

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

CONDICIONES GENERALES

CÓDIGO: 01022019-1413-P-34-MUCCAUSERFM3001-0R0I

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. quien en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, con base en la información contenida en la carátula de esta póliza, en los certificados que se expidan en relación con ella y en las solicitudes de seguro (las cuales se entienden incorporadas al presente contrato), ha celebrado el presente contrato de seguro que se regirá por las condiciones generales de la póliza, el cual otorgará las siguientes coberturas contratadas las cuales se identifican en la carátula o en el certificado individual:

CONDICIÓN PRIMERA.- AMPARO BÁSICO.-

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA.- EXCLUSIONES.-

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN LOS AMPAROS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA DEL PRESENTE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA LOS AMPAROS BÁSICO DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERIODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA LOS AMPAROS BÁSICO Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

2.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA

FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

2.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

2.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

2.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

CONDICIÓN TERCERA.- DEDUCCIONES Y LIMITACIONES.-

3.1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: EXISTEN LIMITANTES PARA EL INGRESO Y PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.-

3.1.1. **PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL.-**SÓLO PODRÁN SOLICITAR EL PRESENTE SEGURO, LAS PERSONAS QUE TENGAN MÁS DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD, HASTA LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-

EL ASEGURADO UNA VEZ CONTRATADO EL SEGURO, PODRÁ SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, HASTA QUE CUMPLA LA EDAD DE SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN-

3.1.2. **PARA LOS ASEGURADOS SECUNDARIOS (DEPENDIENTES).**- PODRÁN HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, EL NÚCLEO FAMILIAR CONFORMADO POR CÓNYUGE E HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL, SIEMPRE Y CUANDO QUEDEN EXPRESAMENTE INCLUIDOS COMO ASEGURADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-

EN ESTE CASO, LA EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL CÓNYUGE SERÁ LA MISMA QUE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL, MIENTRAS QUE PARA LOS HIJOS, SOLO PODRÁN INGRESAR QUIENES TENGAN MAS DE SEIS (6) MESES DE EDAD Y HASTA LOS VEINTITRES (23) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS, PERMANECIENDO DENTRO DEL GRUPO ASEGURABLE HASTA LA EDAD DE VEINTICUATRO (24) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

3.2. ACTIVIDADES, OFICIOS Ó PROFESIONES RESTRINGIDAS PARA LAS PERSONAS QUE QUIERAN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.-

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

- DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACEUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE

MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA

COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

• POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 2.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

3.3. LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE A LA COBERTURA BÁSICA Y POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

CONDICIÓN CUARTA.- DEFINICIONES.-

4.1 **TOMADOR:** es la persona que contrata el presente seguro.

4.2 **ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.

4.3 **BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la Carátula de la Póliza o del certificado individual.

4.4 **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte.

También se consideran accidentes la intoxicación o envenenamiento accidental, las peleas o riñas no ocasionadas por el asegurado, la asfixia por vapores o gases ajena a la voluntad del asegurado, la mordedura y picadura de animales, el terremoto, temblor y demás fenómenos naturales, la práctica no profesional de deportes, los accidentes en moto, el ahogamiento o asfixia por inmersión u obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.

4.5 **ENFERMEDAD:** El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.

4.6 **SIDA:** Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "A.R.C." (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).

CONDICIÓN QUINTA - AMBITO TEMPORAL Y TERRITORIAL DE LOS AMPAROS

Los amparos contenidos en la presente póliza cubren al asegurado las veinticuatro (24) horas del día, incluyendo viajes terrestres, marítimos y aéreos dentro y fuera del país.

CONDICIÓN SEXTA - INDEPENDENCIA DE LOS AMPAROS

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los riesgos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especificado en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos afectados.

CONDICIÓN SEPTIMA - SUMAS ASEGURADAS Y LIMITES DE INDEMNIZACIÓN

La responsabilidad máxima de **LA COMPAÑÍA** no excederá de la suma asegurada estipulada para cada cobertura indicada en la caratula de la póliza o en el certificado individual de seguro, ni de los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

CONDICIÓN OCTAVA - DEDUCIBLE

Es el monto o el porcentaje de la pérdida que se encuentra a cargo del asegurado, estipulado en la carátula de la póliza en el certificado individual o en sus anexos, previsto para las diferentes coberturas que se contraten, que invariablemente se deduce del pago de la correspondiente indemnización.

