

Chubb Seguros Colombia S.A. Bogotá D.C., Colombia
NIT: 860.026.518-6 O +(571) 319 0300
Calle 72 #10-51 Piso 7 F +(571) 319 0408

CHUBB®

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES MODALIDAD COLECTIVA

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D001

30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002

CONDICIONES GENERALES:

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), HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO QUE AMPARE HASTA EL LÍMITE ASEGURADO, ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS, LA PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA DEL ASEGURADO. EL CONTRATO DE SEGURO OPERA DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO - PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN CUARTA.

CONDICIÓN SEGUNDA – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, DETERMINANDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN EL CUADRO DE COBERTURAS CUÁL DESEA ADQUIRIR.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y COBERTURAS SON LAS ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

LAS EXCLUSIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES SE HARÁN CONSTAR EN EL ANEXO DE DICHO AMPARO, DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE SEGURO NO TENDRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO BÁSICO O PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES, POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 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 LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.**
- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- E. 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.**
- F. 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.**
- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.**
- I. 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.**
- J. 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.**
- K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.**
- L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.**
- M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- N. 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.**
- O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**

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.

DUPLICIDAD DE PÓLIZAS

EL ASEGURADO SÓLO PODRÁ TENER UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO. EN CASO DE TENER MÁS DE UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO, ELLO NO

LE DARÁ DERECHO A EXIGIR MÁS DE UNA SUMA ASEGURADA.

SI LA COMPAÑÍA EXPIDE CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO ADICIONALES RESPECTO DEL MISMO ASEGURADO Y OCURRE UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON BASE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TAL CASO, EL VALOR DE LAS PRIMAS NO DEVENGADAS QUE HAYAN SIDO PERCIBIDAS CON BASE EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO DE MENOR BENEFICIO.

CONDICIÓN CUARTA – DEFINICIONES.

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

MUERTE ACCIDENTAL: El fallecimiento del asegurado que sea consecuencia exclusiva y directa de un accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la cobertura individual del seguro, entendido éste como un hecho externo a la corporeidad del asegurado y a su voluntad, súbito y fortuito, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

DESAPARECIMIENTO: Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del asegurado, cuando ocurra alguno de los eventos que a continuación se señalan, y den origen a la declaración judicial de muerte presunta por desaparición con arreglo a la ley colombiana:

- 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, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

CONDICIÓN QUINTA – TOMADOR.

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del Código de Comercio, el Tomador es la persona que ha convenido con LA COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

CONDICIÓN SEXTA – SEGURO COLECTIVO.

El seguro objeto de esta póliza es colectivo en los términos del artículo 1064 del Código de Comercio, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los asegurados individualmente considerados. Igualmente LA COMPAÑÍA 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 que será la póliza matriz.

CONDICIÓN SÉPTIMA. –REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, tal como se indiquen en anexo o condición particular.

CONDICIÓN OCTAVA – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán los siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN NOVENA – VIGENCIA.

La vigencia será determinada o determinable, según se indica en cada certificado de seguro. En todo caso la póliza matriz para efectos administrativos tendrá la vigencia indicada en la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA – SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor asegurado y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, es el establecido en el certificado individual de seguro.

El valor de la prima se reajustará según lo establecido en el certificado individual de seguro.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima, LA COMPAÑÍA podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación previa por el canal previamente autorizado, dirigida a los asegurados individualmente considerados.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – PAGO DE LA PRIMA.

Póliza Colectiva No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la carátula de la póliza.

Póliza Colectiva Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad de la prima según se estipula en la carátula de la póliza o el certificado individual de seguro.

Para las dos modalidades de seguro: **i)** Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas causadas y pendientes de pago. **ii)** Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro. **iii)** El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes contado a partir del inicio de vigencia, a menos que el certificado individual de seguro disponga otro término o por condición particular se pacte otra modalidad de pago.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso El Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

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 del respectivo Asegurado 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 Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – AVISO, RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del mismo, dentro del mes siguiente a la fecha de este.

Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentarán pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos: Registro civil de defunción, copia documentos de identificación del Asegurado y beneficiarios.

Sin embargo LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas, o a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada para los amparos que así lo ameriten, mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus anexos.

La COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la indemnización a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Para los amparos adicionales la COMPAÑÍA podrá indicar en los respectivos anexos los documentos que se consideren idóneos para la reclamación sin perjuicio de la libertad probatoria que tienen los beneficiarios.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

En el seguro de accidentes personales, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, respecto de su cobertura individual, mediante aviso por escrito a LA COMPAÑÍA. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Tomador o el Asegurado en las pólizas contributivas, serán responsables en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

Por su parte LA COMPAÑÍA también podrá revocar las coberturas individuales de seguro para lo cual deberá notificar al asegurado mediante noticia escrita enviada a la última dirección registrada de su domicilio, 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, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A. Por muerte del Asegurado.
- B. Por falta de pago de la prima
- C. Por vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
- D. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo en los seguros contributivos, o parte del Tomador en los seguros no contributivos.
- E. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.
- F. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo básico.
- G. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA– INTRANSFERIBILIDAD.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO CATASTRÓFICO.

Cuando la presente póliza otorgue cobertura para un número plural de asegurados, LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expreso límite agregado de responsabilidad pactado en condición particular, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad por evento catastrófico.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA– PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Asegurado se obliga con LA COMPAÑÍA 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 VIGÉSIMA– 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 VIGÉSIMA PRIMERA– 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 VIGÉSIMA SEGUNDA – 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 VIGÉSIMA TERCER - 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.

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA

ANEXO No.3

AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160076

30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL EL ASEGURADO POR CAUSA DE ACCIDENTE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ADICIONAN:

- 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 EXAMENES 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, ANOMALIA O MALFORMACIÓN CONGÉNITA Y/O TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO O DEL SUEÑO, VARICES CON FINES ESTETICOS, 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 LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

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 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.

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 ingreso al 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. 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.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	De 18 años a 65 años más 364 días	Hasta los 69 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía podrá solicitar los documentos originales que prueben los días de hospitalización pagados a causa del accidente.

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 indemnización 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 de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza.

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 de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

Para la indemnización del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, se descontarán los días de deducible o periodos de carencia y se pagará la renta mencionada hasta por el número de días de hospitalización sin que exceda el número de días máximo estipulado en el certificado.

PARÁGRAFO: INDEMNIZACIÓN PARA PERSONAS MAYORES DE SESENTA Y CINCO AÑOS.

La indemnización 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 el certificado del seguro.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

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 cancelación o de final de vigencia. En tal caso podrá disfrutar de los beneficios hasta la primera de las siguientes dos fechas:

1. La de salida del hospital.
2. La del pago de la renta máxima a que tendría derecho.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGIRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD COLECTIVA

ANEXO No.8

AMPARO ADICIONAL HOSPITALIZACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (EXTENSIÓN DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN)

01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160083
30/08/2015-1305-NT-31-APRDHFORMANT0002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE HOSPITALIZACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (EXTENSIÓN DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN), HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN

CONDICIÓN PRIMERA AMPARO – RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (EXTENSIÓN DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN).

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR PACTADO, SI LA HOSPITALIZACIÓN DE QUE TRATA EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, ES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, TAL Y COMO SE DEFINE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

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 – DEFINICIONES:

En adición a las definiciones contenidas en el amparo de Renta Diaria por Hospitalización, que le sean aplicables en lo pertinente al presente amparo, se entiende por:

UCI - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica electrocardiografía, monitoria cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrinación, nebulizadores y otros.

CONDICIÓN CUARTA - PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo la presente extensión de amparo adicional, el Asegurado que tenga vigente el amparo adicional de Renta Diaria por Hospitalización de la póliza a la cual accede este amparo.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de renta diaria por hospitalización serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (Extensión del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización).	De 18 a 65 años más 354 días.	Hasta los 69 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA - SUMA ASEGURADA.

El valor asegurado será el equivalente a la suma pactada del valor establecido en el certificado de seguro para el amparo de Renta Diaria por Hospitalización, como beneficio diario por la cobertura básica, durante el periodo que la persona esté hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, y sin exceder 8 (ocho) días.

