

**PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES
VIGENCIA MENSUAL
MODALIDAD INDIVIDUAL**

08/04/2020-1305-P-31-CLACHUBB20200003-D00I
28/02/2020-1305-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".

CONDICIÓN PRIMERA - ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN EL AMPARO BÁSICO DE ACCIDENTES PERSONALES?

LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA EXCLUSIVA Y DIRECTA DE UN ACCIDENTE NO CAUSADO CON DOLO, CULPA GRAVE, NI POR SU VOLUNTAD O LA DE SUS BENEFICIARIOS, SIEMPRE QUE EL FALLECIMIENTO SUCEDA DE MANERA INSTANTÁNEA, O DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL SEGURO.

ESTE SEGURO TAMBIÉN CUBRE EL DESAPARECIMIENTO ACCIDENTAL QUE, DE ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A. DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS.**
- B. DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO, O MAR.**
- C. DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO TERRESTRE, ÁEREO O MARÍTIMO.**

CONDICIÓN SEGUNDA: ¿QUE NO CUBRE ESTE SEGURO?

CUANDO SE PRESENTE EL FALLECIMIENTO O DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, NO HABRÁ PAGO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA:

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE SALVO, QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LÍNEA COMERCIAL DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- B. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE, ENVENENAMIENTO, TERRORISMO O ACTOS TERRORISTAS.**
- C. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA**

O ENAJENACIÓN MENTAL.

- D. 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, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- E. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.**
- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**
- G. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- H. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.**
- I. TODO TRATAMIENTO, INTERVENCIÓN O CONDICIÓN MÉDICA QUE NO SEA DERIVADA DEL ACCIDENTE.**

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 LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, SEÑALANDO CUÁL DESEA ADQUIRIR EN EL CUADRO DE COBERTURAS.

EN LOS ANEXOS DE CADA AMPARO ADICIONAL SE DETALLARÁ QUÉ SE CUBRE Y QUÉ NO SE CUBRE. EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN CUARTA –REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y LÍMITES DE PERMANENCIA

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir con las edades de ingreso y permanencia establecidas abajo o las establecidas en la carátula de la póliza.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Para el amparo básico y los amparos adicionales	De 18 a 64 años más 364 días.	Hasta la vigencia mensual anterior más próxima a los 66 años.

CONDICIÓN QUINTA – RECLAMACIÓN Y PAGO DE SUMAS ASEGURADAS

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

El asegurado deberá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual se sugiere entregar a Chubb:

- Carta formal de reclamación firmada por los beneficiarios.
- Copia auténtica del Registro Civil de Defunción del asegurado.
- 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 menores de edad.
- 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.

¿CUÁNDO SE PIERDE EL DERECHO A RECIBIR LA SUMA ASEGURADA?

Si hubiese, en los hechos que configuran el siniestro o en la reclamación, dolo o mala fe del asegurado o de los beneficiarios, causahabientes o apoderados, se perderá el derecho a percibir la suma asegurada, como lo establecen el inciso segundo del artículo 1078 y el artículo 1150 del Código de Comercio.

¿CÓMO Y CUÁNDO SE PAGA LA SUMA ASEGURADA?

Chubb efectuará el pago de la suma asegurada, mediante cheque o transferencia electrónica, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que el/los beneficiario(s) acredite(n) su calidad de beneficiario(s), prueben la ocurrencia del siniestro y entreguen la documentación pertinente al pago (como el formulario de conocimiento del cliente, la certificación bancaria y el recibo de pago de la suma asegurada) siempre que, una vez analizada la reclamación, se defina que sí se configuró un siniestro y, en consecuencia, sí hay lugar al reconocimiento y pago de la suma asegurada.

CONDICIÓN SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro terminará al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A.** Por muerte del Asegurado.
- B.** Por mora en el 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 parte de la COMPAÑÍA.
- F.** Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia definida en este documento o la pactada en la póliza para el amparo básico en el carátula de la póliza.
- G.** Cuando LA COMPAÑÍA paga la suma asegurada por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA – NOTIFICACIONES.

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.

CONDICIÓN OCTAVA - DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la COMPAÑÍA, el establecido en la Cámara de Comercio y la legislación aplicable será de la república de Colombia.

