolsará al beneficiario, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos cubiertos, hasta los límites indicados en cada uno de ellos, siempre y cuando cumpla con las siguientes obligaciones:

- El beneficiario deberá solicitar la autorización a través de la línea de asistencia, informando el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.
- Una vez reciba la solicitud previa, la Compañía dará al beneficiario un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, por el medio que le sea informado en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso, la Compañía realizará un reembolso sin que el beneficiario haya remitido las facturas que cumplan los requisitos de ley en original correspondientes al servicio autorizado.

## **3. ASISTENCIA ADULTO MAYOR**

### **3.2. OBJETO:**

En virtud de la presente asistencia, la Compañía garantiza la puesta a disposición del Asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrida en su lugar de domicilio, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en la presente asistencia y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

### **3.3. DEFINICIONES:**

Para los efectos de esta asistencia se entenderá por:

3.3.1. Tomador de seguro: Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al Asegurado.

3.3.2. Asegurado: Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

3.3.3. Urgencia: Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.” (Decreto 1761 de 1990)

3.3.4. Emergencia: Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

3.3.5. Traslado médico: Es el traslado del paciente desde su domicilio como lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (Traslado Primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

### **3.4. ÁMBITO TERRITORIAL:**

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades de Bogotá D.C. y su área metropolitana (Soacha, Mosquera, Madrid, Facatativá, Zipaquirá, Chía, Funza, Cajicá, Sibate, Tocancipá, La calera, Sopo y Cota), Medellín y su área metropolitana (Bello, Envigado, Itagüí, La estrella y Sabaneta), Cali y su área metropolitana (Jamundí, Palmira y Yumbo), Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

### **3.5. COBERTURAS:**

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son las relacionadas en este artículo, y se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación y serán coordinadas acorde a la pertinencia médica según el caso:

3.5.1. **Orientación médica telefónica:** La Compañía pone a disposición del Asegurado el servicio de orientación médica general telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que recepcionan la llamada, según la sintomatología dada por el afiliado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica.

- **Clave Roja:** Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.
- **Clave Amarilla:** Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.
- **Clave Verde:** El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el Asegurado recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al Asegurado o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente de ser necesario.

El servicio tendrá una cobertura ilimitada de consultas.

3.5.2. **Médico general a domicilio:** Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio del Asegurado, este requiera de una consulta médica de urgencia, la Compañía pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención, serán cubiertos por la Compañía. La Compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico - paciente.

Este servicio se encuentra limitado a tres (3) eventos por vigencia anual de la póliza.

3.5.3. **Traslado médico por emergencia:** En caso de que el Asegurado presente una emergencia por enfermedad o accidente, que requiera manejo en un centro hospitalario; la Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

- **Traslado básico:** Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la Compañía pondrá a disposición del Asegurado un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano.
- **Traslado médico en ambulancia:** Una vez clasificada la situación médica del paciente, la Compañía coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

Este servicio se encuentra limitado a seis (6) eventos por vigencia anual de la póliza.



**3.5.4. Servicio de enfermería por enfermedad:** Cuando el Asegurado presente una indicación médica que requiera administración de medicamentos parenterales y/o clínica de heridas, la Compañía pondrá a su disposición el servicio de un profesional en enfermería para que le brinde dicha atención en su domicilio.

Este servicio se encuentra limitado a dos (2) eventos por vigencia anual de la póliza.

**3.5.5. Acompañamiento a citas médicas:** El Asegurado tendrá a su disposición el servicio de una persona que le acompañará a sus citas médicas en caso de requerirlo. Este servicio se prestará dentro del perímetro urbano de la ciudad de residencia del asegurado y contempla solo el acompañamiento, lo correspondiente a gastos de transporte o adicionales correrá por cuenta del Asegurado. El acompañante llegará a la hora indicada al domicilio del Asegurado, le acompañará a su cita y de igual manera de regreso a su domicilio.

Este servicio se encuentra limitado a tres (3) eventos por vigencia anual de la póliza y se prestará hasta por 4 horas máximo por evento.

### **3.6. EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO:**

No son objeto de la cobertura de asistencia, las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.
- b) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- c) No se prestarán traslados médicos de emergencia, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o correspondientes a enfermedades crónicas. (NOTA: se deben prestar los traslados de emergencia para los pacientes con enfermedades crónicas, cuando está comprometida la vida del paciente).
- d) No se prestará asistencia médica domiciliaria, por complicaciones de tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
- e) Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

Quedan excluidos de la cobertura objeto de la presente asistencia las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del Asegurado.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
- c) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- d) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- e) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- f) Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

### **3.7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

En caso de evento cubierto por la presente asistencia, el Asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono a la compañía de asistencia, debiendo indicar el nombre del Asegurado, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar dónde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

### **3.8. INCUMPLIMIENTO**

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en esta asistencia.

Si el Asegurado solicitara los servicios de asistencia y la Compañía no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa autorización de la compañía y presentación de los correspondientes recibos, siempre que tales gastos se hallen cubiertos.