CONDICIÓN SÉPTIMA – AVISO DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN E INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo el presente amparo adicional, el Tomador o Asegurado según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro del mes siguiente a la fecha de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía podrá solicitar los documentos originales que prueben los días de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Para la indemnización de Hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivos la COMPAÑÍA pagará como beneficio adicional a la Renta Diaria por Hospitalización la suma pactada en el certificado individual de seguro para este amparo. El pago se realizará por día de hospitalización en la UCI máximo hasta por ocho (8) días calendario.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y nueve (69) años más 364 días, o por terminación del amparo adicional de Renta Diaria por Hospitalización o la póliza para el cual accede.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, 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 REGISTRAN 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.

CONDICIONES PARTICULARES

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.

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte accidental	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 74 años más 364 días
Renta diaria por hospitalización – UCI	Ingreso de 18 hasta los 65 mas 364 días	Hasta los 69 años más 364 días

ASISTENCIA MÉDICA

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

A365 Colombia, pone a disposición del afiliado el servicio de orientación médica telefónico las 24 horas del día los 365 días del año.

El medico de orientación telefónica atiende la solicitud del afiliado, según la sintomatología o el evento presentado, hará un diagnóstico presuntivo ajustado a las claves internacionales de servicios pre hospitalarios de emergencia y orientarán al afiliado respecto de las conductas que debe asumir, las recomendaciones y signos de alarma, de acuerdo al protocolo de manejo, además de seguimiento telefónico de evolución clínica, hasta por 48 horas, para dar acompañamiento al afiliado y hacer las indicaciones respectivas según dicha evolución.

LIMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

ASISTENCIA MÉDICO A DOMICILIO

En el caso de que el afiliado, sufra un accidente o presente una enfermedad no preexistente ni crónica, que le provoque compromiso de su estado general de salud, una vez se comunique con la línea de asistencia de A365 Colombia, se realizará la orientación médica telefónica y según los signos y síntomas que manifieste el afiliado, se definirá bajo la opinión médica la clasificación de Triage y su nivel de complejidad. Este servicio contempla según la opinión médica y el triage: Asistencia médica domiciliaria, traslado médico terrestre o tratamiento y evolución en la orientación médica telefónica con seguimiento médico de 48 horas si se requiere.

La asistencia médica domiciliaria se contempla según los siguientes parámetros de la clasificación de Triage:

Rojo y Naranja (considerado triage 1 y 2), se coordinará el envío de un traslado médico terrestre (ambulancia básica o medicalizada) siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, según sea el caso y la opinión médica.

Amarillo (considerado triage 3), se coordinará el envío de asistencia médica domiciliaria. Este servicio tiene cobertura de la visita médica y los medicamentos que se suministren al momento de la atención de la emergencia (primera dosis).

Verde o Azul (considerado triage 4 y 5) se realizará la orientación médica telefónica y según la opinión del profesional se dará tratamiento y seguimiento a la evolución de los síntomas por 48 horas si es necesario.

Cualquier gasto derivado a un proceso clínico, paraclínico y/o terapéutico que deba realizarse el afiliado, derivados de la asistencia médica domiciliaria, así como los medicamentos posteriores a la primera dosis, deberán ser asumidos por el afiliado.

LÍMITE DE EVENTOS: 2 eventos para el afiliado con copago de \$30.000 por cada evento, sin límite de cobertura. El valor del copago será cancelado con recursos propios del afiliado de manera inmediata al proveedor (el valor del copago se incrementará anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor publicado por el DANE, +2 puntos).

***Ver exclusiones generales del condicionado, este servicio se prestará dentro del perímetro urbano.**

Descripción de Triage en Colombia (Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015)

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

En caso que el afiliado sufra un accidente (que le provoque lesiones o traumatismos) o urgencia médica vital (emergencia Rojo o Naranja (considerado triage 1 y 2)), que requiera a opinión de la central médica de A365 Colombia manejo en centro hospitalario, A365 gestionará y dará cobertura 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, A365 coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

La central médica de A365 Colombia, 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 de la opinión de la central médica de A365 Colombia, el traslado podrá realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

Traslado en Ambulancia básica:

Cuando el estado clínico del afiliado, no tenga ningún compromiso del estado vital y no se requiera acompañamiento médico como tal, A365 Colombia 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 A365, podrá optar por el traslado en vehículo tipo automóvil - taxi o en transporte especializado de pacientes que no son ambulancia.