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

Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

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

**ANEXO DE AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR
ACCIDENTE O ENFERMEDAD
VIGENCIA MENSUAL
MODALIDAD INDIVIDUAL**

08/04/2020-1305-A-31-ANEXCHUBB2020002-D00I
31/03/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG024

**CONDICIÓN PRIMERA- ¿QUÉ INCLUYE EL AMPARO DE RENTA DIARIA
POR HOSPITALIZACIÓN?**

**LA COMPAÑÍA PAGARA EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA, SI
DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO
REQUIERE HOSPITALIZACIÓN EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA POR
CAUSA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.**

**CONDICIÓN SEGUNDA – ¿QUÉ NO INCLUYE EL AMPARO DE RENTA
DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN?**

**AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS
EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y TAMBIÉN SE EXCLUYEN LOS
SIGUIENTES EVENTOS QUE ORIGINEN DIRECTA O INDIRECTAMENTE
UNA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:**

- A. CONDICIONES MÉDICAS ORIGINADAS EN UN ACCIDENTE NO
CUBIERTO POR ESTE SEGURO.**
- B. CONDICIONES MÉDICAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD AL
INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
- 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 U HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.**
- D. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS
EXAMENES DE CONTROL.**
- E. LA ORIGINADA POR EVENTOS NATURALES O ACCIDENTALES
RELACIONADOS CON GESTACIÓN, PARTO O POSTPARTO.**
- F. EVENTOS ORIGINADOS POR CONSULTAS, TRATAMIENTOS O
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, ESTÉTICOS U ODONTOLÓGICOS.**

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, ANOMALIA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación 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 a una institución hospitalaria como mínimo por 24 horas continuas para el tratamiento respectivo bajo el cuidado y supervisión de un médico.

ACCIDENTE: Es el evento que genera la lesión física sufrida por el Asegurado, resultante de un hecho externo, súbito, violento, ocasional e independiente de la voluntad del Asegurado que tiene ocurrencia dentro de la vigencia del seguro.

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

ENFERMEDAD: Significa cualquier alteración de la salud de la persona del Asegurado, resultante de la acción de un agente patógeno, con relación al organismo, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad al inicio de la vigencia de la primera cobertura individual de seguro. También se considera preexistente la lesión sufrida por el Asegurado por causa de un accidente ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura individual del asegurado.

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. Para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, no se considera como institución hospitalaria 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.

CONDICIÓN CUARTA – RECLAMACIÓN Y PAGO DE SUMAS ASEGURADAS

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Para demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, el asegurado podrá utilizar los

medios probatorios pertinentes. No obstante, para facilitar al asegurado el trámite del reclamo y la demostración de la ocurrencia y de la cuantía del siniestro, se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación debidamente diligenciado por el asegurado.
- Historia Clínica completa de la atención con fecha de ingreso y salida de la institución hospitalaria que atendió al asegurado.

¿CÓMO Y CUÁNDO SE PAGA LA SUMA ASEGURADA?

El número de días máximo de renta diaria por hospitalización por cada doce (12) renovaciones mensuales consecutivas y el número de días de deducible que se descontarán, serán los pactados en la carátula de la póliza.

CONDICIÓN QUINTA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Ningún pago será efectuado bajo el presente amparo por rentas ocasionadas después de la terminación de la vigencia y amparadas por el presente anexo, salvo cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado en la fecha de terminación de la cobertura. 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 ESTE ANEXO, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO, SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

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
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

ANEXO DE ASISTENCIA MEDICA TRIPLE PROTECCIÓN

Al momento de la venta la persona podrá elegir alguna de las dos asistencia que se explican a continuación:

(OPCIÓN 1) FALABELLA - CHUBB SEGUROS

Mediante el presente anexo, **CHUBB SEGUROS**, en adelante la Compañía, asegura los servicios de asistencia contenidos en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

En virtud del presente anexo, 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 ciudad de domicilio, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo 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.

SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

a. 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.

b. Asegurado:

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato. Tendrán además la condición de asegurados y el derecho a la prestación de los servicios las siguientes personas:

Si el asegurado es soltero con hijos: Hijos o hijastros menores de 21 años siempre y cuando demuestren dependencia económica del titular. Padres que no vivan con el titular, siempre y cuando vivan en ciudad capital y dependan económicamente del titular y abuelos siempre y cuando se demuestre que conviven y dependen económicamente del titular.