### **3.9. LÍMITE RESPONSABILIDAD**

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en la presente asistencia, no implica responsabilidad en virtud del mismo, respecto de los amparos básicos y demás anexos de la póliza de seguros, a la que accede la presente Asistencia.

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia, no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación. Para el efecto, proveedores significara: médicos, enfermeros, técnicos, ambulancias y cualquier otra entidad que suministra la asistencia autorizada.

## **4. ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL**

### **4.2. OBJETO:**

La Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando estos se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el curso de un viaje fuera de su país de residencia habitual, realizado en cualquier medio de locomoción, para efectos de las prestaciones a las personas, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en la presente asistencia y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

#### **4.3. DEFINICIONES:**

Para los efectos de esta asistencia se entenderá por:

- 4.3.1. **Tomador de seguro:** Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.
- 4.3.2. **Asegurado:** Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.
- 4.3.3. **SMLD:** Salario Mínimo Legal Diario, es el valor que hubiera determinado el Gobierno Colombiano como tal, y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

#### **4.4. ÁMBITO TERRITORIAL:**

Las prestaciones referidas en la presente asistencia se extenderán a todos los países del mundo, exceptuando el territorio de la República de Colombia, siempre y cuando la permanencia del Asegurado fuera de su domicilio habitual no sea superior a 90 días.

#### **4.5. COBERTURAS:**

4.5.1. **Gastos médicos, odontológicos y farmacéuticos por accidente o enfermedad:** Si durante el viaje el asegurado sufre un accidente o enfermedad general no crónica ni preexistente, la compañía se encargará de coordinar y asumir los gastos de asistencia médica de urgencia que se generen por:

- Hospitalización.
- Intervención quirúrgica.
- Honorarios médicos.
- Productos farmacéuticos hospitalarios prescritos por el médico tratante.

El límite para este servicio opera por evento y será de USD 30.000 y/o EUR 35.000.

4.5.2. **Adelanto de fondos por extravío del equipaje:** En caso de que el equipaje del asegurado se extraviara durante un viaje en aerolínea comercial de transporte internacional y no fuese recuperado dentro de las 24 horas siguientes a la llegada a su destino, la Compañía abonará al asegurado la cantidad de 40 SMLVD, sin perjuicio de los valores que le reconozca la aerolínea por tal concepto.

4.5.3. **Adelanto de fondos por pérdida definitiva del equipaje:** En caso de viaje al exterior, si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje aforado en la aerolínea comercial de transporte internacional, la Compañía le reconocerá la suma de 6 USD por kilogramo máximo 20 kilogramos por viaje, descontando lo abonado por la aerolínea, para ello el asegurado deberá presentar copia de la denuncia de la pérdida ante la aerolínea y la respuesta formal de la aerolínea de la pérdida definitiva del equipaje.

4.5.4. **Traslado de menores:** Si el Asegurado viajara con menores de quince (15) años y por causa de un accidente o enfermedad éstos quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, La Compañía, organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica en vuelo regular de aerolínea comercial para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje, La Compañía pagará un pasaje en clase económica en vuelo regular de aerolínea comercial, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia. En todo caso la compañía se reserva el derecho de exigir la utilización de uno o los tiquetes adquiridos para trayectos previa a su salida del lugar de residencia habitual.

**IMPORTANTE:** La Compañía se reserva el derecho de exigir los tiquetes, de ida o de regreso, adquiridos por el menor para el viaje, previa a su salida del lugar de residencia habitual.

#### **4.6. EXCLUSIONES ASISTENCIA INTERNACIONAL**

No son objeto de la cobertura, las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.
- b) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.
- c) Las enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos enfermedades preexistentes conocidas o no por el asegurado y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.
- d) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- e) La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.

- f) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales.
- g) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- h) Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competición profesional o amateur.
- i) Los gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
- j) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- k) Afecciones, enfermedades, accidentes o lesiones derivadas y asociadas con la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo, sustancias enervantes, estimulantes o depresoras del sistema nervioso bebidas energizantes o energéticas, esteroides y la mezcla de estos.
- l) Todo tipo de tratamientos y procedimientos médicos de carácter electivo que el asegurado haya programado antes o durante el viaje.
- m) Todo tipo de lesiones o enfermedades y asistencias derivadas de tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

Quedan excluidos de la cobertura, las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados por mala fe del asegurado.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- c) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- d) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- e) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- f) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

#### **4.7. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en la póliza, debiendo informar el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

Las llamadas telefónicas serán de cobro revertido, y en los lugares que no fuera posible hacerlo así, el asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas, contra presentación de los recibos.

En cualquier caso, no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencia prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

#### **4.8. INCUMPLIMIENTO**

Ninguna de las partes será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento. Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

#### **4.9. LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia, no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación. Para el efecto, proveedores significara: técnicos, cerrajeros, electricistas, plomeros, vidrieros, hoteles, vigilantes, ambulancias y cualquier otra entidad que suministra la asistencia autorizada.

