

Capítulo II Objeto y Alcance del Seguro.

Allianz Seguros de Vida S.A., que en adelante se denominará “LA COMPAÑÍA”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Amparos.

Son amparos de este seguro los enunciados a continuación siempre y cuando las partes hayan acordado un valor asegurado para cada uno, valor que debe figurar en la carátula de la póliza o en cualquiera de sus anexos:

- Fallecimiento.
- Incapacidad, Inutilización o desmembración por enfermedad o accidente.
- Enfermedades graves.
- Indemnización por fallecimiento accidental.
- Auxilio por fallecimiento.
- Renta diaria por hospitalización y Renta diaria por incapacidad temporal por accidente.
- Asistencia multifamiliar.
- Asistencia de adulto mayor.
- Asistencia de bienestar y salud.

I. Exclusiones para Todos los amparos.

EXCLUSIONES AMPARO POR FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA no reconocerá la indemnización por este amparo, si el fallecimiento es producido como consecuencia de suicidio, durante el primer año de vigencia, ya sea estando EL ASEGURADO en su sano juicio o en estado de demencia.

EXCLUSIONES AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente haya sido causada directa o indirectamente por:

- 1) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.
- 2) Tentativa de suicidio, estando o no el ASEGURADO en uso de sus facultades mentales.
- 3) Producida por la participación del ASEGURADO como piloto o miembro de la tripulación de una aeronave.
- 4) Consecuencia de viajes que realice EL ASEGURADO en compañías de transporte aéreo que no cuenten con itinerarios debidamente publicados y autorizados para el transporte de pasajeros.
- 5) Participación en riñas, peleas, y toda otra exposición deliberada del ASEGURADO a peligros excepcionales o temerarios, salvo en un intento de salvar una vida humana.
- 6) Producida por la participación del ASEGURADO en competencias de velocidad o prácticas deportivas tales como automovilismo, boxeo, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, parapente, tauromaquia, equitación, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencias o sus preparativos, siempre y cuando sean actividades o deportes considerados de alto riesgo, sea como miembro activo y/o ejecutante. ESTA EXCLUSIÓN NO PROCEDE CUANDO LA COMPAÑÍA EXPRESAMENTE HAYA MANIFESTADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL ASEGURADO PAGUE LA EXTRAPRIMA CORRESPONDIENTE.
- 7) Producida por la participación del ASEGURADO en trabajos bajo el agua o la tierra, fabricación y/o manipulación de explosivos, municiones y fuegos artificiales.
- 8) Causada por actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear, epidemias e infecciones. Igualmente se encuentra excluida la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- 9) Los eventos accidentales ocurridos a consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- 10) Producida como consecuencia de actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.
- 11) Lumbalgias, espasmos musculares, lesiones o contusiones causadas por esfuerzos tales como hernias, eventraciones, oclusiones intestinales, desgarramientos musculares, luxaciones, esguinces.
- 12) Ingestión involuntaria de venenos, gases tóxicos, o encontrarse el ASEGURADO bajo la influencia, por acto voluntario, de drogas o alucinógenos.
- 13) Accidentes causados por intervenciones quirúrgicas o tratamientos clínicos o para clínicos o como consecuencia de ellos, salvo que la intervención o el tratamiento obedezca a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la póliza.
- 14) Consecuencia directa de una enfermedad o accidente cuya causa esté expresamente excluida en esta póliza.

EXCLUSIONES AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

No habrá lugar a pago alguno si la enfermedad que padece y se diagnostica al ASEGURADO, es a consecuencia de o está en conexión con:

- 1) El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal como fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud, con prueba confirmatoria, mediante test de anticuerpos o virus de sida, con resultado positivo, o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre que tenga, que sea diagnosticado por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión, así como cualquier otra enfermedad derivada de dichos síndromes.
- 2) La angioplastia y / o cualquier otra intervención intra arterial, diferente de las arterias coronarias y cirugía por toracotomía mínima.
- 3) La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos o carcinoma baso celular, carcinoma de células escamosas) y el cáncer de cérvix in situ (cuello de la matriz), o cualquier tipo de tumor que sea descrito en términos histológicos como in situ, o aquellos que presenten cambios malignos en su fase inicial. Denomínese cáncer in situ, aquel donde no se ha estructurado un tumor propiamente dicho, pero hay presencia de células malignas que no han invadido otros órganos.
- 4) Lesiones causadas por EL ASEGURADO, contra su propia integridad física, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- 5) Traumatismo mayor de cabeza sufrido como consecuencia de accidente ocasionado por uso de motonetas, motocicletas, mototriciclos o cuatrimotos como conductor o acompañante.
- 6) Adicción al alcohol o a drogas que no hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
- 7) Tampoco habrá lugar a pago alguno, cuando la enfermedad haya sido diagnosticada o exista un historial previo relacionado con ella, o se haya recibido tratamiento por la misma, antes de la iniciación de la vigencia del presente amparo.
- 8) Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- 9) Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente enunciada dentro de la cobertura del amparo.
- 10) Para infarto al miocardio, se excluyen:
 - Infarto del miocardio sin elevación del segmento st con solamente elevación de troponina i ó t.
 - Angina de pecho estable o inestable.
 - Infarto de miocardio silente.
- 11) Para el Accidente cerebro-vascular, se excluyen:
 - Accidentes isquémicos transitorios (ait).
 - Lesiones traumáticas del cerebro.
 - Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
 - Infartos lacunares sin déficit neurológico.
 - Accidentes de los que EL ASEGURADO pueda recuperarse completamente dentro de las seis (6) semanas siguientes al mismo.

EXCLUSIONES AMPARO DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA no reconocerá la indemnización por este amparo, si la muerte es consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas:

- 1) Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura

- del presente amparo.
- 2) Muerte causada así mismo por el ASEGURADO (suicidio) estando o no en uso de sus facultades mentales.
 - 3) Muerte causada por la acción directa o indirecta de una persona sobre el ASEGURADO, mediante la utilización de arma de fuego, arma cortante, punzante o contundente, con explosivos, o cualquier otra forma de homicidio u otra causa de muerte no natural diferente a la muerte accidental definida en esta póliza.
 - 4) Participación en riñas, peleas, y toda otra exposición deliberada del ASEGURADO a peligros excepcionales o temerarios, salvo en un intento de salvar una vida humana.
 - 5) Ingestión involuntaria de venenos, gases tóxicos, o encontrarse el ASEGURADO bajo la influencia, por acto voluntario, de drogas o alucinógenos.
 - 6) Producida por la participación del ASEGURADO en competencias de velocidad o prácticas deportivas tales como automovilismo, boxeo, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, parapente, tauromaquia, equitación, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencias o sus preparativos, siempre y cuando sean actividades o deportes considerados de alto riesgo, sea como miembro activo y/o ejecutante. ESTA EXCLUSIÓN NO PROCEDE CUANDO LA COMPAÑÍA EXPRESAMENTE HAYA MANIFESTADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL ASEGURADO PAGUE LA EXTRAPRIMA CORRESPONDIENTE.
 - 7) Producida por la participación del ASEGURADO como piloto o miembro de la tripulación de una aeronave.
 - 8) Consecuencia de viajes que realice EL ASEGURADO en compañías de transporte aéreo que no cuenten con itinerarios debidamente publicados y autorizados para el transporte de pasajeros.
 - 9) Actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear, igualmente se encuentra excluida la muerte ocurrida durante la prestación del servicio en las fuerzas armadas, navales, aéreas o de policía.
 - 10) Muerte causada por intervenciones quirúrgicas o tratamientos clínicos o para clínicos o como consecuencia de ellos, salvo que la intervención o el tratamiento obedezca a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por la póliza.
 - 11) Producida por la participación del ASEGURADO en trabajos bajo el agua o la tierra, fabricación y/o manipulación de explosivos, municiones y fuegos artificiales.
 - 12) Los eventos accidentales ocurridos a consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
 - 13) Producida como consecuencia de actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.

EXCLUSIONES AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA no reconocerá la indemnización por este amparo, si el fallecimiento es producido como consecuencia de suicidio, durante el primer año de vigencia, ya sea estando EL ASEGURADO en su sano juicio o en estado de demencia.

EXCLUSIONES AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE.

Exclusiones amparo renta diaria por hospitalización.

La indemnización contemplada en esta cobertura no será cubierta cuando la hospitalización sea consecuencia directa o indirecta de uno de los siguientes hechos:

- 1) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por EL ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.
- 2) Lesiones causadas así mismo por EL ASEGURADO, ya sea que se encuentre en estado de cordura o demencia.
- 3) Hospitalizaciones como consecuencia de embarazo, parto o aborto y complicaciones derivadas, reclusión hospitalaria para chequeos de control o práctica de exámenes de diagnóstico.
- 4) Sida, enfermedades psíquicas o mentales del ASEGURADO, cualquier clase de hernias y várices.
- 5) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón del accidente o la enfermedad, infecciones bacterianas (salvo: infecciones piogénicas que acontezcan como consecuencia de una herida accidental).
- 6) Hospitalización por enfermedades o accidentes que se produzcan por actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear, epidemias e infecciones. Igualmente se encuentran excluidas las hospitalizaciones por enfermedades o accidentes que se produzcan con ocasión de la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- 7) Hospitalizaciones que se produzcan por el uso de cualquier nave aérea en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de tripulación.
- 8) Hospitalizaciones por accidentes que sufra EL ASEGURADO cuando viaje como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una compañía de transporte aéreo con itinerarios debidamente publicados y autorizada para el transporte de pasajeros por la autoridad gubernamental constituida y con jurisdicción sobre la aviación civil del país de su registro.
- 9) Cuando voluntariamente EL ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, alucinógenos, drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- 10) Hospitalización a causa de cirugía estética para fines de embellecimiento.
- 11) Práctica, entrenamiento o participación en deportes o actividades tales como espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, planeadores, cometas, motociclismo, deportes de invierno o cualquiera que se considere como de alto riesgo y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- 12) Producida por la participación del ASEGURADO en trabajos bajo el agua o la tierra, fabricación y/o manipulación de explosivos, municiones y fuegos artificiales.
- 13) Los eventos accidentales ocurridos a consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada

- o no).
- 14) Producida como consecuencia de actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.

Exclusiones renta diaria por incapacidad temporal por accidente.

La indemnización contemplada en esta cobertura no será cubierta cuando la incapacidad temporal por accidente sea consecuencia directa o indirecta de uno de los siguientes hechos:

- 1) Lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por EL ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.
- 2) Lesiones causadas así mismo por EL ASEGURADO, ya sea que se encuentre en estado de cordura o demencia.
- 3) Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón del accidente amparado por este seguro, infecciones bacterianas (salvo: infecciones piogénicas que acontezcan como consecuencia de una herida accidental).
- 4) Accidentes que sufra EL ASEGURADO por actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear, epidemias e infecciones. Igualmente se encuentra excluida la incapacidad que sea consecuencia de la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- 5) Accidentes que sufra EL ASEGURADO por el uso de cualquier nave aérea en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de tripulación.
- 6) Accidentes que sufra EL ASEGURADO cuando viaje como pasajero en aeronaves que no pertenezcan a una compañía de transporte aéreo con itinerarios debidamente publicados y autorizada para el transporte de pasajeros por la autoridad gubernamental constituida y con jurisdicción sobre la aviación civil del país de su registro.
- 7) Cuando voluntariamente EL ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, alucinógenos, drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- 8) Cirugía estética para fines de embellecimiento.
- 9) Práctica, entrenamiento o participación en deportes o actividades tales como espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, planeadores, cometas, motociclismo, deportes de invierno o cualquiera que se considere como de alto riesgo y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional.
- 10) Producida por la participación del ASEGURADO en trabajos bajo el agua o la tierra, fabricación y/o manipulación de explosivos, municiones y fuegos artificiales.
- 11) Los eventos accidentales ocurridos a consecuencia de liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- 12) Producida como consecuencia de actividades terroristas atómicas, biológicas o químicas.

EXCLUSIONES ASISTENCIA MULTIFAMILIAR.

Exclusiones generales para todas las coberturas del anexo de asistencia multifamiliar.

Además de las exclusiones indicadas para cada una de las coberturas que componen la Asistencia Multifamiliar, LA COMPAÑIA no cubrirá los siguientes casos:

- 1) Los servicios solicitados en zonas enmarcadas como territorio de conflicto interno (zonas rojas), zonas de tolerancia o zonas de difícil acceso vehicular, peatonal, de tránsito libre y aquellos lugares en donde exista inconveniente o riesgo de seguridad de los recursos (humano y material) por cualquier fuerza al margen de la ley, guerrilla, autodefensas o cualquier otro.
- 2) Los servicios que el ASEGURADO haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización de LA COMPAÑIA.
- 3) Los servicios adicionales que EL ASEGURADO contrate directamente con el técnico especialista y/o profesionales bajo su cuenta y riesgo.
- 4) Daños causados por mala fe del ASEGURADO.
- 5) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular, terrorismo y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
- 6) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad.
- 7) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- 8) Eventos catastróficos de la naturaleza tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- 9) Expropiación, requisita o daños producidos en los bienes del ASEGURADO por orden del gobierno, de derecho o de facto, o de cualquier autoridad instituida.
- 10) Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en pruebas falsas.

1. ASISTENCIA HOGAR.

Exclusiones del servicio de cerrajería.

Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación y/o reposición de cerraduras y puertas de madera, que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores, así como también la apertura, cambio, reposición, o reparación de cerraduras de guardarropas, alacenas o chapas de seguridad, electrónicas, importadas, o de diseño especial.

Exclusiones del servicio de plomería.

Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación y/o reposición de averías propias de: grifos, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, tanques aéreos y de reserva, llaves de paso, calentadores, arreglo de canales y bajantes, cubiertas, cualquier material importado, reparación en áreas comunes y cajas de inspección. No cubre tubería galvanizada, de hierro, cemento, asbesto, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, y cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias de la vivienda, reparación de goteras debido a una mala impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, ni averías que se deriven de humedad o filtraciones. Cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la empresa de acueducto y alcantarillado de la ciudad.

Exclusiones para la instalación de electrodomésticos.