Traslado médico en ambulancia medicalizada TAM:

Cuando la central médica de A365 Colombia haya opinado sobre la clasificación de la condición clínica del paciente y se defina que su traslado debe realizarse en una unidad móvil de traslado de pacientes medicalizada - TAM, A365 Colombia coordinará y realizará seguimiento al traslado del paciente hasta su arribo al centro médico más cercano.

Servicio de Ambulancia por accidente o URGENCIA MÉDICA VITAL (emergencia- código rojo)

LÍMITE DE EVENTOS: 2 eventos para el afiliado durante la vigencia de cobertura, con un copago de \$50.000 por evento con un límite de cobertura de hasta \$250.000 mil pesos.

El valor del copago será cancelado con recursos propios del afiliado de manera inmediata al proveedor (el valor del copago se incrementará anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor publicado por el DANE, +2 puntos).

* Esta Cobertura no incluye el traslado inter-institucional, intermunicipal o de referencia y contrareferencia, este servicio se prestará dentro del perímetro urbano en ciudades capitales, municipios aledaños a las ciudades principales con una distancia de 20 kilómetros del perímetro urbano.

DESCUENTO EN EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

A365 Colombia pone a disposición del usuario el servicio de referenciación y descuento en exámenes diagnósticos de laboratorio básicos que se realicen en dentro de la red de proveedores, siempre que exista una previa coordinación y autorización del procedimiento a través de nuestra línea de atención.

Este servicio se brinda siempre que haya una prescripción y/o orden médica para su realización, este servicio cuenta con un descuento en los centros autorizados por A365 Colombia de un 10% hasta un 15% por orden médica.

LÍMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

ASISTENCIA MÉDICO A DOMICILIO

En el caso de que el afiliado, sufra un accidente o presente una enfermedad no preexistente ni crónica, que le provoque compromiso de su estado general de salud, una vez se comunique con la línea de asistencia de A365 Colombia, se realizará la orientación médica telefónica y según los signos y síntomas que manifieste el afiliado, se definirá bajo la opinión médica la clasificación de Triage y su nivel de complejidad. Este servicio contempla según la opinión médica y el triage: Asistencia médica domiciliaria, traslado médico terrestre o tratamiento y evolución en la orientación médica telefónica con seguimiento médico de 48 horas si se requiere.

La asistencia médica domiciliaria se contempla según los siguientes parámetros de la clasificación de Triage:

Rojo y Naranja (considerado triage 1 y 2), se coordinará el envío de un traslado médico terrestre (ambulancia básica o medicalizada) siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, según sea el caso y la opinión médica.

Amarillo (considerado triage 3), se coordinará el envío de asistencia médica domiciliaria. Este servicio tiene cobertura de la visita médica y los medicamentos que se suministren al momento de la atención de la emergencia (primera dosis).

Verde o Azul (considerado triage 4 y 5) se realizará la orientación médica telefónica y según la opinión del profesional se dará tratamiento y seguimiento a la evolución de los síntomas por 48 horas si es necesario.

Cualquier gasto derivado a un proceso clínico, paraclínico y/o terapéutico que deba realizarse el afiliado, derivados de la asistencia médica domiciliaria, así como los medicamentos posteriores a la primera dosis, deberán ser asumidos por el afiliado.

LÍMITE DE EVENTOS: 2 eventos para el afiliado con copago de \$30.000 por cada evento, sin límite de cobertura.

El valor del copago será cancelado con recursos propios del afiliado de manera inmediata al proveedor (el valor del copago se incrementará anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor publicado por el DANE, +2 puntos).

***Ver exclusiones generales del condicionado, este servicio se prestará dentro del perímetro urbano.
Descripción de Triage en Colombia (Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015).**

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

En caso que el afiliado sufra un accidente (que le provoque lesiones o traumatismos) o urgencia médica vital (emergencia Rojo o Naranja (considerado triage 1 y 2)), que requiera a opinión de la central médica de A365 Colombia manejo en centro hospitalario, A365 gestionará y dará cobertura 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, A365 coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

La central médica de A365 Colombia, 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 de la opinión de la central médica de A365 Colombia, el traslado podrá realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

Traslado en Ambulancia básica:

Cuando el estado clínico del afiliado, no tenga ningún compromiso del estado vital y no se requiera acompañamiento médico como tal, A365 Colombia 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 A365, podrá optar por el traslado en vehículo tipo automóvil - taxi o en transporte especializado de pacientes que no son ambulancia.

Traslado médico en ambulancia medicalizada TAM:

Cuando la central médica de A365 Colombia haya opinado sobre la clasificación de la condición clínica del paciente y se defina que su traslado debe realizarse en una unidad móvil de traslado de pacientes medicalizada - TAM, A365 Colombia coordinará y realizará seguimiento al traslado del paciente hasta su arribo al centro médico más cercano.

Servicio de Ambulancia por accidente o URGENCIA MÉDICA VITAL (emergencia- código rojo)

LÍMITE DE EVENTOS: 2 eventos para el afiliado durante la vigencia de cobertura, con un copago de \$50.000 por evento con un límite de cobertura de hasta \$250.000 mil pesos.

El valor del copago será cancelado con recursos propios del afiliado de manera inmediata al proveedor (el valor del copago se incrementará anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor publicado por el DANE, +2 puntos).

*** Esta Cobertura no incluye el traslado inter-institucional, intermunicipal o de referencia y contrareferencia, este servicio se prestará dentro del perímetro urbano en ciudades capitales, municipios aledaños a las ciudades principales con una distancia de 20 kilómetros del perímetro urbano.**

DESCUENTO EN EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D001
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002

A365 Colombia pone a disposición del usuario el servicio de referenciación y descuento en exámenes diagnósticos de laboratorio básicos que se realicen en dentro de la red de proveedores, siempre que exista una previa coordinación y autorización del procedimiento a través de nuestra línea de atención.

Este servicio se brinda siempre que haya una prescripción y/o orden médica para su realización, este servicio cuenta con un descuento en los centros autorizados por A365 Colombia de un 10% hasta un 15% por orden médica.

LÍMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

PROCESO DE ATENCIÓN PARA ASISTENCIA A365

La central de operaciones de A365 Colombia, estará disponible las 24 horas del día, 365 días del año, y contempla las siguientes actividades:

- 1-. Recepción de la solicitud de atención y traslado y/o autorización para ATENCIÓN de urgencias.
 - 2-. Verificación de los derechos y coberturas según lo contemplado en el cuerpo del condicionado de asistencia.
 - 3-Determinación del origen del accidente o urgencia médica código rojo reportada, la decisión dependerá del TRIAGE realizado por el equipo médico de A365.
 - 4-. Verificación y confirmación estado clínico con riesgo vital.
 - 5-. Si el paciente aún no ha sido trasladado, asesoría en primeros auxilios por parte del equipo médico en central de A365 Colombia.
 - 6-.Determinación por parte del equipo médico de A365 Colombia del centro hospitalario más cercano e idóneo para la atención del AFILIADO del servicio accidentado.
- Coordinar la remisión del AFILIADO accidentado al centro médico escogido por la central médica de A365 Colombia.
- 8-. Seguimiento al traslado del AFILIADO accidentado.

OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Cada vez que en estas condiciones generales se utilice la expresión “afiliado”, se entenderá de acuerdo a definición mencionada en el glosario de términos y que haya adquirido y pagado previamente alguno de los planes detallados al final de estas condiciones generales.

El afiliado estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados por A365 a:

Obtener la autorización expresa de A365, a través de la central operativa en Colombia en todos los casos, antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia.

El afiliado deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por A365, frente a los servicios que se soliciten a la empresa.

EXCLUSIONES GENERALES AL SERVICIO DE ASISTENCIA A365.

- Que el AFILIADO no se encuentre al día en sus pagos o se encuentre suspendido del servicio de Asistencia A365.
- Que el solicitante incumpla cualquiera de las obligaciones y condiciones de cobertura indicadas en este contrato.
- La atención del servicio adquiridos por el aliado estarán vigentes a partir de la notificación realizada por parte de Seguros Mundial.
- También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de: Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- No se realizará ningún tipo de reembolso de servicios tomados por el afiliado que no hayan sido coordinados y autorizados por la central de operaciones de A365.
- Cuando el AFILIADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Autolesiones o participación del AFILIADO en actos delictuosos ya sea culpable o dolosamente.
- La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones. La participación del AFILIADO en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones o pruebas y/o contiendas de seguridad y/o de resistencia.
- Cuando por orden de alguna autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos. Cuando el personal de cualquier autoridad oficial con orden de embargo, allanamiento, aseguramiento de bienes, aprehensión, cateo, investigación, rescate, etc., se vea obligada a forzar, destruir o romper cualquier elemento de acceso como son: puertas, ventanas, chapas, cerraduras, etc., en el domicilio del asegurado.

OTRAS EXCLUSIONES GENERALES.

No son objeto de los servicios, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- a) La mala fe, fraude o abuso de confianza del afiliado, comprobada por el personal de A365.
- b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- c) Hechos y actos del hombre derivados de: terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, asalto, motín o tumulto, etc.
- d) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- e) La ingestión de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- f) Enfermedades Psiquiátricas y/o mentales.
- g) Incidentes y/o accidentes causados por el uso o consumo de estupefacientes, alcohol y/o droga.
- h) Accidentes o lesiones causados por la práctica de deportes de alto riesgo nombrados, pero no limitados a: Paracaidismo, surf, bungee jumping, snowboard, alpinismo o montañismo, motocross, parapente, aladeltismo, rafting, buceo deportivo, esquí, ciclismo de montaña, skateboard, skitesurf, esquí acuático, cuatriciclo, motonáutica, windsurf, Sandboard, moto de nieve, planeador o soaring, kayak, canotaje, lancha, globo aerostático, catamarán, vela,

- i) Daños causados a sí mismo por alteración de sus facultades mentales.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

AFILIADO: Es la persona física que haya contratado a través de A365 o Seguros Mundial los SERVICIOS de asistencia que presta A365, y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que envíe para tal efecto a A365.

SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en el producto que hayan sido contratado por el AFILIADO y cuyas definiciones se incluyen en el presente documento.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el cuerpo del presente documento, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en estas condiciones generales.

EMERGENCIA: Es toda situación en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Para efectos considera EMERGENCIA una situación accidental y fortuita, que ponga en riesgo la integridad, vida y/o seguridad del AFILIADO.

URGENCIA: Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS). Desde el punto de vista médico, podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse.

EVENTO: Es una SITUACION DE ASISTENCIA reportada por un AFILIADO que da derecho a la prestación de uno de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

ACCIDENTE: Todo evento súbito e imprevisto que provoque daños materiales y/o corporales a un AFILIADO, causado única y directamente por una causa externa, fortuita y evidente.

PATOLOGIA: Es la de “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los SERVICIOS que ofrece A365 estarán a disposición de los AFILIADOS, que será a partir de las 00 horas después del reporte en base de datos por parte de Seguros Mundial.

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D00I
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002

RESIDENCIA HABITUAL: El domicilio permanente que manifieste tener un AFILIADO en el formulario de asistencia, en el momento de haber contratado el SERVICIO. En caso de cambiar de residencia, el AFILIADO debe comunicarse con A365 para realizar dicho cambio en las bases de datos.

EQUIPO TÉCNICO: El personal asistencial apropiado que esté gestionando los SERVICIOS a los AFILIADOS por cuenta de A365, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

MONTO POR EVENTO: Es el costo máximo que será cubierto por A365, asociado a la prestación de un SERVICIO. Si el valor de la prestación es superior a este MONTO POR EVENTO, la diferencia será de cargo del afiliado.

PROVEEDOR: Es el EQUIPO TECNICO de A365, o subcontratado por A365, apropiado para prestar los SERVICIOS a un AFILIADO de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

COPAGO: Deducible o pago parcial que el afiliado debe cancelar para adquirir un servicio.

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que A365 podrá prestar los servicios de asistencia en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate.

Los servicios a que se refiere el presente documento, configura la única obligación a cargo de A365 y/o su red de prestadores y en ningún caso reembolsará al CLIENTE las sumas que este hubiera erogado.