#### **4.10. REEMBOLSO**

Si la Compañía no puede prestar el servicio a través de su red de proveedores, le reembolsará al asegurado, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos cubiertos, hasta los límites indicados en cada uno de ellos, siempre y cuando cumpla con las siguientes obligaciones:

- El Asegurado deberá solicitar la autorización a través de la línea de asistencia, informando el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.
- Una vez reciba la solicitud previa, la Compañía dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso, la Compañía realizará un reembolso sin que el tarjetahabiente haya remitido las facturas originales correspondientes al servicio autorizado.

### **5. ASISTENCIA TELESALUD**

#### **5.1. DEFINICIONES:**

Para los efectos del presente documento las palabras tendrán el significado aquí señalado. Dichos significados se aplican tanto al plural como al singular de los términos definidos y a las mayúsculas y minúsculas. Los términos técnicos o científicos que no estén expresamente definidos en el presente documento tendrán el significado que se les asigna según la técnica o ciencia correspondiente. Las demás palabras se entenderán según el sentido de uso general de las mismas.

5.1.1. Teleconsultas: Servicios prestados a los Usuarios de que trata esta asistencia.

5.1.2. Usuarios: ASEGURADO TITULAR Personas que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en esta asistencia.

5.1.3. Los servicios: Son los servicios de Teleconsulta que se encuentran descritos en esta asistencia.

5.1.4. Tutores: Profesionales que por su especial conocimiento de la materia prestarán los servicios de tutorías descritos en este documento.

5.1.5. Servicios de tutorías/tutorías: servicios de formación, educación o esparcimiento que prestarán los tutores a los asegurados

5.1.6. Prestador(es) de servicios de salud: Profesional(es) debidamente habilitado(s) por las autoridades competentes para prestar servicios de salud con el(los) que SIGMA tiene un convenio de colaboración y que es(son) quien(es), prestan los servicios de telemedicina telefónica/virtual descritos en este documento.

5.1.7. Ejecutivo o asesor de servicio al cliente: Es el encargado de iniciar el proceso con el usuario e ingresan la información del usuario que soliciten la atención al sistema de SIGMA.

## **5.2. ACCESO AL SERVICIO:**

Cuando EL USUARIO requiera alguno de LOS SERVICIOS, deberá ponerse en contacto con SIGMA vía telefónica a través de las líneas: 601 3798193 o 018000413720, o por medio del canal definido con LA COMPAÑÍA, donde será informado sobre LAS TELECONSULTAS y los términos y condiciones aplicables, así como la forma de acceder las mismas. El servicio se prestará de lunes a viernes de 8 am a 6 pm y los sábados de 8 am a 12 pm. La teleconsulta será programada por el Call Center de Sigma en una oportunidad mínima de 1 hora, después de haber sido solicitada por el Usuario.

## **5.3. COBERTURAS:**

5.3.1. **Teleconsulta médica virtual/telefónica:** Servicio de Teleconsulta virtual creado y fundamentado en el concepto de Telesalud bajo la modalidad de Telemedicina interactiva encaminado a proporcionar al Usuario servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios. Bajo este servicio cada profesional es responsable del diagnóstico realizado y tratamiento ordenado, de igual modo la prescripción que realice y puede abstenerse de realizarla en el marco de la autonomía.

En caso de atención telefónica, el servicio corresponderá a una teleorientación, bajo la cual, se proporcionará al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Bajo esta modalidad no será posible la generación de prescripciones y/o incapacidades.

El servicio no reemplazará al médico tratante, ni al servicio de salud que el usuario posea.

El servicio tiene la finalidad de:

- Brindar información en caso de urgencias no vitales, como signos de alarma y recomendaciones a seguir, entre las que se encuentran la asistencia a un servicio de urgencia de manera inmediata o la necesidad de agendar una cita con un médico especialista.
- Resolver inquietudes y/o preguntas de una manera oportuna en temas de prevención de la enfermedad, posología de medicamentos e indicaciones para su administración.
- Información sobre tips de salud, Brindar información de manejo en casa de sintomatología asociada a dolores musculares, problemas digestivos, dolores de cabeza, entre otros.
- Brindar información para reconocer y diferenciar los síntomas de Covid 19 y los de un resfriado común.

Parágrafo: Se aclara que dado el caso que durante la prestación del servicio el Prestador identifique que se está en presencia de una urgencia vital, lo informará al usuario aclarando que la atención de su caso excede el servicio ofertado y por lo tanto debe contactar a la línea de atención de urgencias 123 o su servicio de salud directamente.

Las teleconsultas se prestarán dentro de todo el territorio nacional, para el Asegurado titular de la póliza de manera ilimitada durante la vigencia del servicio.

Cada evento tendrá una duración máxima de 40 minutos. El horario de atención será de lunes a viernes de 8am a 6pm y los sábados de 8am a 12 pm.