Solo se presta la mano de obra, los materiales adicionales deben ser comprados por el ASEGURADO. El equipo de montaje no realizará trabajos donde se requiera la participación de gremios especializados o de instaladores debidamente autorizados tales como: - panelación-integración o encastre del producto. - conexión de conductos de evaporación de secadoras. - acondicionamiento de huecos de encastre en encimeras de granito y mármol. - compatibilización de placas y hornos de modelos diferentes. - instalación de frío que requiera de la intervención del servicio asistencia técnica. - realización de acometidas, anulaciones, conexiones o instalaciones de gas natural, propano o butano y comprobación de fugas. - instalación de campanas, extractores, termos, calderas, fregaderos, grifería, aire acondicionado y calefacción. - montaje de muebles y kits nuevos o modificación de los existentes para ubicar el producto.

Exclusión para el servicio de instalaciones eléctricas menores.

No se realizan instalaciones eléctricas menores fuera de reglamento eléctrico (retie). No se realizará el cableado o recableado para conexiones de citófonos o timbres.

No incluye reparación de circuito eléctrico a chapas de puertas o portones eléctricos.

Exclusiones del servicio de armado de muebles en el hogar.

Quedan excluidos muebles antiguos o viejos, es decir, que tengan más de un (1) año de antigüedad o que se vean gastados o con daños visibles.

Quedan excluidos traslados de muebles armados dentro o fuera de la casa.

No incluye instalación, anclaje o montaje del mueble armado en algún punto de la vivienda.

2. ASISTENCIAS MASCOTAS.

Exclusiones del servicio médico veterinario a domicilio y/o red de veterinarias por emergencia.

Se excluye de la cobertura denominada "servicio médico veterinario" las reclamaciones por tratamientos, exámenes, medicamentos, cirugías y/o procedimientos derivados del servicio.

No se considerará como accidente en mascotas:

- 1) Todo tipo de enfermedad, en especial, las enfermedades cardiovasculares, las vasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- 2) El infarto de miocardio.

Enfermedad: Toda alteración involuntaria del estado de salud de un animal cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un veterinario legalmente autorizado para ejercer.

No se considerarán enfermedades a efectos de las coberturas de esta asistencia:

- 1) Los accidentes, tal y como se define este concepto anteriormente.
- 2) Las enfermedades congénitas y/o hereditarias, definidas como una anomalía en las características anatómicas o fisiológicas de cualquiera de las estructuras corporales u orgánicas del individuo, presente en el animal desde su nacimiento, y que produce una patología o alteración de la salud durante la vida del animal, incluso si la sintomatología no se evidencia desde el momento del nacimiento. Tendrán la consideración de congénitas, entre otras, las anomalías siguientes: - displasia de cadera o de codo. - hemivértebra. - luxación congénita de rótula. - ectropión, entropión, alteraciones de pestañas (distiquiasis). - entantias bilaterales. - testículos ectópicos, (monorquidia, criptorquidia). - elongación de paladar con o sin síndrome de braquiocefálico. - hernias umbilicales no traumáticas.
- 3) Las enfermedades/defectos o malformaciones preexistentes que son las definidas como aquellas alteraciones de la salud o anomalías que existen con anterioridad al momento de la contratación de la asistencia, la cual, normalmente, ha sido percibida por signos o síntomas, independientes de que exista o no un diagnóstico veterinario al respecto.
- 4) Las alteraciones de la conducta o el comportamiento.
- 5) La gestación y el parto normal o eutócico.
- 6) Intervención quirúrgica: tratamiento quirúrgico realizado para paliar o resolver un accidente o enfermedad, incluyéndose en este concepto los honorarios del cirujano, los gastos de procedimientos anestésicos, el material quirúrgico y prótesis y los gastos de medicamentos utilizados

durante la cirugía.

Exclusiones para el servicio de cremación de la mascota por enfermedad o accidente.

- 1) La mascota que tenga menos de tres (3) meses cumplidos al momento del fallecimiento o más de doce (12) años, al momento de ingresar a la asistencia.
- 2) El fallecimiento de la mascota amparada, ocurrido durante el periodo de carencia de la asistencia.
- 3) Se cubrirá el costo del servicio de cremación de la mascota por accidente 24 horas después de ingresar a la asistencia.
- 4) Se cubrirá el costo del servicio de cremación de la mascota por enfermedad grave comprobada después de tres meses de ingresar a la asistencia.

3. ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS.

Exclusiones particulares para el servicio de tutor académico a domicilio para ayuda de tareas.

- 1) La asistencia en respuesta a consultas superiores a dos (2) horas educativas.
- 2) Prestación de la asistencia para incapacidades inferiores a cinco (5) días.

EXCLUSIONES ASISTENCIA DE ADULTO MAYOR.

Exclusiones generales para todos los amparos de asistencia de adulto mayor.

Además de las exclusiones indicadas para cada una de las coberturas que componen la Asistencia de Adulto Mayor, la compañía no cubrirá los siguientes casos:

- 1) Los servicios solicitados en zonas enmarcadas como territorio de conflicto interno (zonas rojas), zonas de tolerancia o zonas de difícil acceso vehicular, peatonal, de tránsito libre y aquellos lugares en donde exista inconveniente o riesgo de seguridad de los recursos (humano y material) por cualquier fuerza al margen de la ley, guerrilla, autodefensas o cualquier otro.
- 2) Los servicios que el ASEGURADO haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización dada por LA COMPAÑÍA.
- 3) Los servicios adicionales que el ASEGURADO haya contratado directamente con el técnico especialista y/o profesionales bajo su cuenta y riesgo.
- 4) Daños causados por mala fe del ASEGURADO.

- 5) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular, terrorismo y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
- 6) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad.
- 7) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- 8) Eventos catastróficos de la naturaleza tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- 9) Expropiación, requisita o daños producidos en los bienes del ASEGURADO por orden del gobierno, de derecho o de facto, o de cualquier autoridad instituida.
- 10) Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa; o apoyada en pruebas falsas.

1. HOGAR EXPRESS.

Exclusiones para la asistencia de instalaciones eléctricas menores.

- 1) No se realizan instalaciones eléctricas menores fuera de reglamento eléctrico (retie).
- 2) No se realizará el cableado o re cableado para conexiones de citófonos o timbres.
- 3) No incluye reparación de circuito eléctrico a chapas de puertas o portones eléctricos.

Exclusiones para la asistencia de armado de muebles en el hogar.

- 1) Quedan excluidos muebles antiguos o viejos, es decir, que tengan más de un (1) año de antigüedad o que se vean gastados o con daños visibles.
- 2) Quedan excluidos traslados de muebles armados dentro o fuera de la casa.
- 3) No incluye instalación, anclaje o montaje del mueble armado en algún punto de la vivienda.

Exclusiones para la asistencia de servicio de cerrajería.

- 1) Quedan excluidas de la presente cobertura, cambio de guardas, la reparación y/o reposición de cerraduras y puertas de madera, que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores, así como también la apertura, cambio, reposición, o reparación de cerraduras de

guardarropas, alacenas o chapas de seguridad, electrónicas, importadas, o de diseño especial.

EXCLUSIONES ASISTENCIA DE BIENESTAR Y SALUD.

Exclusiones generales para todos los amparos de asistencia de bienestar y salud.

Además de las exclusiones indicadas en algunas de las coberturas, la compañía no cubrirá los siguientes casos:

- 1) Los servicios solicitados en zonas enmarcadas como territorio de conflicto interno (zonas rojas), zonas de tolerancia o zonas de difícil acceso vehicular, peatonal, de tránsito libre y aquellos lugares en donde exista inconveniente o riesgo de seguridad de los recursos (humano y material) por cualquier fuerza al margen de la ley, guerrilla, autodefensas o cualquier otro.
- 2) Los servicios que el ASEGURADO haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización dada por la compañía.
- 3) Los servicios adicionales que el ASEGURADO haya contratado directamente con el técnico especialista y/o profesionales bajo su cuenta y riesgo.
- 4) Daños causados por mala fe del ASEGURADO.
- 5) Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular, terrorismo y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
- 6) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad.
- 7) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- 8) Eventos catastróficos de la naturaleza tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- 9) Expropiación, requisita o daños producidos en los bienes del ASEGURADO por orden del gobierno, de derecho o de facto, o de cualquier autoridad instituida.
- 10) Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa; o apoyada en pruebas falsas.

II. Definición de los amparos.

Riesgos Amparados.

DEFINICIÓN AMPARO POR FALLECIMIENTO.

Si el ASEGURADO fallece por cualquier causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de esta póliza.

DEFINICIÓN AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

Salvo las condiciones y exclusiones indicadas en este clausulado, LA COMPAÑÍA pagará el presente amparo en los siguientes eventos:

1. Cuando EL ASEGURADO sufra a causa de una enfermedad diagnosticada no preexistente en la fecha de inicio del seguro o de un accidente ocurrido posterior a dicha fecha, lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a ciento veinte (120 días) comunes continuos.
2. Cuando a consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad a la fecha de inicio del seguro, EL ASEGURADO sufra pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION dentro de los 180 días comunes siguientes a la ocurrencia del accidente y, siempre y cuando, el ASEGURADO sobreviva 30 días comunes a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.
3. Cuando a consecuencia de una enfermedad no preexistente a la fecha de inicio del seguro, EL ASEGURADO sufra pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION y, siempre y cuando, el ASEGURADO sobreviva 30 días comunes a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.

Para todos los efectos de este amparo se entiende por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el ASEGURADO como resultado de una enfermedad o accidente cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a ciento veinte (120) días comunes continuos.

El porcentaje de disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones, será validado en primera instancia por un médico o una institución nombrados por LA COMPAÑÍA, o también podrá ser certificado por la entidad de Riesgos Laborales (A.R.L), por la entidad promotora de salud (E.P.S), por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P.), y en última instancia, será el establecido de conformidad con lo dispuesto en el manual único para la calificación de la invalidez expedido por el gobierno nacional y utilizado por la Junta Regional de Calificación de invalidez vigente a la fecha de reclamación. Se entenderá ocurrida la disminución laboral al momento de su estructuración.

Cuando se produzca la Incapacidad Total y Permanente en las condiciones dispuestas en el presente condicionado, LA COMPAÑÍA pagará el 100% del valor asegurado vigente al momento de la estructuración de la misma.

Cuando se produzca una desmembración o inutilización de las establecidas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION, por causa de una enfermedad o de accidente, según lo dispuesto en el presente condicionado, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada vigente a la fecha de ocurrencia de la desmembración o inutilización por enfermedad o accidente, los porcentajes relacionados a continuación:

RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN:

- 1) Por pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

- 2) Por ceguera irreparable de ambos ojos: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 3) Por pérdida de una mano o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 4) Por demencia total presumiblemente incurable que impida todo trabajo: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 5) Por parálisis total presumiblemente incurable que impida todo trabajo: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 6) Por pérdida total e irreparable del habla: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 7) Por sordera bilateral total irreparable: 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 8) Por pérdida de una mano o de un pie: 60% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 9) Por ceguera irreparable de un ojo: 60% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 10) Por pérdida de cinco (5) artejos del mismo pie: 25% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 11) Por pérdida del dedo pulgar siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges: 20% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 12) Por pérdida de tres (3) dedos de la misma mano, siempre que comprenda las tres falanges de cada uno, con excepción de los dedos pulgar e índice: 15% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.
- 13) Por pérdida del dedo índice siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges: 15% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

PARÁGRAFO 1:

Para los efectos de los numerales uno, tres y ocho, de la relación de riesgos e indemnizaciones se entiende por pérdida de la mano la amputación que se verifique a la altura de la muñeca y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.

PARÁGRAFO 2:

También se entiende por pérdida, la inutilización, es decir, inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

PARÁGRAFO 3:

Si EL ASEGURADO recibe cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de LA RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION, se agota la responsabilidad máxima de LA COMPAÑÍA, produciendo la terminación del amparo de Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente, extinguiendo toda obligación indemnizatoria.

PARÁGRAFO 4:

Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del ASEGURADO y de sus

beneficiarios, que produzca la desmembración o la perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico nombrado por LA COMPAÑÍA.

DEDUCCIONES.

A medida que EL ASEGURADO reciba, durante la misma vigencia, cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 10, 11, 12 y 13 de la RELACION DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN, la suma asegurada correspondiente al AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE disminuye.

En los casos de las indemnizaciones donde el porcentaje afectado sea igual o superior al 60% se agota la responsabilidad máxima de LA COMPAÑÍA, produciendo la terminación del amparo de Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente, extinguiendo toda obligación indemnizatoria.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALORES ASEGURADOS.

Si EL ASEGURADO recibe durante la misma vigencia cualquiera de las indemnizaciones originadas en los numerales 10, 11, 12 y 13 de la RELACION DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN y el porcentaje afectado es inferior al sesenta (60 %), para la renovación de la póliza la suma asegurada se restablecerá automáticamente, manteniendo su crecimiento de valor asegurado si ha contratado la póliza con esta opción.

DEFINICIÓN AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

Salvo las condiciones y exclusiones indicadas en este clausulado, LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el capital estipulado para el presente amparo, si durante la vigencia del amparo, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cualquiera de las siguientes enfermedades:

- Cáncer.
- Infarto al miocardio.
- Insuficiencia renal crónica.
- Esclerosis múltiple.
- Accidente cerebro-vascular.
- Afección de arteria coronaria que exija cirugía.
- Quemadura severa.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Enfermedad de Parkinson.
- Parálisis de miembros superiores o inferiores.
- Pérdida de miembros superiores o inferiores.
- Pérdida total de la audición.
- Pérdida total de la visión.
- Estado de coma.
- Trasplante de órgano mayor.
- Traumatismo mayor de cabeza.

Para todos los efectos previstos en esta póliza y en este amparo se entiende por:

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento y la expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. Se incluye en esta definición la leucemia linfocítica aguda, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno. El diagnóstico de cualquiera de las anteriores, debe ser evidenciado por una histología claramente definida.

Infarto al miocardio: Necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia del abastecimiento sanguíneo inadecuado a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado por todos los siguientes aspectos: historia de dolor torácico típico, cambios en el electrocardiograma y elevación de las enzimas cardíacas troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Insuficiencia renal crónica: Enfermedad que se caracteriza por una falla crónica e irreversible de la función renal de ambos riñones, en la que EL ASEGURADO requiere finalmente de diálisis o trasplante. Dicho diagnóstico, debe ser certificado por un nefrólogo.

Esclerosis múltiple: Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple establecido por un especialista en neurología. La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización, deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la resonancia nuclear magnética. Para probar el diagnóstico, EL ASEGURADO debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un período continuo de por lo menos seis (6) meses o haber tenido al menos dos episodios clínicamente documentados con un intervalo de un mes entre ellos o un episodio clínicamente documentado junto con hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también lesiones cerebrales específicas detectadas en la resonancia nuclear magnética.