CONDICIÓN NOVENA – DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el asegurado y tomador están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, 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 tomador o el asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, 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.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, 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.

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA - PAGO DE LAS PRIMAS Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

La prima correspondiente a la presente póliza o a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el asegurado dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en la póliza o en el mismo certificado individual de seguro o en su defecto dentro de los 30 días comunes contados desde la fecha de inicio de vigencia. En todo caso y en concordancia con lo previsto por el artículo 1152 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza o el certificado individual terminados automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - RENOVACIÓN

La vigencia del seguro será la indicada expresamente en la caratula de la póliza, certificado individual de seguro o anexo, en los cuales se establece la forma de renovación y de ajuste de las primas correspondientes.

En defecto de estipulación específica sobre la renovación en la caratula de la póliza, en el certificado individual o anexo, el seguro se renovará anualmente de manera automática por un periodo igual al pactado, siempre y cuando EL TOMADOR acepte la cláusula de renovación automática en la vigencia inicial, y en cada anualidad los valores asegurados se ajustarán automáticamente en el mismo porcentaje que registre el IPC del año anterior.

En cada anualidad la prima correspondiente al siguiente periodo anual se calculará tomando como base el nuevo valor asegurado y las tarifas aplicables a la edad alcanzada por el asegurado.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de grupo entre el tomador y **LA COMPAÑÍA**, estos le serán comunicados al asegurado en su respectiva renovación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por el tomador o ASEGURADO de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio. En este caso el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dirección conocida con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

El hecho de que **LA COMPAÑÍA** haya recibido primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - AVISO DEL SINIESTRO

De acuerdo con lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el ASEGURADO estará obligado a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3) días siguientes a que lo conoció o debió conocer, por medio de los canales de comunicación habilitados por la compañía y los cuales pueden consultarse en la página web: www.metlife.com.co/procesosdereclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Original o copia del registro civil de defunción.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO fallecido.
- Copia del documento de identificación del BENEFICIARIO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Tratándose de beneficiarios legales la prueba de tal calidad.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el ASEGURADO o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del ASEGURADO o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA SEPTIMA - CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el tomador y el ASEGURADO se obligan con **LA COMPAÑÍA** a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - NOTIFICACIONES

Cualquier modificación de la póliza tendrá que hacerse por escrito.

CONDICIÓN VIGÉSIMA - MÉRITO EJECUTIVO DE LA PÓLIZA

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el asegurado o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - DOMICILIO, LEGISLACIÓN APLICABLE, TERRITORIO Y NOTIFICACIONES

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza. El presente contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El tomador asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

El tomador declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requerirían la autorización previa por parte del titular de los datos para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**, se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y el tomador en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMA AUTORIZADA

**ANEXO DE AUXILIO PARA GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA
CODIGO 01022019-1413-A-34-AUXFUNSERFM3001-0R0I**

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN OTORGAR LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES OTORGADAS POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO(S) QUE CONSTAN EN LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN EL PRESENTE ANEXO:

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO FUNERARIO CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE SE PAGUE EL MONTO DE LA PRIMA ADICIONAL POR LA PRESENTE COBERTURA.

CONDICIÓN SEGUNDA.- APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.-

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMA AUTORIZADA

**ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR
ENFERMEDAD**

CÓDIGO: 01022019-1413-A-34-RDHAOESERFM3006-0R01

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN OTORGAR LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES OTORGADAS POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO(S) QUE CONSTAN EN LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN EL PRESENTE ANEXO:

CONDICIÓN PRIMERA.- COBERTURA.-

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EN CASO QUE ÉSTE SEA HOSPITALIZADO POR ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO O POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ESTE AMPARO SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA DÍA QUE EL **ASEGURADO** ESTÉ INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN HOSPITAL O CLÍNICA DEBIDAMENTE RECONOCIDO Y CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE SALUBRIDAD COMPETENTES.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE 364 DÍAS, SIEMPRE QUE LA POLIZA CONTINÚE VIGENTE.

CONDICIÓN SEGUNDA.- EXCLUSIONES.-

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN LOS AMPAROS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA DEL PRESENTE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. TODOS LOS INDICADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA.-

2.2. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES

A NIVEL PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS O PRÁCTICA DE DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.-

2.3. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TIQUETE.

