

CHUBB®

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD INDIVIDUAL

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

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

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

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN SU AMPARO BÁSICO?

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

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

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

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

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

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

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

¿ESTE SEGURO PUEDE TENER AMPAROS ADICIONALES?

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

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE SEGURO?

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

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

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

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

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

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

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

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

¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBE PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

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

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

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

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

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

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

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

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

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

CONDICIÓN QUINTA –MODALIDAD DEL SEGURO Y TOMADOR

¿CUÁL ES LA MODALIDAD DE SEGURO EN ESTA PÓLIZA?

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

¿QUIÉN ES EL TOMADOR DE ESTA PÓLIZA?

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

¿QUÉ ES EL COLECTIVO ASEGURABLE?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Corresponde al asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios.

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

CONDICIÓN NOVENA - ¿ESTE CONTRATO SE PUEDE REVOCAR?

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – PRESCRIPCIÓN.

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

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – NORMAS SUPLETORIAS.

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

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

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

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

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

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

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

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

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

CHUBB®

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

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

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

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

TAMBIÉN ESTÁ ASEGURADO:

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

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

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

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

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

SÓLO SE PAGARÁ EL SEGURO SI:

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

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

EN ADICIÓN, NO SE AMPARA:

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

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

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

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

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

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

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

¿QUÉ DOCUMENTOS SE SUGIEREN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

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

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

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

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

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

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

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

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

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

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

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

AMPARO ADICIONAL RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

MODALIDAD INDIVIDUAL

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

CHUBB®

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

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

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

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

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

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

¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

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

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

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

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

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

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

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

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

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

¿ESTE AMPARO TIENE DEDUCCIONES?

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

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

CONDICIÓN SEXTA - ¿COMO TERMINA ESTE AMPARO ADICIONAL?

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

A. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.

B. Cuando CHUBB paga la suma asegurada por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

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

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

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

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

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

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

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

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

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

**AMPARO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE
ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD INDIVIDUAL**

CHUBB®

02/01/2023-1305-P-31- CLACHUBB20210014-DRCI
02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021016-DRCI
25/09/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG023

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

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

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

CHUBB REEMBOLSARÁ LOS VALORES CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO, SIN SUPERAR EL VALOR LÍMITE DEL TOTAL ASEGURADO, SI EL ASEGURADO REQUIERE DE ASISTENCIA MÉDICA O QUIRÚRGICA, AMBULANCIA, HOSPITAL, ENFERMERA Y MEDICAMENTOS, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTE A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

- A. EL PRESENTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO ESTE SE HAYA INCLUIDO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**
- B. SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE EL HECHO EXTERNO, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO, QUE NO SE GENERE POR CULPA GRAVE O DOLO, NI POR POTESTAD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS, NI POR ESTAR EL ASEGURADO COMETIENDO UN DELITO.**
- C. LA INDEMNIZACIÓN PAGADA POR CONCEPTO DE GASTOS MÉDICOS REDUCE AUTOMÁTICAMENTE EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL EN LAS SUMAS INDEMNIZADAS**
- D. EL ACCIDENTE DEBE OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO.**

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE ACCIDENTES PERSONALES. PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES

O REGULACIONES PROHÍBAN A CHUBB PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – ¿CUALES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA DE ANEXO?

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

CONDICIÓN CUARTA – ¿CÓMO SE RECLAMA Y SE PAGA EL ANEXO?

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

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

¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

Para que CHUBB proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el asegurado del seguro deberá aportar las pruebas que permitan demostrar la ocurrencia del siniestro, se sugiere presentar los siguientes documentos:

- Carta formal de reclamación.
- Historia clínica completa de la atención recibida y/o epicrisis de la atención médica.
- Facturas electrónicas y comprobante de pago de los gastos.

Sin embargo, CHUBB podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus amparos adicionales.

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

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

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

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

¿ESTE AMPARO TIENE DEDUCCIONES?

Sí, para el pago del Amparo de Reembolso de gastos médicos por Accidente, se descontará el deducible definido en la carátula de la póliza y se reembolsará hasta por el límite definido en la misma carátula de la póliza.

CONDICIÓN QUINTA – TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL

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

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

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

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

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

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

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

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

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

**AMPARO ADICIONAL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CÁNCER
ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD INDIVIDUAL**

CHUBB®

02/01/2023-1305-P-31- CLACHUBB20210014-DRCI
02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021014-DRCI
29/09/2020-1305-NT-31-A&HNTCHUBBSEG008

COMPAÑÍA ASEGURADORA:

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

CONDICIÓN PRIMERA

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO EN ESTE AMPARO ADICIONAL?

LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE PADECER DE CÁNCER EL ASEGURADO, DEBIDAMENTE DIAGNOSTICADO Y CONFIRMADO, EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO O ESPECÍFICAMENTE CUANDO SUFRA DE CÁNCER MAMA, CÉRVIX O PRÓSTATA.

¿EN QUÉ CONDICIONES SE CUBRE EL RIESGO?

- A. EL PRESENTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO ESTE SE HAYA INCLUIDO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**
- B. EL SEGURO TIENE PREVISTO UN PERIODO DE CARENCIA, POR ELLO PARA QUE ESTE TENGA COBERTURA, EL PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DEBE VERIFICARSE DESPUES DE TRANSCURRIDOS NOVENTA (90) DÍAS DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE SEGURO.**
- C. EL SEGURO SE PAGARÁ SOLO SÍ EL ASEGURADO HA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DE CONFIRMADO EL DIAGNOSTICO DE CÁNCER.**

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

¿QUÉ NO CUBRE O QUÉ EXCLUYE ESTE AMPARO ADICIONAL?

NO TIENE COBERTURA NINGUNA RECLAMACIÓN PARA OBTENER LA SUMA ASEGURADA DE ESTE AMPARO CUANDO SE PRESENTEN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES Y EVENTUALIDADES:

1. CUANDO EL ASEGURADO NO HA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS CON POSTERIORIDAD A LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE CANCER.
2. TODAS LAS LESIONES O CAMBIOS PRECANCEROSAS, IN SITU O PREMALIGNAS.
3. NINGÚN EVENTO ORIGINADO EN SITUACIONES MÉDICAS ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA NI ANTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL PERÍODO DE CARENIA. POR LO TANTO, LA ENFERMEDAD DEBE SOBREVENIR DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DESPUÉS DE VENCIDO EL PERÍODO DE CARENIA, Y NO SER CONSECUENCIA DE UNA AFECCIÓN ANTERIORMENTE DIAGNOSTICADA.
4. LOS EVENTOS CORRESPONDIENTES A SITUACIONES MÉDICAS, EN DONDE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, CUIDADO O CONTROL DE UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
5. CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA A LA SEÑALADA EN EL PRESENTE AMPARO.
6. LOS EVENTOS QUE DEN LUGAR A LA AFECTACIÓN DEL SEGURO COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I D.A.
7. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

PARAGRAFO PRIMERO: ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LOS NUMERALES ANTERIORES, PARA LA COBERTURA DE CÁNCER DE MAMA, TAMPOCO HABRÁ COBERTURA POR CUALQUIER LESIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN O SU EQUIVALENTE EN CUALQUIER NOMENCLATURA DIFERENTE A LA AQUÍ USADA:

- A. CARCINOMA LOBULAR NO INFILTRANTE.
- B. CARCINOMA INTRACANALICULAR NO INFILTRANTE.
- C. CARCINOMA DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS QUE NACEN DENTRO DE LA MAMA.
- D. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS QUE NACEN DENTRO DE LA MAMA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LOS NUMERALES ANTERIORES, PARA LA COBERTURA DE CÁNCER DE CÉRVIX, TAMPOCO HABRÁ COBERTURA POR CUALQUIER LESIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN O SU EQUIVALENTE EN CUALQUIER NOMENCLATURA DIFERENTE A LA AQUÍ USADA:

- A. LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA.
- B. DISPLASIA LEVE, MODERADA O SEVERA.

PARÁGRAFO TERCERO: ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LOS NUMERALES ANTERIORES, PARA LA COBERTURA DE CÁNCER DE PRÓSTATA, TAMPOCO HABRÁ COBERTURA POR CUALQUIER LESIÓN ENUMERADA A CONTINUACIÓN O SU EQUIVALENTE EN CUALQUIER NOMENCLATURA DIFERENTE A LA AQUÍ USADA:

- A. ANEPLASIA PROSTÁTICA INTRAEPITELIAL (PIN) DE ALTO Y BAJO GRADO
- B. PATOLOGÍAS SOSPECHOSAS O ATIPIAS CELULARES (DEFORMACIÓN CELULAR INICIAL QUE NO LLEGA A LA MALIGNIDAD).

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

CONDICIÓN TERCERA - ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA ESTE ANEXO?

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

CONDICIÓN CUARTA- ¿CUALES SON LAS DEFINICIONES APLICABLES A ESTE ANEXO?

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

CÁNCER: Definido como el crecimiento anormal de células (tumor) histológicamente clasificadas como tejido de características malignas (cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis.

DIAGNÓSTICO: Procedimiento realizado por un médico y por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad. El diagnóstico debe ser posteriormente confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

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

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad al ingreso al seguro o al inicio de la vigencia de la cobertura individual de seguro.