Accidente cerebro-vascular: Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intra craneano o embolización de fuente extra craneal. Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la tac (tomografía axial computarizada) de cerebro y rnm (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Afección de arteria coronaria que exija cirugía: Haberse sometido a cirugía cardíaca a tórax abierto para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias, por implante de un puente arterial coronario en personas con síntomas de dolor torácico. La necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada mediante angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quemadura severa: Dícese de las quemaduras de tercer grado, que comprometan más del 20% de la superficie corporal del ASEGURADO, el diagnóstico debe ser

confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

Enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil) antes de la edad de 66 años, confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (Por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Enfermedad de Parkinson: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas) antes de los 66 años, confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Se considera Actividades de la vida diaria bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

Parálisis de miembros superiores o inferiores: Se considera parálisis de un miembro superior la pérdida funcional completa y permanente de la mano, y se considera parálisis de un miembro inferior la pérdida funcional completa y permanente del pie, por enfermedad o accidente con una duración continua no inferior a ciento ochenta (180) días comunes, confirmado por un médico especialista. El diagnóstico deberá ser confirmado cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

Si la parálisis es de dos (2) o más miembros, el ASEGURADO tendrá derecho a que le sea indemnizado el 100% del valor asegurado alcanzado. Si la parálisis es de un (1) solo miembro, el asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 60% del valor asegurado alcanzado.

Pérdida de miembros superiores o inferiores: Se considera la pérdida de un miembro superior la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o parte proximal a ella, y la pérdida de un miembro inferior la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o parte proximal de él. Si la pérdida es de dos (2) o más miembros, el asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 100% del valor asegurado alcanzado. Si la pérdida es de un (1) solo miembro, el asegurado tendrá derecho a que le sea indemnizado el 60% del valor asegurado alcanzado.

Pérdida total de la audición: Pérdida total, permanente o irreversible de la audición en ambos oídos, demostrada por audiometría e impedanciometría.

Pérdida total de la visión: La pérdida total, permanente e incorregible de la visión en ambos ojos, demostrada por agudeza visual no menos a 20/200 y respuesta

abolida en la prueba de potenciales evocados visuales, o campos visuales menos de diez (10) grados en el meridiano mayor o parte central diagnosticada por campimetría.

Estado de coma: Pérdida continua de la conciencia de por lo menos 96 horas de duración, que produzca déficit neurológico permanente de grado severo. Durante todo el periodo de pérdida de la conciencia es necesario que el ASEGURADO haya requerido cuidados intensivos, incluyendo ventilación asistida.

Trasplante de órgano mayor: Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas. Los órganos cuyo trasplante está cubierto por esta póliza son los siguientes: hígado, corazón, médula ósea, páncreas, pulmón e intestino.

Traumatismo mayor de cabeza: Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test neuroradiológicos (por ejemplo TAC o RNM de cerebro)

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

PARÁGRAFO 1:

La indemnización por este amparo puede aplicarse solamente a las enfermedades graves cubiertas según las definiciones presentadas en este amparo, siempre y cuando sean diagnosticadas por primera vez y haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia de este amparo y EL ASEGURADO sobreviva al menos treinta (30) días a dicho diagnóstico. Para ciertas enfermedades específicas se aplicarán los plazos descritos en las definiciones.

DEFINICIÓN AMPARO DE INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios con el valor asegurado estipulado en la carátula de la póliza cuando, dentro de la vigencia de la póliza, el ASEGURADO fallezca a causa de un accidente, siempre y cuando la muerte se presente dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del accidente que la causó.

Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del ASEGURADO y de sus beneficiarios, que produzca la muerte del ASEGURADO.

DEFINICIÓN AMPARO AUXILIO POR FALLECIMIENTO.

LA COMPAÑÍA otorga a los beneficiarios un auxilio económico para cubrir los gastos funerarios por fallecimiento del ASEGURADO, ocurrido durante la vigencia de la póliza por causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza. El valor a indemnizar será el pactado para tal efecto en la carátula de la póliza.

DEFINICIÓN AMPARO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE.

Renta diaria por hospitalización.

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la suma diaria equivalente al valor asegurado de esta cobertura, si a consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación de esta amparo, el ASEGURADO ingresa como paciente a una institución hospitalaria como mínimo por veinticuatro (24) horas, para el tratamiento respectivo, bajo el cuidado y supervisión de un médico que debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

El reconocimiento de la renta diaria por hospitalización se efectuará hasta por un máximo de 90 días continuos o discontinuos durante el año de vigencia del seguro. Un día de hospitalización queda definido como un mínimo de permanencia de 24 horas.

Para cada año de vigencia de la póliza, la cobertura tendrá un periodo de espera de tres (03) días y corresponde al plazo durante el cual el ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización. Este periodo de espera se tendrá en cuenta en la primera hospitalización que sufra el ASEGURADO durante la vigencia anual de la póliza; para las siguientes hospitalizaciones que se originen durante la misma vigencia anual de la póliza, el ASEGURADO tendrá derecho al pago del valor asegurado, siempre y cuando permanezca hospitalizado mínimo 24 horas.

La cobertura se extenderá para los casos en los que el médico tratante determine que el asegurado debe ser hospitalizado en su lugar de residencia, por lo que el ASEGURADO deberá demostrar mediante certificado médico la orden de hospitalización en casa, así como mediante las órdenes de visitas de control del departamento médico de la institución hospitalaria.

Esta póliza no cubre los periodos de incapacidad o de reposo posteriores a una hospitalización a causa de un accidente, ordenados por el médico o por la institución hospitalaria.

Renta diaria por incapacidad temporal por accidente.

Si EL ASEGURADO sufre un accidente en vigencia del seguro, y dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente es incapacitado por más de tres (3) días continuos, LA COMPAÑÍA le reconocerá una renta diaria por incapacidad temporal por accidente equivalente al valor asegurado de esta cobertura. El reconocimiento de la renta diaria únicamente procederá cuando la incapacidad sea certificada por la Entidad Promotora de Salud (EPS), Medicina Prepagada o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la que se encuentre afiliado y cuando la incapacidad le impida el desempeño de todos y cada uno de los deberes y obligaciones relacionadas con su trabajo.

El pago de la renta diaria se reconocerá desde el primer día de incapacidad y hasta por un período máximo de noventa (90) días continuos o discontinuos durante el año de vigencia del seguro.

El número de días de cobertura contemplado en cada una de las opciones de Renta Diaria son independientes, por lo cual, el ASEGURADO tendrá derecho a ser indemnizado hasta por 180 días durante el año de vigencia del seguro.

Se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del ASEGURADO y de sus beneficiarios, que produzca en la integridad física del ASEGURADO: a) lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles; b) lesiones internas médicamente comprobadas.

DEFINICION DE LOS AMPAROS DE ASISTENCIA MULTIFAMILIAR.

LA COMPAÑÍA cubre a través de su red de proveedores y dentro de la vigencia del seguro, siempre y cuando tenga contratado y señalado el amparo de asistencia Allianz Multifamiliar en la carátula de la póliza, los conceptos definidos en el cuadro de amparos, con los términos, condiciones y limitaciones previstas en la presente póliza.

Solicitud de asistencia.

La cobertura de asistencia Allianz ofrecida opera únicamente cuando el ASEGURADO informe telefónicamente el hecho y solicite el servicio que pueda motivar una intervención asistencial, a los siguientes teléfonos:

Desde Bogotá: 4848855.

Línea gratuita nacional (no opera en Bogotá): 018000412111.

Atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

Jurisdicción territorial.

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

1 ASISTENCIA MÉDICA.

SERVICIO DE AMBULANCIA:

En caso que el grupo familiar o el ASEGURADO requiera un traslado médico terrestre de emergencia dentro del territorio colombiano a consecuencia de una lesión súbita o traumatismo que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico en ambulancia, el proveedor de servicios coordinará y hará seguimiento hasta el arribo de unidades médicas para trasladar al beneficiario de la asistencia hasta el centro médico asistencial más cercano.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año y sin límite de cobertura.

Grupo familiar que viva en el mismo domicilio del ASEGURADO.

SERVICIO DE AEROAMBULANCIA:

En caso que el ASEGURADO requiera un traslado especial por aeroambulancia dentro del territorio nacional, será cubierto siempre y cuando el estado del ASEGURADO así lo requiera, previa autorización y evaluación de pertinencia médica por parte del proveedor de servicios.

- Siempre y cuando el paciente esté hospitalizado por causa de accidente y por su estado de salud requiera ser trasladado a otra institución prestadora de servicios de salud de mayor complejidad y requiera de atención en un servicio no disponible en la institución y ciudad remitora.
- Dentro del territorio nacional, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución y/o ciudad en donde está siendo atendido el servicio de traslado cubrirá el traslado de ambulancia aérea, siempre y cuando donde se encuentre el paciente exista un acceso seguro para este tipo de transporte.
- Este servicio será coordinado únicamente a través del proveedor definido por el proveedor de servicios.
- No se dará cobertura a traslado de restos mortales, ni a repatriaciones sanitarias.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de doscientos diecisiete (217) smdlv.

MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA.

En caso que el grupo familiar o ASEGURADO lo requiera, el proveedor de servicios pagará y coordinará a través de un tercero el envío de médico hasta el domicilio que el ASEGURADO indique dentro de la ciudad de residencia habitual, para hacerle un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, con un límite de cobertura máximo de seis (6) smdlv.

Grupo familiar que viva en el mismo domicilio del afiliado.

COORDINACIÓN Y EXAMEN DE (MAMOGRAFÍA / ANTÍGENO PROSTÁTICO).

En caso que el ASEGURADO lo requiera y a solicitud de éste, se prestará la coordinación y examen de mamografía/antígeno prostático.

Coordinación y examen de mamografía/antígeno prostático son excluyentes (hombre o mujer)

Límite de edad desde los 35 años en adelante.

Este examen se practicará bajo orden del médico especialista.

Esta cobertura está limitada a un (1) evento por año presentando un copago de veinte mil pesos (\$20.000), con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

PHONO DOCTOR-ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.

A través de este servicio disponible las 24 horas del día, el ASEGURADO o su grupo familiar podrá comunicarse con un profesional de la salud a través de la línea de call center dispuesta, línea en la cual se brindará orientación médica sobre alguna patología específica o podrá aclarar diferentes inquietudes asociadas a temas de salud.

Este servicio se brindará las 24 horas los 365 días del año.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año y sin límite de cobertura.

TRANSPORTE DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA.

Si a consecuencia de una cirugía el ASEGURADO requiere desplazarse, el proveedor de servicios cubrirá el servicio de transporte desde el centro médico, hasta el domicilio.

Este servicio cubrirá traslados dentro del perímetro urbano, hasta máximo cuatro (4) personas. El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 3 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

La asistencia se brindará por tres (3) eventos por año, y con un límite de cobertura de cuatro (4) smdlv por evento.

EXÁMENES DE LABORATORIO (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA)).

El proveedor de servicios, a solicitud del ASEGURADO, reconocerá los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico (hemograma completo, glucosa, grupo sanguíneo, emo (elemental y microscópico de orina)). La toma de los anteriores exámenes se prestará en la red de laboratorios dispuesta por el proveedor de servicios.

La asistencia se brindará por tres (3) eventos por año, y con un límite de cobertura de cinco (5) smdlv por evento.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

Cuando el ASEGURADO lo requiera, el proveedor de servicios dará cobertura de segunda opinión médica nacional en las siguientes especialidades: cardiología, dermatología, endocrinología, endoscopia, gastroenterología, gènito – urinaria, fisiología, ginecología, hematología, obstetricia, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, cirugía de mano, patología, cirugía reconstructiva, radiología, urología, y cirugía vascular.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, sin límite de cobertura.

TRASLADO DESPUÉS DEL PARTO.

Si el ASEGURADO o beneficiario requiere desplazarse después del parto, el proveedor de servicios cubrirá el servicio de transporte desde el centro médico, hasta el domicilio.

Este servicio cubrirá traslados dentro del perímetro urbano. Hasta máximo tres (3) personas. El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 4 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

El Asegurado o beneficiario hace referencia a la madre y sus acompañantes permitidos.

La asistencia se brindará por un (1) evento por año, y con un límite de cobertura de cuatro (4) smdlv por evento.

COORDINACIÓN TELEFÓNICA DE CITAS MÉDICAS.

El proveedor de servicios pone a disposición del ASEGURADO, expertos en servicios de orientación telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año para la asesoría y coordinación de citas médicas.

Cuando el ASEGURADO necesite, el proveedor de servicios coordinará telefónicamente citas médicas ya sea con la EPS bajo la cual se encuentre afiliado, o médico particular. El ASEGURADO debe indicar los datos básicos para la solicitud de la cita; si es médico particular, debe indicar los datos del mismo.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

2 ASISTENCIA HOGAR (Domicilio principal del afiliado).

Las siguientes asistencias, servicio de cerrajería y servicio de plomería, se prestarán en bolsa por un máximo de dos (2) eventos en el año, con un límite de cobertura máximo de diez (10) smdlv, y se podrán utilizar en una misma cobertura o en dos coberturas diferentes, sin exceder el total de eventos definidos.

SERVICIO DE CERRAJERÍA.

Cuando a consecuencia de cualquier accidente o emergencia, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de la vivienda, a solicitud del ASEGURADO, el proveedor de servicios enviará un técnico especializado que realizará la asistencia necesaria para restablecer el acceso a la vivienda y el correcto cierre de la puerta de la misma. El valor previsto para la prestación de este servicio incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra.

SERVICIO DE PLOMERÍA.

Cuando a consecuencia de una avería súbita e imprevista en las instalaciones fijas del sistema de abastecimiento de aguas potables propias de la vivienda del ASEGURADO (instalaciones hidrosanitarias y/o agua potable), se presente alguna rotura o fuga de agua, avería o taponamiento que imposibilite el suministro de las aguas, se enviará un técnico especializado, que realizará la asistencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan. Las reparaciones de plomería no incluyen trabajos de albañilería. El valor determinado para este servicio incluye el costo de los materiales y mano de obra,

exclusivamente en los casos cuando se trate de reparación y/o sustitución de tubos de conducción de agua potable. No se incluyen los gastos generados por enchape y acabados. No incluye la sustitución de mezcladores o accesorios internos del baño. No se cubrirán además las emergencias generadas a inmuebles de terceros.

Esta cobertura aplicará únicamente en caso de emergencia, y en ningún caso por falta de mantenimiento, o por deterioro de materiales.