2.4. LAS PELEAS O RIÑAS OCASIONADAS O CAUSADAS POR EL ASEGURADO.

2.5. VÍCTIMA O PARTÍCIPE DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS O EL USO DE FUERZA MILITAR PARA PREVENIRLOS O MITIGARLOS, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE O LESIONES QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN

TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

2.6. FISIÓN O FUSIÓN RADIOACTIVA O QUÍMICA O LOS EFECTOS QUE PRODUZCAN EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES, REACCIÓN NUCLEAR, LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS, O

BIOLÓGICOS, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

2.7. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS (EXCEPTUANDO LAS TOMADAS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA), ALUCINÓGENOS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

2.8. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

2.9. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS.

2.10. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD.

2.11. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

2.12. HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE TRATAMIENTOS DE OBESIDAD.

2.13. ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS

CONDICIÓN TERCERA.- DEDUCCIONES Y LIMITACIONES.-

3.1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA: EXISTEN LIMITANTES PARA EL INGRESO Y PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.-

3.1.1. **PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL.-**SÓLO PODRÁN SOLICITAR EL PRESENTE SEGURO, LAS PERSONAS QUE TENGAN MÁS DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD, HASTA LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-

EL ASEGURADO UNA VEZ CONTRATADO EL SEGURO, PODRÁ SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, HASTA QUE CUMPLA LA EDAD DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA

CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN-

3.1.2. **PARA LOS ASEGURADOS SECUNDARIOS (DEPENDIENTES).**- PODRÁN HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, EL NÚCLEO FAMILIAR CONFORMADO POR CÓNYUGE E HIJOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL, SIEMPRE Y CUANDO QUEDEN EXPRESAMENTE INCLUIDOS COMO ASEGURADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-

EN ESTE CASO, LA EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL CÓNYUGE SERÁ LA MISMA QUE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL, MIENTRAS QUE PARA LOS HIJOS, SOLO PODRÁN INGRESAR QUIENES TENGAN MAS DE SEIS (6) MESES DE EDAD Y HASTA LOS VEINTITRES (23) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS, PERMANECIENDO DENTRO DEL GRUPO ASEGURABLE HASTA LA EDAD DE VEINTICUATRO (24) AÑOS Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

3.2. ACTIVIDADES, OFICIOS Ó PROFESIONES RESTRINGIDAS PARA LAS PERSONAS QUE QUIERAN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.-

APLICA LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2.2. DE LA CONDICIÓN SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN CUARTA.- DEFINICIONES.-

ADICIONALES A AQUELLAS ESTABLECIDAS EN LA CONDICIÓN CUARTA DE LAS CONDICIONES GENERALES:

4.1. **HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.

CONDICIÓN QUINTA - REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el asegurado.
- Copia del documento de identificación del asegurado.
- Certificado de la institución hospitalaria en la cual el asegurado fue internado con la indicación de la causa y de la duración de la hospitalización.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del asegurado.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN SEXTA.- APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.-

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste. -

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

FIRMA AUTORIZADA

ANEXO - ASISTENCIA MÉDICA
CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

POR ACUERDO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA, FORMALIZADO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** EN ADELANTE **LA COMPAÑÍA** ASEGURA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, A LAS PERSONAS ASEGURADAS QUE APAREZCAN RELACIONADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ANEXO, SIEMPRE Y CUANDO MEDIE EL PAGO DE LA PRIMA RESPECTIVA:

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA SE LIMITA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A TRAVÉS DE UN TERCERO PROVEEDOR, EN VIRTUD DEL ACUERDO AL QUE HA ADHERIDO.-

ASISTENCIA MÉDICA

COBERTURA	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	EVENTOS POR AÑO
Orientación Médica Telefónica	Sin Límite	6 eventos
Enfermera a Domicilio (Atención Básica)	\$ 120.000	1 evento
Orientación Psicológica Básica		
Orientación Nutricional Básica	Sin Límite	6 eventos
Recordatorio de Ingesta de Medicamentos		

GLOSARIO DE TÉRMINOS

DEFINICIONES

ASEGURADO: LA PERSONA FÍSICA QUE CONTRATA EL SERVICIO A SU TITULARIDAD.