Bajo este servicio se realizarán evaluaciones o valoraciones médicas telefónicas/virtuales basadas en la información aportada por el usuario, el servicio está encaminado a brindar recomendaciones y buenas prácticas a seguir por el usuario en relación a su caso. Si el profesional lo determina pertinente se podrán expedir incapacidades, sin embargo, no se realizarán transcripciones de las mismas y la prescripción de medicamentos será autonomía del Profesional. (lo último solo en caso de Teleconsulta virtual).

Por cuanto los servicios de telemedicina telefónica/virtual están a cargo de PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la

responsabilidad contractual asumida por SIGMA 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 dichos profesionales en razón y con fundamento en la asesoría y/o orientación que brinden a los Usuarios.

La calidad de las respuestas a las consultas de LOS USUARIOS depende de la calidad de la información que suministren a las personas que los atienden, con lo que el hecho de suministrar información incorrecta o incompleta exime de cualquier responsabilidad a los PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, frente a los conceptos y respuestas emitidas.

#### **Exclusiones generales:**

Quedan excluidos de LOS SERVICIOS establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- El servicio no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una teleconsulta médica telefónica/virtual, según la definición de que trata esta cobertura, entre los cuales a título enunciativo se encuentran los siguientes:
  - Citas médicas presenciales con médico general o especialista
  - Médico a domicilio
  - Orden de tratamientos o intervenciones
  - Ambulancia
  - Exámenes clínicos o complementarios
  - Medicamentos
  - Hospitalización: Cirugía, Quirófano, Honorarios médicos, Habitación.
- Los servicios que el Usuario haya contratado directamente con el prestador de la asistencia por su propia cuenta y riesgo sin previo consentimiento de SIGMA.
- Cuando el Usuario se niegue a colaborar con el personal designado por SIGMA para la prestación de los servicios.
- Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando el Usuario incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- Se excluye la transcripción de incapacidades, así como los medicamentos y exámenes o ayudas diagnósticas que se hayan podido formular.
- Se excluye todo tipo de cobertura que no esté detallada en la teleconsulta de que trata en esta asistencia.

**5.3.2. Servicio de teleconsulta pediátrica telefónica/virtual:** Servicio de Teleconsulta virtual creado y fundamentado en el concepto de Telesalud bajo la modalidad de Telemedicina interactiva encaminado a proporcionar al Usuario servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios. Bajo este servicio cada profesional es responsable del diagnóstico realizado y tratamiento ordenado, de igual modo la prescripción que realice y puede abstenerse de realizarla en el marco de la autonomía.

En caso de atención telefónica, el servicio corresponderá a una Teleorientación, bajo la cual, se proporcionará al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Bajo esta modalidad no será posible la generación de prescripciones y/o incapacidades.

El servicio no reemplazará al médico tratante, ni al servicio de salud que el usuario posea

El servicio tiene la finalidad de:

- Brindar información en caso de urgencias no vitales, como signos de alarma y recomendaciones a seguir, entre las que se encuentran la asistencia a un servicio de urgencia de manera inmediata o la necesidad de agendar una cita con un médico especialista.
- Resolver inquietudes y/o preguntas de una manera oportuna en temas de prevención de la enfermedad, posología de medicamentos e indicaciones para su administración.
- Información sobre tips de salud, Brindar información de manejo en casa de sintomatología asociada a dolores musculares, problemas digestivos, dolores de cabeza, entre otros.
- Brindar información para reconocer y diferenciar los síntomas de Covid 19 y los de un resfriado común.

Parágrafo: Se aclara que en caso de que el prestador de servicios de salud que atiende el servicio identifique que se está en presencia de una urgencia vital, brindará indicaciones al usuario para contactar el servicio de urgencias.

Las Teleconsultas se prestarán dentro de todo el territorio nacional, para un (1) usuario pediátrico por cada titular de la póliza, el cual será designado por dicho titular en el momento de la solicitud del servicio. Una vez solicitado el primer servicio, se entiende que el menor incluido será el único beneficiario del mismo y por lo tanto no podrá ser cambiado. El servicio se prestará de manera ilimitada durante la vigencia de la cobertura. Cada evento tendrá una duración máxima de 40 minutos. El horario de atención será de lunes a viernes de 8am a 6pm y los sábados de 8am a 12 pm. Es requerido que, durante la consulta, el menor siempre esté acompañado de un mayor de edad. De otro modo no se podrá prestar el servicio. Bajo este servicio se realizarán evaluaciones o valoraciones médicas pediátricas telefónicas/virtuales basadas en la información aportada por el usuario, el servicio está encaminado a brindar recomendaciones y buenas prácticas a seguir

por el usuario en relación a su caso. Si el profesional lo determina pertinente se podrán expedir incapacidades, sin embargo, no se realizarán transcripciones de las mismas y la prescripción de medicamentos será autonomía del Profesional. (lo último solo en caso de Teleconsulta virtual).

Por cuanto los servicios de Teleconsulta pediátrica están a cargo de PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual asumida por SIGMA 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 dichos profesionales en razón y con fundamento en la asesoría y/o orientación que brinden a los Usuarios.

La calidad de las respuestas a las consultas de LOS USUARIOS depende de la calidad de la información que suministren a las personas que los atienden, con lo que el hecho de suministrar información incorrecta o incompleta exime de cualquier responsabilidad a los PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, frente a los conceptos y respuestas emitidas.

#### **Exclusiones generales:**

Quedan excluidos de LOS SERVICIOS establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- El servicio no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una Telepediatría telefónica/virtual, según la definición de que trata esta cobertura, entre los cuales a título enunciativo se encuentran los siguientes:
  - Citas médicas presenciales con médico general o especialista
  - Médico a domicilio
  - Orden de tratamientos o intervenciones
  - Ambulancia
  - Exámenes clínicos o complementarios
  - Medicamentos
  - Hospitalización: Cirugía, Quirófano, Honorarios médicos, Habitación
- Los servicios que el Usuario haya contratado directamente con el prestador de la asistencia por su propia cuenta y riesgo sin previo consentimiento de SIGMA.
- Cuando el Usuario se niegue a colaborar con el personal designado por SIGMA para la prestación de los servicios.
- Cuando el Usuario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando el Usuario incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- Se excluye la transcripción de incapacidades, así como los medicamentos y exámenes o ayudas diagnósticas que se hayan podido formular.
- Se excluye todo tipo de cobertura que no esté detallada en la teleconsulta de que trata en esta asistencia.

5.3.3. **Servicio tutoría académica virtual (profe en casa).** El servicio de tutoría académica virtual está encaminado a proporcionar al asegurado, de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm y los domingos de 8:00 am a 5:00 pm, tutorías por parte de un tutor que cuenta con los conocimientos requeridos para dirigir, asesorar y enseñar un conocimiento específico que se encuentre dentro de alguna de estas categorías:

- 1) refuerzos escolares
- 2) refuerzos universitarios
- 3) ciencias,

El servicio de tutorías virtuales se prestará dentro de todo el territorio nacional, con un máximo de 3 eventos al año por asegurado titular de la póliza.

La prestación de los servicios de tutorías tendrá las siguientes especificaciones:

- a) Las tutorías serán dictadas exclusivamente por los TUTORES
- b) Las tutorías serán personalizadas por cada servicio. (No aplican clases grupales)
- c) Las tutorías serán únicamente virtuales.
- d) Las tutorías tendrán una duración de una (1) hora.
- e) Las tutorías se deberán programar con un tiempo mínimo de 24 horas de anticipación a la fecha y hora en que se requiere el servicio.
- f) El área de la tutoría es a libre elección del asegurado y se debe especificar el tema con la mayor profundidad posible para garantizar que en el espacio agendado se dé respuesta al mismo.
- g) Las áreas de cada categoría son las siguientes:

#### **REFUERZOS ESCOLARES**

Biología	Ciencias sociales	Contabilidad	Dibujo Técnico	Economía
Español	Ética	Filosofía	Física	Geometría
Humanidades	Informática	Matemáticas	Química	

#### **REFUERZOS UNIVERSITARIOS**

Álgebra lineal	Análisis matemático	Cálculo diferencial	Cálculo integral
Cálculo multivariado	Cálculo vectorial	Ecuaciones diferenciales	Estadística aplicada

Estadística descriptiva	Estadística inferencial	Geometría	Matemática estructural
Modelos probabilísticos	Pre calculo	Probabilidad 1 y 2	
Probabilidad y estadística 1 y 2	Trigonometría	Variable compleja	Contabilidad
Econometría	Economía	Finanzas	
Fundamentos macroeconómicos		Fundamentos microeconómicos	
Macroeconomía	Microeconomía	Matemática financiera	Biología
Bioquímica	Ecología	Física	Química

- **CIENCIAS**

Balance de materia y energía	Biofísica	Catálisis	Ecología	Estática
Mecánica de fluidos y sólidos	Microbiología	Química	Resistencia de Materiales	Termodinámica