Las siguientes asistencias, instalación de electrodomésticos, instalaciones eléctricas menores, armado de muebles, se prestarán en bolsa por un máximo de tres (3) eventos en el año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv, y se podrán utilizar en una misma cobertura o en tres coberturas diferentes, sin exceder el total de eventos definidos.

INSTALACIÓN DE ELECTRODOMÉSTICOS.

El proveedor de servicios como consecuencia de una mudanza del hogar del ASEGURADO pondrá a disposición la mano de obra para colocar en marcha el aparato de línea blanca (estufa doméstica, horno, lavadora, lavaplatos, lavavajillas, nevera, secadora) que lo requiera y comprobará su correcto funcionamiento, siempre que la instalación existente lo permita y no requiera de otros profesionales (fontanero, electricista, gas, montaje de muebles de cocina u otros, etc.).

- Conexión eléctrica a la red siempre que sea suficiente el cable proporcionado por el fabricante.
- Lavado: toma de agua y de desagüe siempre que sea suficiente la manguera proporcionada por el fabricante.
- Lavado/frío: suprimir tapa superior, quitar anclaje y nivelar aparato.
- Cocción: montar placa, horno y mandos adquiridos. Siempre que no se requiera del desmontado del equipo sustituido o de la colocación de soportes, regletas o calces adicionales.
- Cada electrodoméstico instalado es contado como un evento.

INSTALACIONES ELÉCTRICAS MENORES.

El usuario podrá solicitar la mano de obra para la realización de trabajos de electricidad menor en su residencia permanente, tales como colocación de tomacorrientes, cableado para enchufes adicionales, interruptores, los cuales deberán ser provistos por el ASEGURADO; el proveedor de servicios enviará un técnico especialista para realizar estas tareas.

ARMADO DE MUEBLES EN EL HOGAR.

Podrá solicitar la mano de obra para realizar armado de algún mueble nuevo que haya adquirido, para esto, el proveedor de servicios enviará un técnico especialista para realizar la tarea del armado de muebles dentro de la su residencia permanente. Los muebles respecto de los cuales se puede requerir el

servicio son aquellos que en su compra adjuntaron un instructivo o catálogo original de armado.

El servicio se limita a la mano de obra de un solo técnico por evento, si el servicio del cliente requiere técnicos adicionales por las condiciones de armado de mueble, el costo de la mano de obra adicional se otorgará a costo preferencial para el cliente.

3 ASISTENCIA MASCOTAS (MASCOTA DEL ASEGURADO).

ORIENTACIÓN MÉDICA VETERINARIA TELEFÓNICA.

A través del número telefónico del servicio que se indicará en la solicitud, el ASEGURADO tendrá acceso a información sobre el cuidado de la mascota amparada, contando con la atención telefónica directa de un veterinario, el cual orientará en las conductas provisionales que se deben asumir mientras se hace contacto profesional veterinario- mascota.

Podrá hacer las consultas necesarias sobre:

- Molestias, síntomas y enfermedades de la mascota amparada.
- Primeros auxilios en caso de emergencia por accidente o enfermedad de la mascota amparada
- Manejo y cuidado en caso de viaje de la mascota.

El proveedor de servicios no se hace responsable por sucesos posteriores a la asesoría telefónica ya que se entiende que es un servicio de medios y no de resultado, por ende no se puede garantizar el resultado final seguido de la consulta telefónica.

El tiempo máximo por llamada será de 15 minutos.

La asistencia se prestará por dos (2) eventos al año y sin límite de cobertura.

SERVICIO MÉDICO VETERINARIO A DOMICILIO Y/O RED DE VETERINARIAS POR EMERGENCIA.

En caso de accidente o enfermedad súbita de la mascota ocurrida durante la vigencia de la asistencia y que sea considerada como una urgencia, en los términos y condiciones descritos en el presente documento, el proveedor de servicios especialistas en asistencias prestará el servicio de consulta veterinaria, en domicilio y/o en red veterinaria.

Dentro de esta cobertura no se encuentra incluido ningún tratamiento, examen, medicamento, cirugía y/o procedimientos derivados del servicio.

Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

BAÑO Y PELUQUERÍA CANINA DESPUÉS DE ACCIDENTE.

En caso de que la mascota afiliada sufra un accidente, ocurrido durante la vigencia de la asistencia, en los términos y condiciones descritos en el presente documento, se pagarán los servicios de baño y peluquería.

Este servicio se prestará en la ciudad de residencia del propietario de la mascota, dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

El servicio debe ser solicitado con un mínimo de 24 horas sujeto a disponibilidad de horario.

Los costes correspondientes del desplazamiento si se llegase a requerir, correrán a cargo del propietario de la mascota.

El servicio solamente se prestará a mascotas que cuenten con carnét de vacunas al día y que estén desparasitados en un tiempo no menor a un mes de antelación antes del baño.

La asistencia se prestará por un (1) evento al año con un límite de cobertura máximo de cuatro (4) smdlv.

SERVICIO PASEO DE CANINOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO.

Si el propietario de la mascota se encuentra hospitalizado por un periodo superior a tres (3) días, el proveedor de servicios de la asistencia brindará y coordinará el envío hasta su domicilio de un paseador para perros por un máximo de 2 horas, hasta por 5 días.

El responsable de la mascota deberá entregar fotocopia de las vacunas e información sobre aspectos de la condición física y el temperamento del canino.

Este servicio se prestará en el lugar de residencia de la mascota, a nivel nacional dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

El servicio debe ser solicitado con un mínimo de 48 horas de anticipación.

La asistencia se prestará por un (1) evento al año con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

ESTANCIA EN RESIDENCIA CANINA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO.

Si el propietario de la mascota se encuentra hospitalizado por un periodo superior a tres (3) días.

El proveedor de servicios de la asistencia brindará el servicio de residencia canina hasta por tres (3) días en un centro designado y autorizado por el proveedor.

El propietario de la mascota debe llevar la comida de la mascota, pues el cambio brusco de alimentación produce trastornos gastrointestinales.

El propietario de la mascota deberá entregar fotocopia de las vacunas e información sobre aspectos de la condición física y el temperamento del canino.

El servicio debe ser solicitado con un mínimo de 48 horas de anticipación.

La asistencia se prestará por un (1) evento al año con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

SERVICIO DE CREMACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

Si la mascota muere como resultado de un accidente o enfermedad grave inesperada y comprobada el proveedor de servicios prestara servicio de cremación.

Así mismo se deja claro que esta asistencia opera únicamente cuando el ASEGURADO ha solicitado y obtenido el visto bueno de la asistencia a través de la central telefónica autorizada por el proveedor de servicios.

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

La asistencia se prestará por un (1) evento al año con un límite de cobertura máximo de siete (7) smdlv.

4. ASISTENCIA EVENTOS SOCIALES.

MESERO, BARMAN, O CHEF A DOMICILIO.

El proveedor de servicios pondrá a disposición del ASEGURADO cualquiera de los tres servicios, con un aviso previo mínimo de 24 horas. Solo se incluye el servicio y los insumos, ingredientes, etc, deben ser previamente comprados por cuenta del ASEGURADO. Este servicio solo aplica para Bogotá, Cali y Medellín.

La asistencia se brindará por un máximo de dos (2) eventos al año presentando un copago de veinte mil pesos (\$20.000) por servicio, con un límite de cobertura máximo de nueve (9) smdlv. Cada servicio se prestará por un máximo de tres (3) horas.

ASISTENCIA TELEFÓNICA PARA INSTALACIONES DE BBQs.

Si el ASEGURADO necesita realizar la instalación de un bbq, el proveedor de servicios prestará el servicio de asesoría telefónica indicando los procedimientos básicos de dicha instalación por parte de un técnico especialista. La compañía realizará la asesoría como una gestión de medio y no de resultado

Si el servicio del cliente requiere técnicos adicionales por las condiciones del bbq, se otorgará para este servicio un costo preferencial que deberá asumir el ASEGURADO.

Este servicio se prestará para bbqs cuyo funcionamiento sea a gas o eléctrico.

Este servicio se brindará por dos (2) eventos al año, cada llamada deberá ser máxima de 20 minutos, y con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

TRASLADO MÁXIMO DE 4 PERSONAS A UN ÚNICO DESTINO.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario lo requieran el proveedor de servicios prestará el servicio de traslado dentro del perímetro urbano hasta el domicilio principal del ASEGURADO.

El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 4 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

El servicio se prestará desde el sitio de reunión donde se encuentre el ASEGURADO hasta el domicilio del mismo (solo un trayecto), con un límite máximo por todo el servicio de hora y media.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, con un límite de cobertura máximo de cuatro (4) smdlv.

SERVICIO DE ENVÍO DE LEÑA Y ALIMENTOS A DOMICILIO.

Cuando el ASEGURADO lo requiera, el proveedor prestará servicios de envío de leña o alimentos a domicilio para preparar el bbq.

Este servicio se prestará dentro del perímetro urbano.

Este servicio se debe solicitar mínimo con una (1) hora de antelación.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de tres (3) smdlv.

5 ASISTENCIA VIAL AUTO.

CONDUCTOR PROFESIONAL.

Cuando a consecuencia de una incapacidad medica temporal o impedimento físico temporal del ASEGURADO para conducir el vehículo registrado, la compañía pondrá a su disposición un conductor profesional para que realice el traslado solicitado por el ASEGURADO y retornarlo a su domicilio en el vehículo registrado; estos traslados se prestarán dentro del perímetro urbano. El servicio debe ser solicitado al menos con 3 horas de antelación por parte del ASEGURADO. El servicio operará entre las 7 am. Y las 6 pm.

Para la coordinación del servicio se solicitará el envío de la incapacidad médica debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS a la cual esté vinculado el ASEGURADO.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

CARRO-TALLER (FALTA GASOLINA, PINCHAZO O BATERÍA DESCARGADA).

En caso que el automóvil requiera cambio de llanta por pinchada, suministro de gasolina o reiniciación de batería (paso de corriente), el proveedor de servicios organizará y asumirá el costo hasta el límite de cobertura del envío de un prestador de servicios para solucionar las eventualidades mencionadas, de tal forma que el automóvil pueda movilizarse por sus propios medios. En todos los casos, el usuario deberá acompañar en todo momento al prestador de servicios.

El servicio de suministro de gasolina es hasta un (1) galón y el costo del combustible debe ser asumido por el ASEGURADO.

El servicio de reinicio de batería se realizará, siempre y cuando sea posible reiniciar el vehículo sin causar daños.

Este servicio aplica dentro de las principales ciudades capitales de departamento de Colombia.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

REVISIÓN PUESTA A PUNTO AUTO.

En caso que el ASEGURADO requiera una revisión de diagnóstico y puesta a punto para viajes de trayectos superiores a 250 km el proveedor de servicios pondrá a disposición un centro especializado, donde realizarán una revisión general del automóvil, (temperatura del motor, estado de las llantas, control de líquido de frenos, fuerza y potencia del motor, un check electrónico para localizar averías) y se indicará las condiciones del mismo. El ASEGURADO asumirá cualquier gasto de reparación, en mano de obra y repuestos.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

ROTURA DE CRISTALES.

Cuando a consecuencia de un hecho súbito e imprevisto se produzca la rotura de vidrios laterales, farolas, y espejos retrovisores del vehículo registrado, la compañía se hará cargo de su sustitución en la red de talleres prevista para tal fin, hasta el monto y número de eventos definidos en el plan contratado.

No habrá lugar a la cobertura de esta asistencia si la rotura de los cristales es indemnizada bajo cualquiera de las coberturas de daños del vehículo.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

INFORMACIÓN DEL ESTADO DE VÍAS.

El proveedor de servicios informará al ASEGURADO cuando éste así lo requiera, el estado de las carreteras principales en todo el territorio colombiano, indicando si existen problemas de orden público, trabajos adelantados en las mismas y/o cualquier situación que pueda afectar la libre circulación.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

6 ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS.

TUTOR ACADÉMICO A DOMICILIO PARA AYUDA DE TAREAS.

El proveedor de servicios, prestará los servicios de tutoría académica a domicilio, al ASEGURADO o sus hijos, a través de la cual se pone a su disposición una asesoría con un docente para cualquier duda o inquietud respecto a las áreas de español, matemáticas, historia y geografía, ciencias naturales, biología, física y química (asignaturas de nivel escolar básico de nivel primario y/o bachillerato). Esta asistencia estará condicionada a que el ASEGURADO esté incapacitado por un periodo igual o superior a cinco (5) días y a que las dudas e inquietudes no superen las dos (2) horas educativas. La asistencia consiste en desarrollar tareas.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo a cuatro(4) smdlv.

TRANSPORTE ESCOLAR DE EMERGENCIA.

Cuando el (la) hijo (a) menor de 15 años del ASEGURADO pierda la ruta escolar, se prestará el servicio de conductor en vehículo particular o taxi desde el inmueble de residencia del ASEGURADO hasta el colegio. El servicio incluye solo un (1) trayecto, dentro del perímetro urbano. El menor debe estar acompañado en todo momento por un adulto responsable. Solo aplica para Bogotá, Cali y Medellín. Este servicio debe ser solicitado por el ASEGURADO con 1 hora de anticipación.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de cuatro (4) smdlv.

REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE CURSOS VIRTUALES.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO referenciará y coordinará cursos virtuales con diferentes entidades de acuerdo al área de interés del ASEGURADO, a través de los asesores especializados de call center, informando horarios, tarifas, áreas especializadas, entre otros.

El proveedor de servicios no asumirá ningún costo referente a los cursos virtuales.

La asistencia se realiza sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

REFERENCIA DE CENTROS DE ESTUDIO EN EL EXTERIOR.

El proveedor de servicios, a solicitud del ASEGURADO referenciará centros de estudio en el exterior de acuerdo al área de interés del ASEGURADO, a través de los asesores especializados de call center, informando horarios, tarifas, ubicación.

La asistencia se realiza sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA PARA DEFINIR PERFIL PROFESIONAL.

El proveedor de servicios, a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de orientación telefónica psicológica para cualquier consulta relacionada con asuntos profesionales enfocados a definir el perfil profesional del ASEGURADO. Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, y sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN EN ELABORACIÓN DE HOJAS DE VIDA DE ACUERDO AL PERFIL Y ÁREAS DE INTERÉS.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de orientación telefónica con un profesional especializado para consultas relacionadas en elaboración de hojas de vida de acuerdo al perfil y áreas de interés del ASEGURADO. Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, y sin límite de cobertura.

SERVICIOS DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO.