COORDINACIÓN: ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA PROVISTA POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA 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 LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA ESTARÁN A DISPOSICIÓN DE LOS ASEGURADOS, QUE COMIENZAN 24 HORAS DESPUÉS DEL MOMENTO DE AFILIACIÓN AL PROGRAMA.-

PERIODO DE VIGENCIA: PERIODO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO TIENE DERECHO A OBTENER LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA OFRECIDOS POR LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO. COMPRENDE DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA HASTA LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN 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 CONSECUCCIÓN 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 VIGENCIA.

REFERENCIA: INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y FEHACIENTE CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS, QUE ES PROVISTA TELEFÓNICAMENTE POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA AL ASEGURADO DE ACUERDO CON 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 DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA SE PRESENTE ANTE UN ASEGURADO PARA PROCEDER A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIO DE ASISTENCIA SOLICITADO.

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.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

En caso de que el asegurado requiera una orientación médica telefónica, la empresa prestadora del servicio de asistencia brindará al asegurado de acuerdo a las condiciones de la asistencia, orientación médica telefónica las 24 horas, los 365 días del año.

En la línea de asistencia un profesional médico coordinado con un tercero por la empresa prestadora del servicio de asistencia realizará la clasificación de la gravedad de su padecimiento y le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional médico de manera presencial, en caso de que lo requiera.

- * No se prescriben medicamentos vía telefónica.
- * No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación telefónica.
- * No se cambian protocolos de tratamiento vía telefónica.
- * El servicio no incluye el costo o garantiza el envío de un médico a domicilio.
- * Verificar exclusiones generales de asistencia médica.

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

Esta asistencia se prestará por 6 eventos durante la vigencia de la póliza sin límite de cobertura.

ENFERMERA A DOMICILIO

En caso que el asegurado requiera cuidados primarios de enfermería, (derivados de una emergencia que no amerite traslado al hospital) la empresa prestadora del servicio de asistencia enviará hasta el domicilio del asegurado, una enfermera en los siguientes casos:

- Cuando el asegurado tenga una cita programada o un procedimiento y no lo pueda cumplir, nuestro proveedor podrá:

Proceder a la administración de medicamentos en sitio, si y solo si; se justifica la necesidad, se cuenta con una orden médica y con previa firma de un documento que constata el consentimiento y comprensión por parte del usuario y/o paciente acerca del medicamento que se administrará (medio, vía y técnica de administración, propósito, efectos adversos y reacciones principales y secundarios, así como el actuar en caso de presentarse estos efectos y/o reacciones).

Los únicos medicamentos autorizados por la empresa prestadora del servicio de asistencia para la aplicación en sitio son: anti-inflamatorios, analgésicos, antiespasmódicos, antipiréticos, anti-histamínicos, aplicados por vía oral, intramuscular o endovenosa, siempre bajo la autorización comprobable de un médico.

- Curaciones (excluyendo curaciones complejas o debridaciones).

Condiciones del servicio

- Este servicio se brindará según las indicaciones dadas por el médico y límites de la asistencia contratada.
- Para la coordinación del servicio de inyectología, es necesario que el asegurado presente la documentación médica certificada del paciente, la cual debe ser reciente (máximo 3 meses desde su expedición) y contener lo siguiente:
 - Membrete de la institución médica.
 - Nombre, edad y diagnóstico(s) definitivos del paciente.
 - Cuidados necesarios para el paciente.
 - Nombre, firma y cédula del médico.

Exclusiones

- Este servicio se prestará en el lugar de residencia del usuario dentro del perímetro urbano.
- Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico del call center de la empresa prestadora del servicio de asistencia.
- No incluye curaciones complejas o debridaciones.
- No incluye el costo o el envío de ningún tipo de medicamento.
- No incluye toma de muestras de laboratorios.
- No incluye la asistencia por especialistas.
- No incluye movilización del paciente.
- No incluye la asistencia para pacientes con diagnósticos psiquiátricos o postquirúrgicos de alta complejidad (no neurológicos, no cardiológicos, no estéticos).
- Verificar exclusiones generales de asistencia médica.

Esta asistencia se prestará por 1 evento durante la vigencia de la póliza con un límite de cobertura de CIENTO VEINTE MIL PESOS m/CTE (\$120.000)

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

En caso que el asegurado lo requiera, la empresa prestadora del servicio de asistencia 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.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

Cuando el asegurado requiera, la empresa prestadora del servicio de asistencia 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.