Si el asegurado es soltero sin hijos: Padres siempre y cuando vivan en ciudad capital y dependan económicamente del titular. Hermanos Menores de 21 años siempre y cuando se demuestren que conviven y dependen económicamente del titular.

Si el asegurado es casado: Cónyuge o compañero (a) permanente, Hijos o hijastros menores de veintiún (21) años siempre y cuando dependan económicamente del titular, y padres que no vivan con el titular, y cuando dichos padres vivan en ciudad capital y dependan económicamente de él.

Asegurado abuelo: Hijos o hijastros menores de 21 años siempre y cuando demuestren dependencia económica del titular y nietos siempre y cuando convivan y demuestren dependencia económica del titular.

Asegurado solo: si el asegurado no cuenta con un núcleo familiar, podrá beneficiar del programa a una persona menor de 21 años.

Parágrafo: Los hijos, hijastros o nietos que presenten alguna discapacidad, tendrán cobertura hasta los 30 años de edad.

c. 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).

d. Emergencia:

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

e. 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.

TERCERA: 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, Sibaté, 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.

CUARTA: 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:

a. Orientación médica básica telefónica

La Compañía pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que reciben la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalarios 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 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 quién solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

b. Asistencia médica domiciliaria

Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio el asegurado 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.

c. Traslados médicos de emergencia

En caso que el usuario y/o beneficiario sufra un accidente (que le provoque lesiones o traumatismos) o Urgencia médica vital (emergencia - código rojo), que requiera a criterio de la central medica de la compañía, manejo en centro hospitalario, la compañía gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir ésta, la compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

La central médica de la compañía, orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el arribo de la unidad móvil de emergencia; dependiendo del criterio de la central médica de la compañía, el traslado podrá realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

- Traslado en Ambulancia básica: Cuando el estado clínico del paciente- empleado no revista ningún compromiso del estado vital y no se requiera acompañamiento medico como tal, la compañía coordinará y pondrá a disposición del afiliado una unidad móvil de traslado de pacientes TAB para que lo traslade hasta el centro hospitalario más cercano, si el estado clínico del paciente lo permite y existe la disponibilidad, la central médica de la compañía, podrá optar por el traslado en vehículo - taxi o en transporte especializado de pacientes que no son ambulancia.
- Traslado médico en ambulancia medicalizada: Cuando la central médica de la compañía haya clasificado la condición clínica del paciente y se defina que su traslado debe realizarse en unidades móviles de traslado de pacientes medicalizadas, la compañía coordinará y realizará seguimiento al traslado del paciente hasta su arribo al centro médico más cercano.

d. Referencias médicas:

La compañía pondrá a disposición de los asegurados una red de especialistas en las áreas de Ginecología, pediatría, obstetricia, ortopedia y traumatología, dermatología a nivel nacional. El valor de la consulta y tratamiento va por cuenta del asegurado.

e. Localización y envío de medicamentos urgentes:

La compañía de asistencia se encargará de la localización y envío de medicamentos indispensables, de uso habitual del Beneficiario, siempre que no sea posible obtenerlos localmente o sustituirlos por otros. Será por cuenta del Beneficiario el costo de los medicamentos.

QUINTA: EXCLUSIONES

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. Las enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o preexistentes conocidas o no por el asegurado.
- c. Los gastos de asistencia hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

- d. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- f. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- g. 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.
- h. Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- i. 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).
- j. No se prestará asistencia médica domiciliaria, por complicaciones de tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
- k. 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 del presente anexo 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.
- f. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- g. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

SEXTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por el presente anexo, 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.

SEPTIMA: 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 este anexo.

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 presentación de los correspondientes recibos, siempre que tales gastos se hallen cubiertos.

OCTAVA: LÍMITE RESPONSABILIDAD

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

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.

(OPCIÓN 2) FALABELLA - CHUBB SEGUROS

Mediante el presente anexo, **CHUBB SEGUROS**, en adelante la Compañía, asegura los servicios de asistencia contenidos en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

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.

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.

SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

a. 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.

b. Asegurado:

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

c. 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.

TERCERA: 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, Sibaté, 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.