Por solicitud del ASEGURADO, el proveedor de servicios se encargará de llevar al domicilio del usuario los medicamentos que hayan sido recetados como resultado de la visita médica domiciliaria definida anteriormente en estas condiciones. El costo de los medicamentos será asumido en su totalidad por el ASEGURADO con sus propios recursos. Este servicio únicamente se prestará dentro del perímetro urbano de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín y su área metropolitana, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Pereira, Manizales y Armenia.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Enfocada en Bullying, Divorcios, Pérdidas Familiares.

En caso que el ASEGURADO o su grupo básico familiar lo requieran, el proveedor de servicios gestionará la prestación de servicio de orientación psicológica telefónica enfocada en bullying, divorcios, pérdidas de familiares. Este servicio ofrece un apoyo puntual, no de urgencia, el objetivo principal es recuperar la autonomía del paciente en el menor tiempo posible. Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

REFERENCIA Y CONEXIÓN CON CENTROS DE TERAPIA FAMILIAR Y DE REHABILITACIÓN (Drogadicción, Alcoholismo, Anorexia).

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO referenciará centros de terapia familiar y de rehabilitación (drogadicción, alcoholismo, anorexia), a través de los asesores especializados de call center, informando horarios de atención, ubicación, y teléfonos de contacto.

La asistencia se realiza sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

7 ORIENTACIÓN TELEFÓNICA.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA.

Cuando el ASEGURADO lo requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de asistencia nutricional telefónica enfocada en reducción de grasa corporal, esta asistencia se brindará por parte de especialistas para consultas del cuadro nutricional de los alimentos (calorías, carbohidratos etc.), índice de grasa corporal, dietas y referenciación de nutricionistas, envío de información vía electrónica de dietas y recomendaciones para llevar una alimentación sana.

La asistencia se prestará sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

En caso que el ASEGURADO o su grupo básico familiar lo requieran, el proveedor de servicios gestionará la prestación de servicio de orientación psicológica telefónica. Este servicio ofrece un apoyo puntual, no de urgencia; el objetivo principal es recuperar la autonomía del paciente en el menor tiempo posible, después de un "shock" emocional, estrés post-traumático, etc.

La asistencia se prestará sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN POR ROBO DE DOCUMENTOS.

En caso que el ASEGURADO lo requiera, el proveedor de servicios gestionará la prestación de orientación por robo de documentos; el objetivo principal es brindar información de las entidades a las que se debe dirigir para temas de denuncias.

La asistencia se prestará sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN JURÍDICA TELEFÓNICA.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de asesoría legal telefónica para cualquier consulta relacionada con asuntos civiles, administrativos, penales, y laborales.

De cualquier manera el proveedor de servicios deja constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual el ASEGURADO acepta que la compañía no es responsable del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar por él, como tampoco por los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el ASEGURADO.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

AUXILIO BÁSICO POR PERDIDA DE DOCUMENTOS.

El proveedor de servicios con ocasión del robo, extravío o destrucción de los documentos de identificación del ASEGURADO, brindará una ayuda de cuatro (4) salario mínimos diarios legales vigentes para reemplazar dichos documentos de identificación.

El ASEGURADO debe presentar al proveedor de servicios el denuncia respectivo ante las autoridades legales.

El ASEGURADO debe presentar al proveedor de servicios las facturas o consignaciones de los respectivos documentos.

La asistencia se brindará por un (1) evento por año, y con un límite de cobertura de cuatro (4) smdlv por evento.

ASESORÍA EN REDACCIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES: CONTRATOS DE TRABAJO, DERECHOS DE PETICIÓN, ARRENDAMIENTOS, CONTRATOS DE COMPRA VENTA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de asesoría telefónica mediante opiniones verbales y escritas en relación al asunto indicado para la elaboración de documentos legales.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, y sin límite de monto por evento.

CÓMO ACCEDEN LOS CLIENTES A LOS SERVICIOS.

En caso que el ASEGURADO requiera de los servicios contemplados en el presente documento, se procederá de la siguiente forma:

- 1) El ASEGURADO que requiera del servicio, se comunicará las 24 horas del día los 365 días del año, a nivel nacional a la línea 018000412111 y desde Bogotá al teléfono fijo 4848855.
- 2) El ASEGURADO procederá a suministrarle al funcionario del proveedor que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como ASEGURADO, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del ASEGURADO, número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el ASEGURADO del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
- 3) El proveedor confirmará si el ASEGURADO de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.
- 4) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el proveedor le prestará al ASEGURADO los servicios solicitados por medio de la coordinación de los

servicios a la red de prestadores médicos del proveedor, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

- 5) En caso que el ASEGURADO no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, el proveedor de servicios no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios relacionados en el presente documento.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO (GARANTÍAS).

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

- 1) Obtener la autorización expresa del proveedor del servicio, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier tipo de servicio por iniciativa propia.
- 2) El ASEGURADO deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor, frente a los servicios solicitados.
- 3) Identificarse como ASEGURADO ante los funcionarios del proveedor o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

PERIODO DE CARENCIA.

El periodo de carencia será de 24 horas a partir del momento de la activación de la asistencia, momento a partir del cual el ASEGURADO tendrá derecho a usar el servicio.

REEMBOLSOS.

Exclusivamente para los servicios solicitados en ciudades distintas de Bogotá D.C. Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Pereira, Manizales, Armenia y Bucaramanga, el proveedor de servicios reembolsará al ASEGURADO el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados en el presente anexo y hasta por los límites allí indicados, siempre y cuando el ASEGURADO cumpla con las obligaciones y procedimientos indicados a continuación:

- Haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización del proveedor de servicios la cual deberá solicitarse telefónicamente, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia.
- Una vez recibida la solicitud previa, se le dará al ASEGURADO un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización; en ningún caso, el proveedor de

servicios realizará reembolso sin que el ASEGURADO haya remitido las facturas originales correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

INDEPENDENCIA.

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de la cobertura descrita en el presente anexo, no implica ninguna clase de aceptación de responsabilidad por parte del proveedor de servicios, respecto de la cobertura, a la que accede el presente anexo de asistencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

DEFINICIONES.

Coordinación: Actividad administrativa provista por el proveedor de servicios que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del ASEGURADO en relación con los servicios de asistencias.

Fecha de inicio vigencia: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece el proveedor de servicios estarán a disposición de los ASEGURADOS, que comienzan 24 horas después del momento de afiliación a la asistencia.

Grupo familiar: Hace referencia al cónyuge, hijos, padres y hermanos del ASEGURADO.

Periodo de vigencia: Periodo durante el cual el ASEGURADO tiene derecho a obtener los servicios de asistencia. Comprende desde la fecha de inicio de vigencia hasta la cancelación, por cualquier motivo, del plan contratado.

Gestión: Es el proceso mediante el cual se obtienen, despliegan y coordinan una variedad de recursos básicos para conseguir determinados objetivos con mira a la consecución de un fin específico.

País de residencia: Para fines de estas condiciones generales, será el territorio de Colombia.

Smdlv: Salario mínimo diario legal vigente. Es el valor determinado por el gobierno colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del inicio de la anualidad de la póliza.

Proveedor: Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente documento, que en representación del proveedor de servicios asista al ASEGURADO en cualquiera de los servicios descritos en las coberturas de las asistencias.

Referencia: Información actualizada y fehaciente concerniente a los servicios, que es provista por el proveedor de servicios telefónicamente al ASEGURADO.

Servicios: Los servicios de asistencia contemplados en el programa descrito en el presente anexo.

Evento: Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o prestación de un servicio de asistencia y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional, operador del proveedor de servicios se presente ante un ASEGURADO para proceder a la prestación de los servicios de asistencia solicitados.

Situación de asistencia: Cuando el ASEGURADO se encuentre ante una situación que implique una emergencia, urgencia o demanda de asistencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente anexo,

siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el periodo de vigencia y en el ámbito territorial de validez.

Residencia permanente: El domicilio habitual del ASEGURADO que para los efectos del presente anexo debe ser en Colombia dentro del ámbito de territorialidad definido.

DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS DE ASISTENCIAS ADULTO MAYOR.

LA COMPAÑÍA, cubre a través de su red de proveedores y dentro de la vigencia del seguro, siempre y cuando tenga contratado y señalado el amparo de asistencia adulto mayor en la carátula de la póliza, los conceptos definidos en el cuadro de amparos, con los términos, condiciones y limitaciones previstas en este documento:

Solicitud de asistencia.

La cobertura de asistencia Allianz ofrecida en el presente contrato opera únicamente cuando el beneficiario informe telefónicamente el hecho y solicite el servicio que pueda motivar una intervención asistencial, a los siguientes teléfonos:

Desde Bogotá: 4848855.

Línea gratuita nacional (no opera en Bogotá): 018000412111.

Atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

Jurisdicción territorial.

El derecho a las prestaciones se extiende al ASEGURADO y/o beneficiario de la asistencia que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura de las ciudades de Bogotá, D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar, Cúcuta, Tunja, Ibagué, Neiva, Villavicencio, Pasto, Popayán, Florencia, Riohacha, Yopal y Arauca.

1. ASISTENCIAS PERSONALES.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE.

En caso que el grupo familiar o ASEGURADO requiera un traslado médico terrestre de emergencia dentro del territorio colombiano a consecuencia de una lesión súbita o traumatismo que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico en ambulancia o básico (taxi), el proveedor de servicios coordinará y hará seguimiento hasta el arribo de unidades médicas para trasladar al beneficiario hasta el centro médico asistencial más cercano.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año y sin límite de cobertura.

TRASLADO ESPECIAL EN CASO DE PROCEDIMIENTO MEDICO.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia requiera un traslado especial por procedimiento médico realizado, el proveedor de servicios prestará el servicio cuando el usuario no se pueda transportar por sí solo. El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 3 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) eventos por año, hasta por cinco (5) smdlv de cobertura.

SERVICIO DE AEROAMBULANCIA.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia requiera un traslado especial por aeroambulancia dentro del territorio nacional, será cubierto siempre y cuando el estado del ASEGURADO o beneficiario de la asistencia así lo requiera, previa autorización y evaluación de pertinencia médica por parte del proveedor de servicios.

Siempre y cuando el paciente este hospitalizado por causa de accidente y por su estado de salud requiera ser trasladado a otra institución prestadora de servicios de salud de mayor complejidad y requiera de atención en un servicio no disponible en la institución y ciudad remitora.

Dentro del territorio nacional, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución y/o ciudad en donde está siendo atendido el servicio de traslado cubrirá el traslado de ambulancia aérea siempre y cuando donde se encuentre el paciente exista un acceso seguro para este tipo de transporte.

Este servicio será coordinado únicamente a través del proveedor definido por el proveedor de servicios.

No se dará cobertura a traslado de restos mortales, ni a repatriaciones sanitarias.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de doscientos diecisiete (217) smdlv.

MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia lo requiera, el proveedor de servicios pagará y coordinará a través de un tercero el envío de médico hasta el domicilio que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia indique dentro de la ciudad de residencia habitual, para hacerle un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

MENSAJERÍA PARA RECOGER RESULTADOS DE EXÁMENES MÉDICOS O COURRIER.

En caso que el usuario lo requiera el proveedor de servicios se encargará de coordinar el envío de personal calificado para recoger los resultados de sus exámenes médicos. Se brindará únicamente el servicio de trayecto del laboratorio

al domicilio del usuario. El servicio está sujeto a las condiciones y horario de entrega del laboratorio clínico para la entrega de los resultados los cuales deben suministrados por el usuario. Este servicio se prestará en el lugar de residencia del ASEGURADO o del beneficiario de la asistencia, a nivel nacional dentro del perímetro urbano. Este servicio debe ser coordinado con 24 horas de anterioridad.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

TERAPIAS BÁSICAS FÍSICAS A DOMICILIO.

Cuando el ASEGURADO o el beneficiario de la asistencia lo requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de terapias básicas físicas a domicilio. Su misión principal es habilitar y rehabilitar el movimiento corporal humano, brindando a los usuarios programas de prevención y rehabilitación y atención en áreas como: neurología, lesiones deportivas y ortopedia. Las terapias de rehabilitación física, las realiza un profesional de la salud graduado en fisioterapia y con conocimientos de las funciones del cuerpo humano, para así poder prestar una ayuda en los tres casos antes mencionados.

Para estas terapias se utilizarán bandas calientes y frías, bandas elásticas, balones, los cuales ayudan en la terapia y con el objetivo que el paciente recobre su movilidad lo antes posible.

El tiempo de cada terapia no excederá los 45 minutos.

Esta cobertura está limitada a un número de de dos (2) eventos en el año, presentando un copago de \$15.000 por servicio, con un límite de cobertura de cinco (5) smdlv por evento.

COORDINACIÓN TELEFÓNICA DE CITAS MÉDICAS.

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario, expertos en servicios de orientación telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año para la asesoría y coordinación de citas médicas.

Cuando el ASEGURADO o el beneficiario de la asistencia lo necesite, el proveedor de servicios coordinará telefónicamente citas médicas ya sea con la EPS bajo la cual se encuentre afiliado, o médico particular. El ASEGURADO debe indicar los datos básicos para la solicitud de la cita; si es médico particular, debe indicar los datos del mismo.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

Los servicios de asistencia traslado y acompañamiento a citas médicas y acompañante para diligencias personales se prestaran en bolsa por un máximo de cuatro (4) eventos en el año, presentando un copago de \$20.000 por servicio, con un límite de cobertura de tres (3) smdlv por evento.

TRASLADO Y ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MÉDICAS.

Cuando sus familiares no lo puedan acompañar por diversos motivos y si el usuario lo requiere, a su solicitud, el proveedor de servicios se encargará de coordinar la asistencia de acompañamiento a citas médicas. Este servicio se prestará en la ciudad de residencia del ASEGURADO o del beneficiario de la asistencia, a nivel nacional dentro del perímetro urbano. Este servicio debe ser coordinado con 48 horas de anterioridad, debe ser informado el servicio al cual va a asistir, la dirección de origen y la dirección de destino. Para cancelar la asistencia programada, el usuario debe comunicarse con el proveedor de servicios y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación. El servicio se prestará de lunes a viernes de 8 am a 5pm y los sábados de 8 am a 12 m. El proveedor de servicios asumirá los costos de desplazamiento y transporte.

ACOMPAÑANTE PARA DILIGENCIAS PERSONALES.