RECORDATORIO DE INGESTA DE MEDICAMENTOS

La empresa prestadora del servicio de asistencia pone a disposición del asegurado o beneficiario, expertos en servicios de orientación telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año para la asesoría y recordación de ingesta de medicamentos.

Cuando el asegurado necesite que se le recuerden telefónicamente ingesta de medicamentos a su solicitud, la empresa prestadora del servicio de asistencia elaborará el calendario de llamadas y se comunicará con el asegurado para hacer tal recordatorio.

CÓMO ACEDEN 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:

A) EL ASEGURADO QUE REQUIERA DEL SERVICIO, SE COMUNICARÁ LAS 24 HORAS DEL DÍA LOS 365 DÍAS DEL AÑO, A LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS DEFINIDAS POR LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.

B) EL ASEGURADO PROCEDERÁ A SUMINISTRARLE AL FUNCIONARIO DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA 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.

C) LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA CONFIRMARÁ SI EL ASEGURADO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA TIENE O NO DERECHO A RECIBIR LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS.

D) UNA VEZ CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS, LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA LE PRESTARÁ AL ASEGURADO LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MEDIO DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS A LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DEL PRESENTE DOCUMENTO.

E) EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA ADECUADAMENTE CON LOS REQUISITOS INDICADOS, NI LA COMPAÑÍA NI LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA ASUMIRÁN 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:

- A) 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.
- B) EL ASEGURADO DEBERÁ SIEMPRE ACEPTAR LAS RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES INDICADAS POR EL PROVEEDOR, FRENTE A LOS SERVICIOS SOLICITADOS.
- C) IDENTIFICARSE COMO ASEGURADO ANTE LOS FUNCIONARIOS DEL PROVEEDOR O ANTE LAS PERSONAS QUE ESTA ÚLTIMA CONTRATE, CON EL PROPÓSITO DE PRESTAR LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.
- D) QUEDA IMPLÍCITO QUE AL MOMENTO DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE LA “ASISTENCIA”, EL ASEGURADO AUTORIZA A LA CLÍNICA A ENTREGAR TODA DOCUMENTACIÓN (HISTORIA CLÍNICA) QUE REQUIERA EL PROVEEDOR Y LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.

PERIODO DE CARENCIA.

24 HORAS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA ACTIVACIÓN DE LA ASISTENCIA, EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A USAR EL SERVICIO.

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 DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA NI DE LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE LA COBERTURA A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE ANEXO DE ASISTENCIA.

EXCLUSIONES GENERALES:

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN ALGUNAS DE LAS COBERTURAS, LA COMPAÑÍA NO CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES CASOS:

- LOS SERVICIOS SERÁN PRESTADOS EN LAS CIUDADES DEFINIDAS EN “ÁMBITO TERRITORIAL” DEL PRESENTE DOCUMENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA ZONA NO ESTE ENMARCADA COMO TERRITORIO DE CONFLICTO INTERNO (ZONAS ROJAS) O ZONAS DE TOLERANCIA O ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO VEHICULAR, PEATONAL Y DE TRANSITO LIBRE.
- LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DADA POR LA COMPAÑÍA.
- LOS SERVICIOS ADICIONALES QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRATADO DIRECTAMENTE CON EL TÉCNICO ESPECIALISTA Y/O PROFESIONALES BAJO SU CUENTA Y RIESGO.
- DAÑOS CAUSADOS POR MALA FE DEL TITULAR.
- SE EXCEPTÚAN AQUELLOS LUGARES EN DONDE EXISTA INCONVENIENTE O RIESGO DE SEGURIDAD DE LOS RECURSOS POR CUALQUIER FUERZA AL MARGEN DE LA LEY, GUERRILLA, AUTODEFENSAS O CUALQUIER OTRO.

- LOS QUE TUVIESEN ORIGEN O FUERAN 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.
- HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE CUERPOS DE SEGURIDAD.
- LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
- EVENTOS CATASTRÓFICOS DE LA NATURALEZA TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, MAREMOTO, GRANIZO, VIENTOS FUERTES, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS, ETC.
- EXPROPIACIÓN, REQUISA O DAÑOS PRODUCIDOS EN LOS BIENES DEL TITULAR POR ORDEN DEL GOBIERNO, DE DERECHO O DE FACTO, O DE CUALQUIER AUTORIDAD INSTITUIDA.
- SI SE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO O ENGAÑOSA O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS.