

ANEXO

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA EN COLOMBIA

SECCION I

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

I. COBERTURAS

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O ATENCIONES MÉDICO ODONTOLÓGICAS, SIEMPRE QUE SE ADECUEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN ESTE ANEXO.

- I.1. EMERGENCIAS ENDODONTICAS
- I.2. EMERGENCIAS PERIODONTALES
- I.3. EMERGENCIAS PROSTESICAS

2. EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, LOS CUALES SON:

- 2.1. TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS ESPECIALIDADES SIGUIENTES: CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA NO CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN LA CONDICIÓN PRIMERA DE ESTE ANEXO.
- 2.2. EMERGENCIAS QUIRURGICAS MAYORES: ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PERDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES.
- 2.3. DEFECTOS FÍSICOS.
- 2.4. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
- 2.5. RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.
- 2.6. ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA TAL COMO SE INDICA EN EL PRESENTE ANEXO.
- 2.7. SERVICIOS ODONTOLOGICOS RECIBIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

SECCION II

CONDICIONES PARTICULARES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, el presente anexo hace parte de la póliza de VIDA GRUPO arriba citada siempre y cuando se haya incluido en EL ANEXO I. TABLA DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, pagado la correspondiente prima adicional y queda sujeto a las condiciones generales de la póliza, sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a las condiciones particulares de este anexo.

Por el presente anexo, La Compañía, cubre la prestación de los servicios de emergencia odontológica, a las personas aseguradas relacionadas en la carátula de la póliza. Se hace constar que la obligación de la Compañía se limita a la prestación del servicio a través de un Proveedor, en virtud del acuerdo al que haya adherido la aseguradora.

I. DEFINICION DE COBERTURAS

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por EMERGENCIA ODONTOLOGICA:

- I.1. 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 ORIGINADO POR LAS SIGUIENTES CAUSAS: INFECCIONES, ABSCESOS, CARIES, PULPITIS, INFLAMACIÓN O HEMORRAGIA.
- I.2. EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS: REMOCIÓN DE CARIES, RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO, TRATAMIENTO ENDODÓNTICO PARA INTRUSIÓN, EXTRUSIÓN, AVULSIÓN, FRACTURA DE DIENTES, ABSCESOS, PULPITIS REVERSIBLE E IRREVERSIBLE.
- I.3. EMERGENCIAS PERIODONTALES: TRATAMIENTO PERIODONTAL CONVENCIONAL LOCALIZADO, REMOCIÓN DE CONTACTOS PREMATUROS Y MEDICAMENTOS PARA DOLORES MUSCULARES Y ABSCESOS.
- I.4. EMERGENCIAS PROSTÉSICAS: PEGADO PROVISORIO DE CORONAS Y PUENTES, REPARACIÓN DE LA BASES ACRÍLICAS/DE RESINA FRACTURADAS EN PRÓTESIS PARCIALES O TOTALES EN EL CONSULTORIO Y MEDICAMENTOS PARA LA ESTOMATITIS SUB-PROTÉSICA.
- I.5. EN GENERAL ESTAN CUBIERTOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS: ELIMINACION DE CARIES , RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO, OBTURACION PROVISIONAL, OBTURACION CON AMALGAMA EN POSTERIORES, RESINA FOTOCURADA EN ANTERIORES O VIDRIO IONOMERICO DE ACUERDO CON EL CASO, ENDODONCIAS MONORADICULARES Y MULTIRADICULARES, EXODONCIAS NO QUIRURGICAS Y CURETAJES RADICULARES, CEMENTADO PROVISIONALO DEFINITIVO DE PROTESIS FIJAS, REPARACION DE LA PROTESIS REMOVIBLE (UNICAMENTE SUSTITUCION DE

quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. El ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.

- 2.6.** Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con la Compañía a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

2.7. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO.

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo, y no existan en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por la Compañía a través del Proveedor, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir, a la tarifa convenida con el proveedor.

La Compañía a través del Proveedor puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos incurridos” el promedio calculado por El Proveedor de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

2.8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

- 2.8.1.** LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.

- 2.8.2.** El ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de

examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.

2.8.3. EL ASEGURADO está obligado a entregar todas las facturas requeridas por LA Compañía a través del Proveedor en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos incurridos” a los cuales se hace referencia el presente Anexo.

2.8.4. Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a la Compañía a través del Proveedor (con copia a LA ASEGURADORA) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

2.9. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La Compañía, se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando estos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

2.10. REVOCACIÓN

El presente anexo podrá ser revocado por la Compañía o por el Tomador, en cualquier momento, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo a la cual accede este anexo.

Los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

./.