Cuando sus familiares no lo puedan acompañar por diversos motivos y si el usuario lo requiere, a su solicitud, el proveedor de servicios se encargará de coordinar la asistencia de acompañamiento a cualquier diligencia que requiera, excluyendo diligencias bancarias. Este servicio se prestará en la ciudad de residencia del ASEGURADO o del beneficiario de la asistencia, a nivel nacional dentro del perímetro urbano. Este servicio debe ser coordinado con 48 horas de anterioridad, debe ser informado el servicio al cual va a asistir, la dirección de origen y la dirección de destino. Para cancelar la asistencia programada, el usuario debe comunicarse con el proveedor de servicios y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación. El servicio se prestará de lunes a viernes de 8 am a 5pm y los sábados de 8 am a 12 m. El usuario debe asumir los costos de desplazamiento y transporte.

ACOMPAÑANTE EN CASA (lectura de libros / juegos / acompañamiento para diligencias / caminatas).

Cuando sus familiares no lo puedan acompañar por diversos motivos y si el usuario lo requiere, a su solicitud, el proveedor de servicios se encargará de coordinar la asistencia de acompañamiento en casa por parte de una persona con conocimientos en cuidado geriátrico, quien brindará apoyo presencial en lectura de libros, juegos, acompañamiento para diligencias y caminatas. Este servicio se prestará en la residencia del ASEGURADO o del beneficiario de la asistencia. Este servicio debe ser coordinado con 48 horas de anterioridad Para cancelar la asistencia programada, el usuario debe comunicarse con el proveedor de servicios y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación. El servicio se prestará de lunes a viernes de 8 am- a 5pm y los sábados de 8 am- a 12 m. El usuario debe asumir los costos de desplazamiento y transporte.

La asistencia se brindará por un máximo de dos (2) eventos al año presentando un copago de veinte mil pesos (\$20.000) por servicio, con un límite de cobertura máximo de tres (3) smdlv.

SERVICIO DE ASEADORA EN CASO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

Este servicio se prestará en caso de incapacidad del ASEGURADO o beneficiario de la asistencia por enfermedad o accidente superior a 5 días, por lo que el proveedor de servicios requerirá de un certificado médico que sustente la incapacidad. El ASEGURADO o un tercero que el mismo designe, asignará a su elección una empleada de hogar por un periodo máximo de 2 horas, limitado a un costo de tres (3) smdlv por evento. Se priorizará la empleada de casa que habitualmente concurre al domicilio. Si el ASEGURADO no dispusiera de ninguna, se contactará a la agencia de personal eventual solicitando una.

Reintegro: es necesaria una factura que cumpla con los requisitos establecidos por la ley. Es indispensable que el ASEGURADO se haya comunicado al call center de emergencia para solicitar el servicio previamente.

Esta asistencia no se prestará en caso de que en la vivienda del ASEGURADO no haya ningún familiar que pueda hacerse cargo del servicio.

La asistencia se brindará por un máximo de un (1) evento al año presentando un copago de veinte mil pesos (\$20.000) por servicio, con un límite de cobertura máximo de tres (3) smdlv.

TRANSPORTE PARA TRASLADO DE FAMILIARES AL CENTRO MÉDICO.

Si a consecuencia de accidente o enfermedad se encuentra hospitalizado algún familiar en primer grado de consanguinidad del ASEGURADO, el proveedor de servicios cubrirá el servicio de transporte para traslado de familiares al centro médico.

Este servicio cubrirá traslados dentro del perímetro urbano, hasta máximo 4 personas. El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 3 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

La asistencia se brindará por dos (2) eventos por año, y con un límite de cobertura de dos (2) smdlv por evento.

AYUDA PARA ALQUILER DE SILLA DE RUEDAS, BASTONES, CAMILLAS, CAMINADORES, Y SIMILARES EN CASO DE ACCIDENTE.

Cuando el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia lo requiera, el proveedor de servicios dará una ayuda económica para alquiler de equipos de apoyo (silla de ruedas, bastones, camillas, caminadores, y similares) en caso de accidente para la atención y confort del ASEGURADO o beneficiario de la asistencia. Opera por reembolso presentando las facturas del equipo alquilado.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, y con un límite de cobertura de cinco (5) smdlv por evento.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

Cuando el ASEGURADO o el beneficiario de la asistencia lo requiera, el proveedor de servicios dará cobertura de segunda opinión médica en las siguientes

especialidades: cardiología, dermatología, endocrinología, endoscopia, gastroenterología, genito – urinaria, fisiología, ginecología, hematología, obstetricia, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, cirugía de mano, patología, cirugía reconstructiva, radiología, urología, y cirugía vascular.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, sin límite de cobertura.

EXÁMENES DE LABORATORIO (HEMOGRAMA COMPLETA, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA)).

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO, reconocerá los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico. (hemograma completo, glucosa, grupo sanguíneo, emo (elemental y microscópico de orina)). La toma de los anteriores exámenes se prestará en la red de laboratorios dispuesta por el proveedor de servicios.

La asistencia se brindará por tres (3) eventos por año, y con un límite de cobertura de cinco (5) smdlv por evento.

ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Cuando el ASEGURADO requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de asistencia nutricional telefónica enfocada en reducción de grasa corporal, esta asistencia se brindará por parte de especialistas para consultas del cuadro nutricional de los alimentos (calorías, carbohidratos etc.), índice de grasa corporal, dietas y referenciación de nutricionistas, envío de información vía electrónica de dietas y recomendaciones para llevar una alimentación sana.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

En caso que el ASEGURADO o su grupo básico familiar lo requieran, el proveedor de servicios gestionará la prestación de servicio de orientación psicológica telefónica. Este servicio ofrece un apoyo puntual, no de urgencia, el objetivo principal es recuperar la autonomía del paciente en el menor tiempo posible, después de un "shock" emocional, estrés post-traumático, etc.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

RECORDATORIO DE INGESTA DE MEDICAMENTOS.

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario, expertos en servicios de orientación telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año para la asesoría y recordación de citas médicas e ingesta de medicamentos.

Quando el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia necesite que se le recuerden telefónicamente la ingesta de medicamentos, a su solicitud, el proveedor de servicios armará el calendario de llamadas y se comunicará con el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia para hacer el recordatorio.

La asistencia se realiza sin límite de eventos y sin límite de cobertura.

2 HOGAR EXPRESS.

Las siguientes asistencias, perforaciones en muros, instalaciones eléctricas menores, armado de muebles, servicio de cerrajería, se prestarán en bolsa por un máximo de tres (3) eventos en el año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv, y se podrán utilizar en una misma cobertura o en tres coberturas diferentes, sin exceder el total de eventos definidos.

PERFORACIONES EN MUROS.

Si el ASEGURADO necesita realizar una perforación menor en sus muros o paredes, para arreglos, colocación de materiales decorativos u otros, el proveedor de servicios enviará un técnico especialista para realizar estas tareas.

El servicio incluye el costo de los materiales para la perforación e instalación, traslado del técnico y mano de obra. Los accesorios o mobiliario decorativo u otro (cuadros, muebles, estantes. etc.) deberán ser provistos por el ASEGURADO.

INSTALACIONES ELÉCTRICAS MENORES.

El usuario podrá solicitar la mano de obra para la realización de trabajos de electricidad menor en la residencia permanente, tales como colocación de tomas corriente, cableado para enchufes adicionales, interruptores, los cuales deberán ser provistos por el ASEGURADO; el proveedor de servicios enviará un técnico especialista para realizar estas tareas.

ARMADO DE MUEBLES EN EL HOGAR.

Podrá solicitar la mano de obra para realizar armado de algún mueble nuevo que haya adquirido; para esto el proveedor de servicios enviará un técnico especialista para realizar la tarea del armado de muebles dentro de la residencia permanente. Los muebles respecto de los cuales se puede requerir el servicio son aquellos que en su compra adjuntaron un instructivo o catálogo original de armado.

El servicio se limita a la mano de obra de un solo técnico por evento, si el servicio del cliente requiera técnicos adicionales por las condiciones de armado de mueble, el costo de la mano de obra adicional se otorgará a costo preferencial para el cliente.

SERVICIO DE CERRAJERÍA.

Quando a consecuencia de cualquier accidente o emergencia, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de la vivienda, a solicitud del ASEGURADO, el

proveedor de servicios enviará un técnico especializado que realizará la asistencia necesaria para restablecer el acceso a la vivienda. El valor previsto para la prestación de este servicio incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra.

TUTORÍA TELEFÓNICA PARA MANEJO DE INTERNET.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO realizará capacitación básica telefónica sobre manejo de internet.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA EN TEMAS DE HERENCIAS Y SUCESIONES.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de asesoría legal telefónica para cualquier consulta relacionada con asuntos de herencias y sucesiones.

De cualquier manera el proveedor de servicios deja constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual el asegurado acepta que la compañía no es responsable del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar por él, como tampoco por los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el ASEGURADO.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA EN TEMAS DE PENSIONES.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de asesoría legal telefónica para cualquier consulta relacionada con asuntos de pensiones.

De cualquier manera el proveedor de servicios deja constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual EL ASEGURADO acepta que la compañía no es responsable del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar por él, como tampoco por los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el ASEGURADO.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

ASESORÍA EN REDACCIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES: CONTRATOS DE TRABAJO, DERECHOS DE PETICIÓN, ARRENDAMIENTOS, CONTRATOS DE COMPRA VENTA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de

asesoría telefónica mediante opiniones verbales y escritas en relación al asunto indicado para la elaboración de documentos legales.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, y sin límite de monto por evento.

TRASLADO MÁXIMO DE 4 PERSONAS A UN ÚNICO DESTINO.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia lo requieran, el proveedor de servicios prestará el servicio de traslado dentro del perímetro urbano hasta el domicilio principal del ASEGURADO.

El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 4 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

El servicio se prestará desde el sitio de reunión donde se encuentre el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia hasta el domicilio del mismo (solo un trayecto), con un límite máximo por todo el servicio de hora y media.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, con un límite de cobertura máximo de dos (2) smdlv.

3. SERVICIO DE REFERENCIA Y COORDINACIÓN.

CONEXIÓN CON NÚMEROS DE EMERGENCIA (POLICÍA, BOMBEROS, ETC...).

A solicitud del ASEGURADO, la compañía hará conexión o se comunicará con los números de teléfonos de emergencia en las principales ciudades como Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Manizales, Pereira, Armenia, Neiva, Ibagué, Tunja y Villavicencio.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

REFERENCIA DE ALMACENES ESPECIALIZADOS EN ORTOPEDIA.

Cuando el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia necesite referencias de almacenes especializados en ortopedia, el proveedor de servicios le proporcionará información de lugares especializados, le indicará las direcciones y números de teléfonos, sin que el proveedor de servicios asuma responsabilidad por los servicios y atención allí prestada.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

REFERENCIA DE PLANES TURÍSTICOS.

Cuando el ASEGURADO necesite referencias y coordinación de planes turísticos, el proveedor de servicios le proporcionará información de centros especialistas, le indicará las direcciones y números de teléfonos, sin que el proveedor de servicios asuma responsabilidad por los servicios y atención allí prestada.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.

El proveedor de servicios se encargará de transmitir los mensajes urgentes o justificados ante emergencia que le encargue el ASEGURADO a los números que éste indique, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos, siempre dentro del territorio nacional.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

REFERENCIA DE CENTROS DE JUBILADOS.

Cuando el ASEGURADO necesite referencias y coordinación de centros de jubilados, el proveedor de servicios le proporcionará información de centros especialistas, le indicará las direcciones y números de teléfonos, sin que el proveedor de servicios asuma responsabilidad por los servicios y atención allí prestada.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

REFERENCIAS MÉDICAS DE ESPECIALISTAS, HOSPITALES Y CLÍNICAS A NIVEL NACIONAL.

Cuando el beneficiario de la asistencia necesite información de centros de salud hospitalarios a nivel nacional y médicos especialistas, el proveedor de servicios le proporcionará la información requerida, informando direcciones, números de teléfonos, y especialidad del lugar. El proveedor de servicios no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

La prestación por parte del proveedor de servicios, no incluye costos de consultas o tratamientos médicos.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

CÓMO ACCEDEN LOS CLIENTES A LOS SERVICIOS.

En caso que el ASEGURADO requiera de los servicios contemplados en el presente documento, se procederá de la siguiente forma:

1. El ASEGURADO que requiera del servicio, se comunicara las 24 horas del día los 365 días del año, a nivel nacional a la línea 018000412111 y desde Bogotá al teléfono fijo 4848855.
2. El ASEGURADO procederá a suministrarle al funcionario del proveedor que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como ASEGURADO, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del ASEGURADO; número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el

ASEGURADO del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.

3. El proveedor confirmará si el **ASEGURADO** de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.
4. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el proveedor le prestará al **ASEGURADO** los servicios solicitados por medio de la coordinación de los servicios a la red de prestadores médicos del proveedor, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.
5. En caso que el **ASEGURADO** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, el proveedor de servicios no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios relacionados en el presente documento.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO (GARANTÍAS).

El **ASEGURADO** estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados a:

1. Obtener la autorización expresa del proveedor del servicio, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier tipo de servicio por iniciativa propia.
2. El **ASEGURADO** deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor, frente a los servicios solicitados.
3. Identificarse como **ASEGURADO** ante los funcionarios del proveedor o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

PERIODO DE CARENCIA.

El periodo de carencia será de 24 horas a partir del momento de la activación de la asistencia, momento desde el cual el **ASEGURADO** tendrá derecho a usar el servicio.

REEMBOLSOS.

Exclusivamente para los servicios solicitados en ciudades distintas de Bogotá D.C. Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Pereira, Manizales, Armenia y Bucaramanga; el proveedor de servicios reembolsará al **ASEGURADO** el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados en el presente anexo y hasta por los límites allí indicados, siempre y cuando el **ASEGURADO** cumpla con las obligaciones y procedimientos indicados a continuación:

- Haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización del proveedor de servicios la cual deberá pedirse telefónicamente, a cualquiera de los números indicados para prestar la

asistencia.

- Una vez recibida la solicitud previa, se le dará al ASEGURADO un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización; en ningún caso el proveedor de servicios realizará reembolso sin que el ASEGURADO haya remitido las facturas originales correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

INDEPENDENCIA.

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de la cobertura descrita en el presente anexo, no implica ninguna clase de aceptación de responsabilidad por parte del proveedor de servicios, respecto de la cobertura, a la que accede el presente anexo de asistencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

DEFINICIONES.

Beneficiario de la asistencia: Asegurado o familiares hasta segundo grado de consanguinidad cuya edad sea igual o mayor a 60 años.