- h) Sigma le enviará al asegurado por medio de correo electrónico la confirmación de la tutoría agendada exitosamente con la siguiente información:
- Fecha y hora de la clase
  - Nombre del tutor que dará la clase
  - Link para acceder a la clase
  - Tema específico
  - Términos y condiciones
- i) Las tutorías se realizarán por medio de la plataforma indicada por SIGMA en la confirmación de la clase agendada junto con el link de conexión. El asegurado debe contar con adecuada conexión de internet para garantizar la adecuada prestación del servicio.
- j) Al aceptar el servicio El Usuario declara que entrega de forma libre y voluntaria a SIGMA DENTAL DE COLOMBIA S.A.S toda la información necesaria para el cumplimiento del servicio:1) envío de correo con información del servicio solicitado 2) Posible grabación de las clases con el fin de conocer la calidad del servicio.
- k) Todas las dudas inquietudes y/o preguntas sobre la clase o el tema deberán ser abordadas durante la hora establecida de la tutoría, después de esta no habrá espacio para inquietudes.
- l) Si el usuario no se conecta a la hora pactada, el tutor esperará hasta 20 minutos al asegurado para poder dar la tutoría, después de transcurrido este tiempo se dará por tomada la clase, por lo tanto, el beneficio se tomará como entregado.
- m) Si el usuario se conecta minutos después de la hora pactada (hasta antes de 20 minutos desde el inicio) solo recibirá el tiempo restante correspondiente a la hora de finalización pactada inicialmente.
- n) Si se presentan inconvenientes de parte del Tutor o la plataforma para la prestación del servicio, el servicio podrá ser re-agendado, previa aprobación de SIGMA DENTAL DE COLOMBIA y se coordinará en una nueva fecha y hora favorable para el asegurado.
- o) Si no puede asistir, podrá cancelar su clase hasta con 15 horas de anticipación, de esta manera podrá ser re-agendada por uno de nuestros asesores, si es cancelada posteriormente copará su cupo del beneficio de la clase gratis.
- p) Por cuanto los servicios de tutoría académica virtual están a cargo de un tercero, bajo sus términos y condiciones, son responsables de la garantía de los mismos.

SIGMA DENTAL DE COLOMBIA no se hace responsable de:

1. El funcionamiento de la aplicación o plataforma
2. El servicio que prestan los tutores.
3. La idoneidad de los tutores ni de los daños o perjuicios que se puedan generar a los asegurados durante las clases.

**Exclusiones generales:**

Quedan excluidos de LOS SERVICIOS establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- La reprogramación de tutoría si el asegurado no se presenta a la tutoría a la hora establecida de acuerdo a lo indicado en los numerales i) – m).
- Las tutorías que el asegurado haya contratado directamente con el prestador del servicio por su propia cuenta y riesgo.
- Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por SIGMA para la prestación del servicio
- Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

**6. ASISTENCIA EXPERIENCIAS**

**6.1. DEFINICIONES:**

Para los efectos del presente documento las palabras tendrán el significado aquí señalado. Dichos significados se aplican tanto al plural como al singular de los términos definidos y a las mayúsculas y minúsculas. Los términos técnicos o científicos que no estén expresamente definidos en el presente documento, tendrán el significado que se les asigna según la técnica o ciencia correspondiente. Las demás palabras se entenderán según el sentido de uso general de las mismas.

- 6.1.1. Tutores: Profesionales que por su especial conocimiento de la materia prestarán los servicios de tutorías descritos en este documento.

- 6.1.2. Servicios de tutorías/tutorías: servicios de formación, educación o esparcimiento que prestarán los tutores a los asegurados
- 6.1.3. Asegurados y/o usuarios: Persona titular y/o beneficiario de la prestación de los servicios.
- 6.1.4. Ejecutivo o asesor de servicio al cliente: Es el encargado de iniciar el proceso con el usuario e ingresan la información del usuario que soliciten la atención al sistema de EL CONTRATISTA.

## 6.2. CANAL DE CONTACTO

Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de LOS SERVICIOS, deberá ponerse en contacto con SIGMA vía telefónica a través de las líneas: 601 3798193 o 018000413720, donde será informado sobre la tutoría académica virtual y los términos y condiciones aplicables, así como la forma de acceder las mismas. El servicio se prestará de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm y los domingos de 8:00 am a 5:00 pm. La tutoría será programada por el Call Center de Sigma con un mínimo de anticipación de 24 horas a la fecha y hora en que se requiere el servicio; El call center confirmará la programación de la tutoría en un máximo de seis (6) horas después de haber sido solicitada por el asegurado.

## 6.3. COBERTURAS:

6.3.1. **Servicio de tutoría académica virtual:** El servicio de tutoría académica virtual está encaminado a proporcionar al asegurado, de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm y los domingos de 8:00 am a 5:00 pm, tutorías por parte de un tutor que cuenta con los conocimientos requeridos para dirigir, asesorar y enseñar un conocimiento específico que se encuentre dentro de alguna de estas categorías:

- 1) refuerzos escolares
- 2) refuerzos universitarios
- 3) ciencias, El servicio de tutorías virtuales se prestará dentro de todo el territorio nacional, con un máximo de 3 eventos al año por asegurado titular de la póliza.