CÁNCER DE MAMA: Es el crecimiento anormal de células (Tumor) histológicamente clasificadas como tejido mamario (Estructuras Glandulares o Caniculares de la glándula mamaria) de características malignas (Cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (Infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis

Sinónimos: Para todos los efectos del amparo se consideran sinónimos de cáncer de mama los siguientes:

Cáncer de Seno

Cáncer Mamario

Cáncer de mama de acuerdo a resultados Histopatológicos.

Carcinoma Lobular

Carcinoma Escirroso Fibroplástico

Carcinoma Medular

Carcinoma Coloide o Mucoso

Enfermedad de Paget (Carcinoma Canalicular que se propaga a la piel)

Carcinoma Canalicular o de Conductos

Carcinoma Lobulillar

CÁNCER DE CERVIX: Es el crecimiento anormal de células (Tumor) histológicamente clasificadas como tejido del cuello uterino de características malignas (Cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (Infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis.

Sinónimos: Para todos los efectos del amparo se consideran sinónimos de cáncer de cérvix los siguientes:

Cáncer Cervicouterino

Cáncer de Cérvix

Cáncer de Cuello Uterino

Cáncer Cervical Invasor

Tumor Maligno de Cérvix

CÁNCER DE PROSTATA: Es el crecimiento anormal de células (Tumor) histológicamente clasificadas como tejido prostático de características malignas (Cancerosas), determinadas por el estudio histopatológico y que cumplan con las características de malignidad celular como son la invasión (Infiltración) de tejidos normales, el crecimiento sin control, sin orden y la difusión se podría considerar a otros órganos con o sin metástasis.

PERIODO DE CARENCIA: Lapso que debe transcurrir entre el inicio formal de la vigencia del seguro, y el momento en que el asegurador asume el riesgo (inicio de la vigencia técnica), durante el cual no hay cobertura.

CONDICIÓN QUINTA - ¿CÓMO SE RECLAMA Y SE PAGA EL ANEXO?

¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

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

¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN PRESENTAR PARA RECLAMAR ESTE SEGURO?

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia del diagnóstico de cáncer en cualquier parte del cuerpo y específicamente cuando sufra de cáncer mama, cérvix o próstata, pudiendo utilizar para ello los medios probatorios admitidos en la ley colombiana y en especial se sugieren los siguientes:

1. Formulario de reclamación suministrado por CHUBB
2. Registro Civil de Nacimiento
3. Certificación médica emitida por el profesional que diagnosticó el cáncer, junto con los exámenes clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio que respalden el diagnóstico
4. Copia del ECO
5. Resultado de Hispatológico
6. Para los casos de cáncer de mama y cáncer de cérvix aportar el resultado citológico
7. Para el caso de cáncer de mama aportar la mamografía y para el cáncer de próstata aportar el antígeno prostático.
8. Copia de la historia clínica completa

Sin embargo, CHUBB podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus amparos adicionales.

¿EN CUÁNTO TIEMPO SE PAGA EL SEGURO?

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

¿CUÁL ES EL VALOR A RECIBIR POR EL SINIESTRO?

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

CONDICIÓN SEXTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL ONCOLÓGICO.

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

- A.** Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo.
- B.** Cuando CHUBB paga la suma asegurada por el amparo básico de la póliza de accidentes personales, o del Amparo Adicional oncológico.

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

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860.026.518-6

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

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

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

e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>

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

CONDICIONES ANEXO DE ASISTENCIA

A continuación, se definen las condiciones de la asistencia anexo al producto y se especifica en la carátula de la póliza:

PLAN ODONTOLÓGICO ASISTENCIAL POR ACCIDENTE

1. DEFINICIONES:

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

PRESTADOR(ES) DE SERVICIOS DE SALUD: Profesional(es) debidamente habilitado(s) por las autoridades competentes para prestar servicios de asistencia en salud con el(los) que el “EL CONTRATISTA” tiene un convenio y que es(son) quien(es), atiende(n) las solicitudes de los usuarios o clientes, a nivel nacional e internacional para los servicios descritos en el presente documento. El listado de dichos profesionales puede consultarse en la página web www.sdsigma.com

USUARIO O CLIENTE: Personas (Titulares) que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en este anexo.

URGENCIA ODONTOLÓGICA: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa, urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor derivado de accidentes originados por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia.

CONSULTA AMBULATORIA: El ASEGURADO puede hacer uso del servicio de atención odontológica en cualquier ocasión o momento de la vigencia de la cobertura, para acceder a valoraciones con odontología general o con las especialidades odontológicas sin ningún costo y el PRESTADOR DE SALUD, le entregará presupuesto con las tarifas preferenciales (descuentos entre el 10 y 30% sobre tarifa plena del PRESTADOR DE SALUD).