Coordinación: Actividad administrativa provista por el proveedor de servicios que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del ASEGURADO en relación con los servicios de asistencias.

Fecha de inicio vigencia: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece el proveedor de servicios estarán a disposición de los ASEGURADOS, que comienzan 24 horas después del momento de afiliación al programa.

Grupo familiar: Hace referencia al cónyuge, hijos, padres y hermanos del ASEGURADO.

Periodo de vigencia: Periodo durante el cual el ASEGURADO tiene derecho a obtener los servicios de asistencia. Comprende desde la fecha de inicio de vigencia hasta la cancelación por cualquier motivo del plan contratado.

Gestión: Es el proceso mediante el cual se obtienen, despliegan y coordinan una variedad de recursos básicos para conseguir determinados objetivos con miras a la consecución de un fin específico.

País de residencia: Para fines de estas condiciones generales, será el territorio de Colombia.-

Smdlv: Salario mínimo diario legal vigente, Es el valor determinado por el gobierno colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del inicio de la anualidad de la póliza.

Proveedor: Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente documento, que en representación del proveedor de servicios asista al ASEGURADO en cualquiera de los servicios descritos en las coberturas de las asistencias.

Referencia: Información actualizada y fehaciente concerniente a los servicios, que es provista por el proveedor de servicios telefónicamente al ASEGURADO.

Servicios: Los servicios de asistencia contemplados en el programa descrito en el presente anexo.

Evento: Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o prestación de un servicio de asistencia y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional, operador del proveedor de servicios se presente ante un ASEGURADO para proceder a la prestación de los servicios de asistencia solicitados.

Situación de asistencia: Cuando el ASEGURADO se encuentre ante una situación que implique una emergencia, urgencia o demanda de asistencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente anexo, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el periodo de vigencia y en el ámbito territorial de validez.

Residencia permanente: El domicilio habitual del ASEGURADO que para los efectos del presente anexo debe ser en Colombia dentro del ámbito de territorialidad definido.

DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS DE ASISTENCIAS DE BIENESTAR Y SALUD.

LA COMPAÑIA cubre a través de su red de proveedores y dentro de la vigencia del seguro, siempre y cuando tenga contratado y señalado el amparo de asistencia de bienestar y salud en la carátula de la póliza, los conceptos definidos en el cuadro de amparos, con los términos, condiciones y limitaciones previstas en este documento:

Solicitud de asistencia.

La cobertura de asistencia Allianz ofrecida en el presente contrato opera únicamente cuando el beneficiario informe telefónicamente el hecho y solicite el servicio que pueda motivar una intervención asistencial, a los siguientes teléfonos:

Desde Bogotá: 4848855.

Línea gratuita nacional (no opera en Bogotá): 018000412111.

Atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

Jurisdicción territorial.

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

1 ASISTENCIA SALUD.

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE.

En caso que el grupo familiar o ASEGURADO requiera un traslado médico terrestre de emergencia dentro del territorio colombiano a consecuencia de una lesión súbita o traumatismo que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico en ambulancia o básico (taxi), el proveedor de servicios coordinará y hará seguimiento hasta el arribo de unidades médicas para trasladar al beneficiario hasta el centro médico asistencial más cercano.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año y sin límite de cobertura.

SERVICIO DE AEROAMBULANCIA.

En caso que el ASEGURADO requiera un traslado especial por aeroambulancia dentro del territorio nacional, será cubierto siempre y cuando el estado del ASEGURADO así lo requiera, previa autorización y evaluación de pertinencia médica por parte del proveedor de servicios.

- Siempre y cuando el paciente esté hospitalizado por causa de accidente y por su estado de salud requiera ser trasladado a otra institución prestadora de servicios de salud de mayor complejidad y requiera de atención en un servicio no disponible en la institución y ciudad remitora.
- Dentro del territorio nacional, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución y/o ciudad en donde está siendo atendido el servicio de traslado cubrirá el traslado de ambulancia aérea siempre y cuando donde se encuentre el paciente exista un acceso seguro para este tipo de transporte.
- Este servicio será coordinado únicamente a través del proveedor definido por el proveedor de servicios.
- No se dará cobertura a traslado de restos mortales, ni a repatriaciones sanitarias.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, con un límite de cobertura máximo de doscientos diecisiete (217) smdlv.

PHONO DOCTOR-ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.

A través de este servicio disponible las 24 horas del día, el ASEGURADO o beneficiario podrá comunicarse con un profesional de la salud a través de la línea de call center dispuesta; línea en la cual se brindará orientación médica sobre alguna patología específica o podrá aclarar diferentes inquietudes asociadas a temas de salud.

Este servicio se brindará las 24 horas los 365 días del año.

Esta cobertura está limitada a un número de cuatro (4) eventos por año y sin límite de cobertura.

MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia lo requiera, el proveedor de servicios pagará y coordinará a través de un tercero el envío de médico hasta el domicilio que el ASEGURADO o beneficiario indique dentro de la ciudad de residencia habitual, para hacerle un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

PEDIATRÍA A DOMICILIO.

En caso que el ASEGURADO o beneficiario de la asistencia lo requiera, el proveedor de servicios pagará y coordinará a través de un tercero el envío de médico pediatra hasta el domicilio que el ASEGURADO o beneficiario indique dentro de la ciudad de residencia habitual, para hacerle un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

MEDICAMENTOS A DOMICILIO.

Por solicitud del ASEGURADO, el proveedor de servicios se encargará de llevar al domicilio del usuario los medicamentos que hayan sido recetados como resultado de la visita médica domiciliaria definida anteriormente en estas condiciones. El servicio de medicamentos a domicilio tiene un límite de tres eventos al año. El costo de los medicamentos será asumido en su totalidad por el ASEGURADO o beneficiario con sus propios recursos. Este servicio únicamente se prestará dentro del perímetro urbano de las siguientes ciudades: Bogotá, Medellín y su área metropolitana, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Pereira, Manizales y Armenia

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, sin límite de cobertura.

EXÁMENES DE LABORATORIO (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA)).

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO, reconocerá los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico. (hemograma completo, glucosa, grupo sanguíneo, emo (elemental y microscópico de orina)). La toma de los anteriores exámenes se prestará en la red de laboratorios dispuesta por el proveedor de servicios.

La asistencia se brindará por tres (3) eventos por año, y con un límite de cobertura de cinco (5) smdlv por evento.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

Cuando el ASEGURADO lo requiera, el proveedor de servicios dará cobertura de segunda opinión médica en las siguientes especialidades: cardiología, dermatología, endocrinología, endoscopia, gastroenterología, genito – urinaria, fisiología, ginecología, hematología, obstetricia, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, cirugía de mano, patología, cirugía reconstructiva, radiología, urología, y cirugía vascular.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, sin límite de cobertura.

COORDINACIÓN TELEFÓNICA DE CITAS MÉDICAS.

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario, expertos en servicios de orientación telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año para la asesoría y coordinación de citas médicas.

Cuando el ASEGURADO lo necesite, el proveedor de servicios coordinará telefónicamente citas médicas ya sea con la EPS bajo la cual se encuentre asegurado, o médico particular. El ASEGURADO debe indicar los datos básicos para la solicitud de la cita; si es médico particular, debe indicar los datos del mismo.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA.

Cuando el ASEGURADO requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de asistencia nutricional telefónica enfocada en reducción de grasa corporal; esta asistencia se brindará por parte de especialistas para consultas del cuadro nutricional de los alimentos (calorías, carbohidratos etc.) Índice de grasa corporal, dietas y referenciación de nutricionistas, envío de información vía electrónica de dietas y recomendaciones para llevar una alimentación sana.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

En caso que el ASEGURADO o su grupo básico familiar lo requieran, el proveedor de servicios gestionará la prestación de servicio de orientación psicológica telefónica. Este servicio ofrece un apoyo puntual, no de urgencia. El objetivo principal es recuperar la autonomía del paciente en el menor tiempo posible, después de un "shock" emocional, estrés post-traumático, etc.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año, sin límite de cobertura.

2 ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS.

Los servicios de asistencia empleada domestica a domicilio en caso de incapacidad por enfermedad o accidente y niñera a domicilio se prestaran en bolsa por un máximo de dos (2) eventos en el año, con un límite de cobertura de tres (3) smdlv por evento.

EMPLEADA DOMESTICA A DOMICILIO EN CASO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

En caso de incapacidad del ASEGURADO por enfermedad o accidente superior a 5 días, por lo que el proveedor de servicios requerirá un certificado médico. El ASEGURADO o un tercero que el mismo designe, asignará a su elección una empleada de hogar por un periodo máximo de 2 horas, limitado a un costo de tres (3) smdlv por evento. Se priorizará la empleada de casa que habitualmente concurre al domicilio, si el ASEGURADO no dispusiera de ninguna se contactará a la agencia de personal eventual solicitando una.

Reintegro: es necesaria una factura que cumpla con los requisitos establecidos por la ley. Es indispensable que el ASEGURADO se haya comunicado al call center de emergencia para solicitar el servicio previamente.

Esta asistencia no se prestará en caso de que en la vivienda del ASEGURADO no haya ningún familiar que pueda hacerse cargo del servicio.

SERVICIO DE NIÑERA A DOMICILIO.

Si a consecuencia de un accidente en el hogar, los padres se ven imposibilitados de cuidar a sus hijos menores por prescripción médica, por lo que el proveedor de servicios requerirá un certificado médico, el proveedor de servicios cubrirá el servicio de niñera para el cuidado de los hijos menores, designada por el beneficiario por un periodo máximo de 2 horas, limitado a un costo de tres (3) smdlv por evento. Esta asistencia no se prestará en caso de que en la vivienda del ASEGURADO no haya ningún familiar que pueda hacerse cargo del servicio.

TRANSPORTE PARA TRASLADO DE FAMILIARES AL CENTRO MÉDICO.

Si a consecuencia de accidente o enfermedad se encuentra hospitalizado algún familiar en primer grado de consanguinidad del ASEGURADO, el proveedor de servicios cubrirá el servicio de transporte para traslado de familiares al centro médico.

Este servicio cubrirá traslados dentro del perímetro urbano, hasta máximo 4 personas. El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 3 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

La asistencia se brindará por dos (2) eventos por año, y con un límite de cobertura de tres (3) smdlv por evento.

TUTORÍA ESCOLAR- ACADÉMICA TELEFÓNICA.

El proveedor de servicios pone a disposición de los hijos menores de 12 años del ASEGURADO, expertos profesores en educación preescolar y básica primaria, las 24 horas del día, los 365 días del año para consultar telefónicamente dudas sobre tareas o trabajos de investigación.

La asistencia se brindará por dos (2) eventos por año y sin límite de monto por evento, cada llamada no debe superar los 20 minutos.

ASESORÍA JURÍDICA IN SITU EN CASO ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Una vez conocida por el proveedor de servicios la situación en la cual se encuentra el ASEGURADO y conductor del vehículo, en razón a un accidente automovilístico se procederá a contactar telefónicamente a uno de los abogados y se lo pondrá en conferencia, ofreciéndole asesoría legal inmediata. El abogado determinará si es indispensable la presencia en el lugar del accidente, para lo cual se desplazará en el menor tiempo posible. In situ se brindará asesoría al conductor para el levantamiento del informe de accidente, el cual será determinante para establecer la responsabilidad del ASEGURADO o de la ausencia de ésta en el accidente.

La asistencia se brindará por dos (2) eventos por año y sin límite de monto por evento.

ASISTENCIAS EN EVENTOS SOCIALES: MESERO, BARMAN O CHEF A DOMICILIO.

El proveedor de servicios pondrá a disposición del ASEGURADO cualquiera de los tres servicios, con un aviso previo mínimo de 24 horas. Solo incluye el servicio. Los insumos, ingredientes, etc. deben ser previamente comprados por cuenta del ASEGURADO. Este servicio solo aplica para Bogotá, Cali y Medellín.

La asistencia se brindará por un máximo de dos (2) eventos al año presentando un copago de diez mil pesos (\$10.000) por servicio, con un límite de cobertura máximo de cinco (5) smdlv.

ASESORÍA EN REDACCIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES: CONTRATOS DE TRABAJO, DERECHOS DE PETICIÓN, ARRENDAMIENTOS, CONTRATOS DE COMPRA VENTA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.

El proveedor de servicios a solicitud del ASEGURADO prestará los servicios de asesoría telefónica mediante opiniones verbales y escritas en relación al asunto indicado para la elaboración de documentos legales.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año, y sin límite de monto por evento.

TRASLADO MÁXIMO DE 4 PERSONAS A UN ÚNICO DESTINO.

En caso que ASEGURADO o beneficiario lo requieran el proveedor de servicios prestará el servicio de traslado dentro del perímetro urbano hasta el domicilio principal del ASEGURADO.

El servicio deberá ser solicitado por parte del ASEGURADO al menos con 4 horas de antelación al momento en que vaya a desplazarse.

El servicio se prestará desde el sitio de reunión donde se encuentre el ASEGURADO hasta el domicilio del mismo (solo un trayecto), con un límite máximo por todo el servicio de hora y media.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año, con un límite de cobertura máximo de dos (2) smdlv.

3 ASISTENCIAS TELEFÓNICAS.

COORDINACIÓN DE CITAS EN SPA, SALONES DE BELLEZA Y OTROS.

Quando el ASEGURADO necesite referencias y coordinación de centros de spa y estética, el proveedor de servicios le proporcionará información de centros especialistas, le indicará las direcciones y números de teléfonos, sin que el proveedor de servicios asuma responsabilidad por los servicios y atención allí prestada.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

INFORMACIÓN DEL ESTADO DE LAS CARRETERAS, RUTAS Y DIRECCIONES.

El proveedor de servicios informará al ASEGURADO cuando éste así lo requiera, el estado de las carreteras principales en todo el territorio colombiano, indicando si existen problemas de orden público, trabajos adelantados en las mismas y/o cualquier situación que pueda afectar la libre circulación del ASEGURADO.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

INFORME ESTADO DEL CLIMA, TEATROS, RESTAURANTES, CENTROS CULTURALES.

El proveedor de servicios informará al ASEGURADO cuando éste así lo requiera, el estado del clima en Colombia, e información de los principales teatros, restaurantes, centros culturales a nivel nacional, brindando información de direcciones, programación entre otros.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

REFERENCIAS MÉDICAS DE ESPECIALISTAS, HOSPITALES Y CLÍNICAS A NIVEL NACIONAL.

Quando el ASEGURADO necesite información de centros de salud hospitalarios a nivel nacional, el proveedor de servicios le proporcionará la información requerida. El proveedor de servicios no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

La prestación por parte del proveedor de servicios, no incluye costos de consultas o tratamientos médicos.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

CONEXIÓN CON NÚMEROS DE EMERGENCIA (POLICÍA, BOMBEROS, ETC...).

A solicitud del ASEGURADO, la compañía hará conexión o comunicará los números de teléfonos de emergencia en las principales ciudades como; Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Manizales, Pereira, Armenia, Neiva, Ibagué, Tunja y Villavicencio.

Este servicio se brindará sin límite de eventos y sin límite de monto por evento.

CÓMO ACCEDEN LOS CLIENTES A LOS SERVICIOS.

EN CASO QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 1) El ASEGURADO que requiera del servicio, se comunicara las 24 horas del día los 365 días del año, a nivel nacional a la línea 018000412111 y desde Bogotá al teléfono fijo 4848855
- 2) El ASEGURADO procederá a suministrarle al funcionario del proveedor que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como ASEGURADO, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del ASEGURADO; número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el ASEGURADO del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
- 3) El proveedor confirmará si el ASEGURADO de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.
- 4) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el proveedor le prestará al ASEGURADO los servicios solicitados por medio de la coordinación de los servicios a la red de prestadores médicos del proveedor, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.
- 5) En caso que el ASEGURADO no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, el proveedor de servicios no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios relacionados en el presente documento.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO (Garantías).

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

- 1) Obtener la autorización expresa del proveedor del servicio, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier tipo de servicio por iniciativa propia.
- 2) El ASEGURADO deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor, frente a los servicios solicitados.
- 3) Identificarse como ASEGURADO ante los funcionarios del proveedor o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

PERIODO DE CARENCIA.

El periodo de carencia será de 24 horas a partir del momento de la activación de la asistencia, momento desde el cual el ASEGURADO tendrá derecho a usar el servicio.

REEMBOLSOS.

Exclusivamente para los servicios solicitados en ciudades distintas de Bogotá D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Pereira, Manizales, Armenia y Bucaramanga, el proveedor de servicios reembolsará al ASEGURADO el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados en el presente anexo y hasta por los límites allí indicados, siempre y cuando el ASEGURADO cumpla con las obligaciones y procedimiento indicados a continuación:

- Haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización del proveedor de servicios, la cual deberá pedirse telefónicamente, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia.
- Una vez recibida la solicitud previa, se le dará al ASEGURADO un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización: en ningún caso el proveedor de servicios realizará reembolso sin que el ASEGURADO haya remitido las facturas originales correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

INDEPENDENCIA.

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de la cobertura descrita en el presente anexo, no implica ninguna clase de aceptación de responsabilidad por parte del proveedor de servicios, respecto de la cobertura, a la que accede el presente anexo de asistencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS. DEFINICIONES.

ASEGURADO: La persona física que contrata el servicio.

Coordinación: Actividad administrativa provista por el proveedor de servicios que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del ASEGURADO en relación a los servicios de asistencias.

Fecha de inicio vigencia: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece el proveedor de servicios estarán a disposición de los ASEGURADOS, que comienzan 24 horas después del momento de afiliación al programa.-

Grupo familiar: Hace referencia al cónyuge, hijos, padres y hermanos del ASEGURADO.

Periodo de vigencia: Periodo durante el cual el ASEGURADO tiene derecho a obtener los servicios de asistencia. Comprende desde la fecha de inicio de vigencia hasta la cancelación por cualquier motivo del plan contratado.

Gestión: Es el proceso mediante el cual se obtienen, despliegan y coordinan una variedad de recursos básicos para conseguir determinados objetivos en miras de la consecución de un fin específico.

País de residencia: Para fines de estas condiciones generales, el territorio de Colombia.-

Smdlv: Salario mínimo diario legal vigente, es el valor determinado por el

gobierno colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del inicio de la anualidad de la póliza.

Proveedor: Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente, que en representación del proveedor de servicios asista al ASEGURADO en cualquiera de los servicios descritos en las coberturas de las asistencias.-

Referencia: Información actualizada y fehaciente concerniente a los servicios, que es provista por el proveedor de servicios telefónicamente al ASEGURADO a su solicitud.-

Servicios: Los servicios de asistencia contemplados en el programa descrito en el presente anexo.

Evento: Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o prestación de un servicio de asistencia y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional, operador del proveedor de servicios se presente ante un ASEGURADO para proceder a la prestación de los servicios de asistencia solicitados.

Situación de asistencia: Cuando el ASEGURADO se encuentre ante una situación que implique una emergencia, urgencia o demanda de asistencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente anexo, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el periodo de vigencia y en el ámbito territorial de validez.

Residencia permanente: El domicilio habitual del ASEGURADO que para los efectos del presente anexo debe ser en Colombia dentro del ámbito de territorialidad definido.

III Terminación de los amparos.

Cuando el seguro o amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, LA COMPAÑÍA notificará dicha terminación al TOMADOR/ASEGURADO.

Los amparos otorgados por la presente póliza, terminan en los siguientes casos:

AMPARO POR FALLECIMIENTO.

1. A partir de la fecha indicada por EL ASEGURADO, cuando solicite por escrito la terminación del seguro.
2. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad
3. Al fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE AUXILIO POR FALLECIMIENTO.

1. A partir de la fecha indicada por EL ASEGURADO, cuando solicite por escrito la terminación del seguro.
2. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad.
3. Al fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que el ASEGURADO cumpla 70 años de

- edad.
2. Por el pago de las indemnizaciones contempladas en los numerales 1) al 9) de la RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN relacionada en el numeral I Definición de los amparos, AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE de este condicionado. De igual manera cuando el porcentaje afectado de los numerales 10 al 13 de la RELACION DE RIESGOS DE INDEMNIZACIONES ya mencionada en este párrafo, sea igual o superior al sesenta (60%).
 3. Al fallecimiento del ASEGURADO.
 4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
2. Si el ASEGURADO hubiere recibido una indemnización que corresponda por concepto de este amparo.
3. En el momento del fallecimiento del ASEGURADO.
4. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la Póliza de seguro.

AMPARO DE INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
2. En el momento en que ocurra el siniestro, es decir al fallecimiento del ASEGURADO.
3. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE.

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que el ASEGURADO cumpla 70 años de edad.
2. Al momento del fallecimiento del ASEGURADO.
3. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de acuerdo a la reclamación formal presentada por EL ASEGURADO o los beneficiarios, acompañada de los documentos necesarios.

EL ASEGURADO o el beneficiario, a petición de LA COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, LA COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS.

Para acreditar el derecho a la indemnización, EL ASEGURADO o el(los) beneficiario(s) presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación soportada con los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y su cuantía. **LA COMPAÑÍA de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos, según sea el caso:**

AMPARO POR FALLECIMIENTO Y AUXILIO POR FALLECIMIENTO:

- 1) Fotocopia simple de la póliza.
- 2) Carta de reclamación del Seguro.
- 3) Fotocopia del documento de identidad del ASEGURADO.
- 4) Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- 5) Registro Civil de Nacimiento del ASEGURADO o en su defecto partida de bautismo o fotocopia del documento de identidad.
- 6) Copia de la historia clínica (Si el ASEGURADO falleció en una institución médica).
- 7) Declaración del médico de cabecera.
- 8) Fotocopia del Documento de identidad de los beneficiarios. Para menores de edad Registro Civil de Nacimiento con no más de 30 días de expedido.
- 9) Prueba de la condición de representante legal o curador de los beneficiarios menores de edad.

En caso de declaración de Muerte Presunta por Desaparecimiento se requiere adicionalmente: Fotocopia de la sentencia judicial ejecutoriada que declaró la muerte presuntiva por desaparacimiento.

AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

- 1) Fotocopia simple de la póliza.
- 2) Carta de reclamación del Seguro.
- 3) Fotocopia del documento de identidad de la póliza.
- 4) La certificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente.

- 5) Dictamen del médico tratante donde certifique causa, descripción de la incapacidad y diagnóstico a futuro o historia clínica, fecha de estructuración y fecha de evaluación.
- 6) Si se posee, adjuntar la calificación de la Junta de Calificación de Invalidez que contenga la fecha de calificación y la fecha de estructuración.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

- 1) Carta de reclamación.
- 2) Fotocopia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- 3) Fotocopia simple de la póliza.
- 4) Informe y certificado médico sobre las enfermedades.
- 5) Fotocopia de la Historia Clínica del ASEGURADO expedida por los médicos tratantes o centros hospitalarios.
- 6) Exámenes de diagnóstico y demás pruebas que determinen sin duda alguna la ocurrencia del riesgo amparado.

AMPARO DE INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

Adicional a los documentos solicitados en el amparo por fallecimiento adjuntar:

- 1) La certificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente.
- 2) Acta de levantamiento del cadáver expedido por la Fiscalía General de la Nación.
- 3) Certificado de necropsia practicada por el médico legista, expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
- 4) Informe de la autoridad de tránsito correspondiente (cuando corresponda a muerte en accidente de tránsito).
- 5) Certificado de la Fiscalía necesario para establecer la causa de la muerte.

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE.

- 1) Fotocopia simple de la póliza.
- 2) Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- 3) Historia clínica de la hospitalización (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico del accidente o enfermedad que generó la hospitalización y la fecha de ingreso y salida de la entidad hospitalaria).
- 4) Incapacidad médica certificada por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARL) ó medicina prepagada a la cual se encuentre afiliado el ASEGURADO.

Capítulo IV

Cuestiones Fundamentales de Carácter Legal

INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

Los amparos seleccionados en la solicitud de seguro, entrarán en vigencia a partir de la hora 00:00 del día de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

EL ASEGURADO está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según cuestionario que sea propuesto por LA COMPAÑIA. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑIA lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si EL ASEGURADO ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑIA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

En caso de inexactitud o reticencia del ASEGURADO, LA COMPAÑIA sólo podrá aplicar las sanciones arriba contempladas, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que ocurrió EL ASEGURADO. Esta condición no tendrá aplicación cuando EL ASEGURADO oculte el padecimiento de alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

Las sanciones consagradas en esta cláusula no se aplican si LA COMPAÑIA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

EDADES.

La edad mínima de ingreso a la presente póliza es de dieciocho (18) años de edad. La edad máxima para ingreso en las coberturas de fallecimiento, auxilio por fallecimiento y asistencia es de sesenta y nueve (69) años y la edad máxima para la permanencia del ASEGURADO en estas coberturas es al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 80 años de edad.

Para los demás amparos la edad máxima de ingreso es de de 69 años y la edad máxima de permanencia del ASEGURADO es al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 70 años de edad.

INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad se aplicarán las siguientes normas:

- 1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, mencionada en el aparte Declaración Inexacta o Reticente de las Condiciones Generales de la póliza.
- 2) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que el valor asegurado guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
- 3) Si la edad verdadera es menor que la declarada, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 2.

VIGENCIA DEL SEGURO.

La póliza se expide por periodos temporales de un (1) año.

VALOR ASEGURADO.

Inicial.

El valor asegurado inicial para todos los amparos será el señalado en la carátula de la póliza.

Incremento.

Cada año, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, el valor asegurado se incrementará aritméticamente de acuerdo al porcentaje escogido por EL ASEGURADO en la solicitud individual. El valor del incremento se calculará sobre el valor asegurado inicial, hasta la fecha del aniversario más cercana a aquella en que EL ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para la póliza.

Modificaciones.

El Asegurado puede solicitar por escrito a la vigencia (anualidad) de la póliza aumentos del valor asegurado. Todas las solicitudes de aumento del valor asegurado requieren el diligenciamiento de una nueva solicitud individual de seguro y nuevos exámenes médicos, de acuerdo con las políticas de suscripción establecidas por LA COMPAÑÍA para el presente seguro. El recibido de la solicitud de aumento por parte de LA COMPAÑÍA no implicará la aceptación del mismo, pues LA COMPAÑÍA tendrá el derecho al estudio de la solicitud de acuerdo con el resultado de los exámenes médicos y las políticas de suscripción. En caso de aceptación por parte de LA COMPAÑÍA, el Tomador deberá pagar el incremento de valor de prima correspondiente al aumento.

Las disminuciones de valor asegurado deberán ser solicitadas por escrito por el Asegurado a la vigencia (anualidad) de la póliza.

PRIMAS.

CÁLCULO: para todos los amparos las primas se calcularán con base en la tarifa pertinente para periodos de un (1) año, con pago de prima anual anticipado de acuerdo

con la edad y sumas aseguradas de los diferentes amparos al inicio de cada anualidad. El total de la prima está conformado por la sumatoria de la prima del amparo de fallecimiento, la prima de los amparos adicionales contratados y las extra primas si las hay.

RECAUDO: El pago de la prima correspondiente deberá efectuarse al inicio de cada vigencia, LA COMPAÑÍA podrá autorizar el pago de las primas por cuotas semestrales, trimestrales o mensuales, cuyos valores se obtienen multiplicando la prima anual por 0,512, 0.259 y 0.087, respectivamente.

PLAZO DE GRACIA: La prima o cuota de prima en caso de fraccionamiento deberá pagarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la fecha de inicio de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza. El no pago de las primas o cuotas correspondientes en los tiempos establecidos, ocasionará la terminación automática de la póliza.

Si después de la terminación del contrato de seguro, LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

PARÁGRAFO.

En caso de siniestro LA COMPAÑÍA deducirá de la indemnización las fracciones de prima que falten para completar el valor total de la anualidad en curso.

BENEFICIARIOS.

Mientras esta póliza se encuentre vigente, EL ASEGURADO podrá designar un nuevo beneficiario o beneficiarios del seguro mediante una comunicación escrita dirigida a LA COMPAÑÍA. El cambio de beneficiario surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea recibida por LA COMPAÑÍA, excepto si se pretende efectuar el cambio de un beneficiario que ha sido designado a título oneroso.

En tal sentido y conforme lo estipulado en el artículo 1146 del Código de Comercio, el Asegurado no podrá revocar la designación de beneficiario hecha a título oneroso ni desmejorar su condición mientras subsista el interés que lo legitima, a menos que dicho beneficiario consienta en la revocación o desmejora.

DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales que resulten aplicables, como domicilio contractual se fija la ciudad que figure en la carátula de la póliza.

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



CAU (PRUEBAS)

CC: 9999999566
CRA 13 A # 29 - 24
BOGOTA
Tel. 5600600
E-mail: nancy.salazar@allianz.co

Allianz Seguros de Vida S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860027404 - 1