La prestación de los servicios de tutorías tendrá las siguientes especificaciones:

- a) Las tutorías serán dictadas exclusivamente por los TUTORES
- b) Las tutorías serán personalizadas por cada servicio. (No aplican clases grupales)
- c) Las tutorías serán únicamente virtuales.
- d) Las tutorías tendrán una duración de una (1) hora.
- e) Las tutorías se deberán programar con un tiempo mínimo de 24 horas de anticipación a la fecha y hora en que se requiere el servicio.
- f) El área de la tutoría es a libre elección del asegurado y se debe especificar el tema con la mayor profundidad posible para garantizar que en el espacio agendado se dé respuesta al mismo.
- g) Las áreas de cada categoría son las siguientes:

### - REFUERZOS ESCOLARES

Biología	Ciencias sociales	Contabilidad	Dibujo Técnico
Economía	Español	Ética	Filosofía
Física	Geometría	Humanidades	Informática
Matemáticas	Química		

### - REFUERZOS UNIVERSITARIOS

Álgebra lineal	Análisis matemático	Cálculo diferencial	Cálculo integral
Cálculo multivariado	Cálculo vectorial	Ecuaciones diferenciales	
Estadística aplicada	Estadística descriptiva	Estadística inferencial	Geometría
Matemática estructural	Modelos probabilísticos	Pre calculo	
Probabilidad 1 y 2	Probabilidad y estadística 1 y 2	Trigonometría	
Variable Compleja	Contabilidad	Econometría	Economía
Finanzas	Fundamentos macroeconómicos		
Fundamentos microeconómicos		Macroeconomía	Microeconomía
Matemática financiera	Biología	Bioquímica	Ecología
Física	Química		

### - CIENCIAS

Balance de materia y energía		Biofísica	Catálisis
Ecología	Estática	Mecánica de fluis y solidos	
Microbiología	Química	Resistencia de Materiales	
Termodinámica			

- h) Sigma le enviará al asegurado por medio de correo electrónico la confirmación de la tutoría agendada exitosamente con la siguiente información:
  - Fecha y hora de la clase
  - Nombre del tutor que dará la clase
  - Link para acceder a la clase
  - Tema específico
  - Términos y condiciones



- i) Las tutorías se realizarán por medio de la plataforma indicada por SIGMA en la confirmación de la clase agendada junto con el link de conexión. El asegurado debe contar con adecuada conexión de internet para garantizar la adecuada prestación del servicio.
- j) Al aceptar el servicio El Usuario declara que entrega de forma libre y voluntaria a SIGMA DENTAL DE COLOMBIA S.A.S toda la información necesaria para el cumplimiento del servicio:1) envío de correo con información del servicio solicitado 2) Posible grabación de las clases con el fin de conocer la calidad del servicio.
- k) Todas las dudas inquietudes y/o preguntas sobre la clase o el tema deberán ser abordadas durante la hora establecida de la tutoría, después de esta no habrá espacio para inquietudes.
- l) Si el usuario no se conecta a la hora pactada, el tutor esperará hasta 20 minutos al asegurado para poder dar la tutoría, después de transcurrido este tiempo se dará por tomada la clase, por lo tanto, el beneficio se tomará como entregado.
- m) Si el usuario se conecta minutos después de la hora pactada (hasta antes de 20 minutos desde el inicio) solo recibirá el tiempo restante correspondiente a la hora de finalización pactada inicialmente.
- n) Si se presentan inconvenientes de parte del Tutor o la plataforma para la prestación del servicio, el servicio podrá ser re-agendado, previa aprobación de SIGMA DENTAL DE COLOMBIA y se coordinará en una nueva fecha y hora favorable para el asegurado.
- o) Si no puede asistir, podrá cancelar su clase hasta con 15 horas de anticipación, de esta manera podrá ser re-agendada por uno de nuestros asesores, si es cancelada posteriormente copará su cupo del beneficio de la clase gratis.
- p) Por cuanto los servicios de tutoría académica virtual están a cargo de un tercero, bajo sus términos y condiciones, son responsables de la garantía de los mismos.

SIGMA DENTAL DE COLOMBIA no se hace responsable de:

1. El funcionamiento de la aplicación o plataforma
2. El servicio que prestan los tutores.
3. La idoneidad de los tutores ni de los daños o perjuicios que se puedan generar a los asegurados durante las clases.

**Exclusiones generales:**

Quedan excluidos de LOS SERVICIOS establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- La reprogramación de tutoría si el asegurado no se presenta a la tutoría a la hora establecida de acuerdo a lo indicado en los numerales i) – m).
- Las tutorías que el asegurado haya contratado directamente con el prestador del servicio por su propia cuenta y riesgo.
- Cuando el Asegurado se niegue a colaborar con el personal designado por SIGMA para la prestación del servicio
- Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

**6.3.2. Servicio tutoría de baile virtual (clases de baile):** El servicio de tutoría de baile virtual está encaminado a proporcionar al asegurado titular de la póliza, de lunes a sábado de 8:00 am a 8:00 pm y los domingos de 8:00 am a 5:00 pm, tutorías de baile por parte de un tutor que cuenta con los conocimientos requeridos para dirigir, asesorar en los siguientes tipos de baile de manera individual:

Salsa Merengue Bachata Ballet Bailes urbanos Danza folclórica Tango

El servicio de tutorías virtuales se prestará dentro de todo el territorio nacional, con un máximo de 5 eventos para el asegurado titular de la póliza.