CUARTA: 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:

a. Asistencia legal en accidente de tránsito

En el evento de ocurrencia de un accidente de tránsito del vehículo del asegurado, la Compañía asesorará al conductor del mismo, mediante orientación jurídica telefónica o, cuando a su juicio lo estime, en las ciudades principales mediante presencia del abogado en el sitio del accidente.

b. Asistencia legal en caso de robo del vehículo

Sí el asegurado requiriere los servicios de un abogado para realizar reclamos o hacer demandas a terceros por robo de su vehículo, la compañía referenciará un profesional que lo asesorará telefónicamente en la emergencia planteada, siendo por cuenta exclusiva del asegurado la contratación de sus servicios profesionales así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

c. Conductor elegido

En caso que el asegurado decida ingerir una bebida alcohólica, estando en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali, Pereira, Armenia, Manizales, Neiva, Cúcuta, Villavicencio, Popayán y Pasto incluyendo un radio de 30 kilómetros a la redonda del casco urbano de dichas ciudades, la Compañía pondrá a disposición del asegurado un conductor profesional, con el fin de manejar el vehículo de su propiedad.

El servicio deberá ser solicitado al menos con 4 horas de antelación por parte del asegurado, y el conductor que se envíe, hará el servicio desde el sitio de reunión donde se encuentre el asegurado hasta el domicilio del mismo, con un límite máximo por todo el servicio de hora y media. El conductor estando en la dirección y hora previamente acordada con el asegurado, esperará un máximo de 10 minutos al asegurado, vencido el término indicado se informará telefónicamente del retiro del personal.

Si el asegurado desea cancelar el servicio solicitado, debe comunicarse con 2 horas de anticipación a la hora inicialmente indicada para la prestación del servicio.

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

d. Remolque o transporte del vehículo

En caso que el vehículo del asegurado no pudiera circular por avería o accidente, la Compañía se hará cargo del remolque o transporte hasta el taller que elija el.

La Compañía se reserva el derecho, en caso de averías menores tales como problemas eléctricos por corto circuito de alarma o iniciación con batería, de encargarse de la reparación en el sitio donde se encuentre el vehículo asegurado.

En el caso que la inmovilización del vehículo se ocasione por llantas pinchadas, por pérdida de llaves o por falta de combustible, la Compañía se encargará de poner a disposición del asegurado los medios para solucionar tales imprevistos. De cualquier manera, serán por cuenta del asegurado los valores que se generen en dichos eventos.

El límite máximo de esta cobertura será de \$100.000 y ampara hasta dos (2) eventos por vigencia anual de la póliza.

e. Auxilio vial:

En caso de que el asegurado reporte que su vehículo requiere: Cambio de llanta por el repuesto en caso de pinchadura, La Compañía gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios.

En caso de que el asegurado reporte que su vehículo requiere: Suministro de Combustible, la Compañía gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo (en cuyo caso el costo del combustible es por cuenta del Asegurado), el servicio estará disponible a partir de 3 cuadras del domicilio registrado por el Asegurado.

En caso de que el asegurado reporte que su vehículo requiere: Paso de corriente. La Compañía gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios.

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

f. Servicio de Referencias

La Compañía indicará al beneficiario los nombres, direcciones y números telefónicos de talleres automovilísticos, moto taller y abogados. La Compañía, en ningún caso, se hace responsable de las reparaciones o orientaciones efectuadas por los profesionales, como tampoco de los retrasos e incumplimientos en la ejecución de los trabajos realizados por los mismos.

QUINTA: EXCLUSIONES

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. Las enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o preexistentes conocidas o no por el asegurado.
- c. Los gastos de asistencia hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.
- d. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- f. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- g. 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.
- h. Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- i. 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).
- j. No se prestará asistencia médica domiciliaria, por complicaciones de tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
- k. 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 del presente anexo 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. f.

Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

g. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

SEXTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por el presente anexo, 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.

SEPTIMA: 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 este anexo.

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 presentación de los correspondientes recibos, siempre que tales gastos se hallen cubiertos.

OCTAVA: LÍMITE RESPONSABILIDAD

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

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.

CONDICIÓN PARTICULAR

No obstante lo estipulado en las anteriores anexos aplican las siguientes condiciones:

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Las edades de ingreso y permanencia para los siguientes amparos serán como se describe a continuación, modificadas a través de la presente condición particular:

Para todos los amparos	Ingreso desde los 18 hasta los 64 años más 364 días; Permanencia hasta los 69 años más 364 día
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL

A través de la presente condición particular, se establece cobertura de homicidio en el amparo básico de muerte accidental a partir del segundo año de vigencia del asegurado.