EJECUTIVO O ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE: Es el encargado de iniciar el proceso con el usuario que ingresa la información del usuario y beneficiarios que soliciten la atención al sistema de EL CONTRATISTA

LOCALIZADOR (CÓDIGO DEL CASO): Número aleatorio generado en el sistema de EL CONTRATISTA donde es consignada toda la información referente a las citas y llamadas de los usuarios y es informado a LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. para la aprobación de procedimientos.

CLAVE DE ATENCIÓN O REGISTRO DE SERVICIO: Número que es generado por el sistema a través de la gestión del asesor y es utilizado internamente para la autorización de tratamientos.

2. COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE:

Atención al usuario (Titular) a consecuencia de una urgencia odontológica por accidente, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de urgencia odontológica indicada en el capítulo 1. Definiciones de este anexo.

Los servicios serán prestados por PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD dentro de todo el territorio Nacional. Adicionalmente se brindará cobertura internacional del plan dental en los siguientes países: Ecuador, Perú, Chile, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Salvador, Nicaragua, Honduras e Italia siempre y cuando estén radicados en Colombia y se encuentren en los países mencionados por una estadía temporal no mayor a 60 días.

Para acceder a este servicio el usuario podrá comunicarse por medio del canal designado por la compañía y definido en el documento Resumen de Condiciones o en la carátula de la póliza. La cobertura aplica para eventos ocurridos a partir del día siguiente a la adquisición de la póliza. Los servicios serán los siguientes:

	COBERTURA POR URGENCIA ASOCIADA A ACCIDENTE (*)	AMBULATORIO
Atención Odontológica	Consultas con odontología General y especializada sin costo	X
	Atención de urgencia (Endodóntica, periodontal y protésica)	
Periodoncia	Ferulización semirígida	
Operatoria y Restauradora	Ajustes de Oclusión (quitar contactos entre dientes que generen molestia)	
	Obturación provisional	
	Restauración en amalgama dientes posteriores (Clase I, Clase II y MOD)	
	Restauración en resina dientes posteriores (Clase I, Clase II y MOD)	
	Restauración en resina dientes anteriores (Clase III, Clase IV y Clase V)	
	Restauraciones clase V en Vidrios Ionoméricos	
	Cementación (pegado) de corona definitiva o corona provisional	
	Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (reparación de prótesis dentales en el consultorio)	
Cirugía Oral	Exodoncia simple dientes temporales y permanentes	
	Exodoncia quirúrgica dientes temporales y permanentes (impactados, semiincluidos, restos radiculares y terceros molares)	
Endodoncia	Reimplante de diente avulsionado	
	Recubrimiento pulpar directo e indirecto (colocación de protección al nervio)	
	Pulpectomía (retiro del nervio dental)	
	Pulpotomía (retiro parcial del nervio)	
	Tratamiento de conducto unirradicular en dientes temporales y permanentes	
	Tratamiento de conducto birradicular en dientes temporales y permanentes	
	Tratamiento de conducto multirradicular en dientes temporales y permanentes	
Radiología Oral	Radiografía periapical	
	Radiografía coronal (bitewing)	
Beneficios adicionales	Cobertura del plan con prestadores aliados Sigma en 11 países	
	Reembolso para urgencias a nivel nacional: en caso que no hay prestador disponible (previa autorización)	
	Descuentos en tratamientos no cubiertos	X
	Atención telefónica (horario 24/7 los 365 días del año)	
	Orientación odontológica telefónica para aclaración de dudas sobre tratamiento	X

(*) Eventos ilimitados. No aplica periodo de carencia

Cuando la urgencia sea producto de un accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el usuario requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el usuario pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

3. EXCLUSIONES DE URGENCIA ODONTOLÓGICA:

Este anexo no cubre servicios originados ni los gastos incurridos directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una urgencia odontológica derivada de accidente, entre los cuales, a título enunciativo, se encuentran los siguientes:

- a) Tratamientos y/o controles no contemplados específicamente en el numeral 1 – cobertura urgencia odontológica para las siguientes especialidades: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, Odontopediatría y cualquier otra.
- b) Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con los que EL CONTRATISTA no tiene convenio.
- c) Retratamiento de conductos Unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
- d) Tratamientos estéticos.
- e) Urgencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre este tipo de urgencias, ya que se considera una urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- f) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo al numeral 1 anterior, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- g) Defectos físicos.
- h) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- i) Radioterapia o quimioterapia.
- j) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de urgencia odontológica indicada en el capítulo 1. Definiciones de este anexo.
- k) Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos amparados y no amparados por este anexo.