La prestación de los servicios de tutorías tendrá las siguientes especificaciones:

- a) Las tutorías serán dictadas exclusivamente por los TUTORES
- b) Las tutorías serán personalizadas para un (1) solo ASEGURADO por cada servicio.
- c) Las tutorías serán únicamente virtuales.
- d) Las tutorías tendrán una duración de una (1) hora.
- e) Las tutorías se deberán programar con un tiempo mínimo de 6 horas de anticipación a la fecha y hora en que se requiere el servicio.
- f) El tipo de baile a tomar durante la tutoría es a libre elección del asegurado.
- g) Sigma le enviará al asegurado por medio de correo electrónico la confirmación de la tutoría agendada exitosamente con la siguiente información:
  - Fecha y hora de la clase
  - Nombre del tutor que dará la clase
  - Link para acceder a la clase
  - Tipo de baile seleccionado.
  - Términos y condiciones
- h) Las tutorías se realizarán por medio de la plataforma indicada por SIGMA en la confirmación de la clase agendada junto con el link de conexión. El asegurado debe contar con adecuada conexión de internet para garantizar la adecuada prestación del servicio.

- i) Al aceptar el servicio El Usuario declara que entrega de forma libre y voluntaria a SIGMA DENTAL DE COLOMBIA S.A.S toda la información necesaria para el cumplimiento del servicio:1) envío de correo con información del servicio solicitado 2) Posible grabación de las clases con el fin de conocer la calidad del servicio.
- j) Todas las dudas inquietudes y/o preguntas sobre la clase o el tema deberán ser abordadas durante la hora establecida de la tutoría, después de esta no habrá espacio para inquietudes.
- k) Si el usuario no se conecta a la hora pactada, el tutor esperará hasta 20 minutos al asegurado para poder dar la tutoría, después de transcurrido este tiempo se dará por tomada la clase, por lo tanto el beneficio se tomará como entregado.
- l) Si el usuario se conecta minutos después de la hora pactada (hasta antes de 20 minutos desde el inicio) solo recibirá el tiempo restante correspondiente a la hora de finalización pactada inicialmente.
- m) Si se presentan inconvenientes de parte del Tutor o la plataforma para la prestación del servicio, el servicio podrá ser re-agendado, previa aprobación de SIGMA DENTAL DE COLOMBIA y se coordinará en una nueva fecha y hora favorable para el asegurado.

Por cuanto los servicios de tutoría de baile virtual están a cargo de un tercero, bajo sus términos y condiciones, son responsables de la garantía de los mismos.

SIGMA DENTAL DE COLOMBIA no se hace responsable de:

1. El funcionamiento de la aplicación o plataforma
2. El servicio que prestan los tutores.
3. La idoneidad de los tutores ni de los daños o perjuicios que se puedan generar a los asegurados durante las clases.

**6.3.3. Condicionado descuento en farmacias:** El beneficio de descuento en farmacias está encaminado a proporcionar al asegurado titular de la póliza, un porcentaje de descuento el cual será pactado previamente entre SIGMA y la farmacia Aliada. Y notificado a la Aseguradora.

El Beneficio vigente corresponde a un descuento del 10% de manera permanente en la plataforma [lopido.com](http://www.lopido.com).

El beneficio tiene las siguientes especificaciones:

- a) El asegurado debe comunicarse a la línea telefónica de sigma y solicitar el código de activación.
- b) Para disfrutar el beneficio, el asegurado deberá crear una cuenta registrándose en [www.lopido.com](http://www.lopido.com), debe diligenciar los datos allí solicitados.
- c) Selecciona "Usar código de convenio e ingresa el código y dar clic en validar.
- d) El asegurado podrá disfrutar del beneficio de manera permanente, solo deben ingresar el código una única vez en el momento del registro.
- e) Las promociones y actividades destacadas en [www.lopido.com](http://www.lopido.com) cuentan con las siguientes condiciones generales: Descuento válido a nivel nacional en [www.lopido.com](http://www.lopido.com), máximo 4 unidades por referencia, por compra. Sujeto a disponibilidad de productos en el punto de venta. Conozca reglamento en [www.copservir.com/reglamentos](http://www.copservir.com/reglamentos)
- f) Los precios ofrecidos en [www.lopido.com](http://www.lopido.com) son diferentes a los de los puntos de venta y pueden variar según la ciudad definida para la entrega o recogida del pedido. Si la compra se hace por servicio a domicilio, este tendrá un costo adicional dependiendo de la ciudad. Si por su ubicación geográfica en determinado territorio no es posible entregar el pedido, Coopservir Ltda., se puede negar a la aceptación de la oferta de compra.
- g) Los productos y servicios descritos son ofrecidos por COOPSERVIR y por tanto son responsables de la garantía de los mismos. SIGMA DENTAL DE COLOMBIA sólo es el emisor a través de la cual se puede acceder al beneficio mencionado y por tanto no se hace responsable del cumplimiento, venta y/o funcionamiento de los mismos.
- h) El beneficio contempla el descuento negociado vigente, este puede variar y así mismo el aliado, sin embargo, el asegurado podrá disfrutar de otro beneficio en condiciones similares que que serán informadas oportunamente.