ANEXO

ASISTENCIA EN VIAJE

SECCION I - COBERTURAS Y EXCLUSIONES

COBERTURA

ASISTENCIA INTERNACIONAL		
	DESCRIPCIÓN	MONTOS CUBIERTOS
CONSIDERACIONES GENERALES	ASEGURADOS	Los indicados en la carátula de la póliza
	LIMITE DE LA COBERTURA	Atención para urgencias por riesgo común
	ACCSEOS A LOS SERVICIOS	24 horas
	VIGENCIA DE LA COBERTURA	120 Días por viaje
	MONTO MÁXIMO GLOBAL - MMG	US\$ 30,000, ó € 30,000
ASISTENCIA MÉDICA	ASISTENCIA POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO (MENOR A LA SEMANA 26)	US\$ 5,000.00
	ATENCIÓN DE URGENCIAS POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DEL VIAJE	US\$ 1,000.00
	LOCALIZACIÓN Y ENVÍO DE MEDICAMENTOS URGENTES	ILIMITADO
	GASTOS ODONTOLÓGICOS EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE	US\$ 1,000.00
	GASTOS FARMACÉUTICOS NO HOSPITALARIOS EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE	US\$ 1,000.00
TRASLADO MEDICO	TRASLADO MÉDICO AL CENTRO HOSPITALARIO MAS CERCANO	INCLUIDO HASTA EL MMG
	REPATRIACION SANITARIA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA	INCLUIDO HASTA EL MMG
	REPATRIACION FUNERARIA - TRASLADO A SU PAIS DE ORIGEN	INCLUIDO HASTA EL MMG
TRASLADOS Y HOSPEDAJE DEL ASEGURADO	GASTOS DE HOTEL PARA EL AFILIADO EN CASO DE CONVALECENCIA Y POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA	US\$ 1,200.00
	REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR - SÓLO PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD	PAGO DE PENALIDAD O CAMBIO DEL TIQUETE
	DIFERENCIA DE TARIFA POR VUELO RETRASADO O ANTICIPADO CUANDO EL TITULAR HUBIERA SIDO ASISTIDO MÉDICAMENTE	PAGO DE PENALIDAD O CAMBIO DEL TIQUETE
TRASLADOS Y HOSPEDAJE DE LOS FAMILIARES	GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO POR UN PERÍODO SUPERIOR A 5 DÍAS	TIQUETE IDA Y REGRESO EN CLASE TURISTA
	GASTOS DE HOTEL DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO POR UN PERÍODO SUPERIOR A 5 DÍAS	US\$ 1,200.00
ASISTENCIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE	LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE	ILIMITADO
	COMPENSACIÓN EN CASO DE PERDIDA DE EQUIPAJE	US\$ 200.00
	INDEMNIZACIÓN COMPLEMENTARIA POR PERDIDA DEFINITIVA DE EQUIPAJE EN VUELO COMERCIAL AÉREO	US\$ 1,000.00
ASISTENCIA JURÍDICA	ASISTENCIA LEGAL POR RESPONSABILIDAD EN UN ACCIDENTE	US\$ 4,000.00 (PRESTAMO)
	ANTICIPO DE FONDOS PARA FINANZAS POR IMPUTÁRSELE RESPONSABILIDAD DE UN ACCIDENTE	US\$ 10,000.00 (PRESTAMO)
SERVICIOS DE INFORMACIÓN	TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES RELATIVOS A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA	ILIMITADO
	INFORMACIÓN NECESARIA EN CASO DE PÉRDIDA DE DOCUMENTOS COMO: PASAPORTE, VISA, TIQUETES AÉREOS Y TARJETAS DE CRÉDITO	ILIMITADO
	INFORMACIÓN TURÍSTICA - TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE CONSULADOS Y EMBAJADAS EXTRANJERAS - TELÉFONOS DE LAS PRINCIPALES COMPAÑÍAS AÉREAS - INFORMACIÓN DE ITINERARIOS Y TARIFAS DE VUELOS REGULARES INTERNACIONALES	ILIMITADO
ORIENTACIÓN TELEFONICA	TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES RELATIVOS A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA 24 HORAS	ILIMITADO
ASISTENCIA NACIONAL EN VIAJE		
ASISTENCIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE	ORIENTACIÓN TELEFÓNICA EN LA LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE	ILIMITADO
ORIENTACIÓN TELEFÓNICA	TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES RELATIVOS A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA 24 HORAS	ILIMITADO
	ORIENTACIÓN TELEFÓNICA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS	ILIMITADO

I. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES DEL PRESENTE ANEXO.

Todos los gastos y/o prestaciones ocasionados directa o indirectamente por una cualquiera de las causas enumeradas a continuación, quedan excluidos expresamente de este amparo opcional y por lo tanto La Compañía a través del Proveedor no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos: problemas climáticos, catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lock-out, actos de sabotaje o terrorismo, etc.; así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación. Cuando elementos de esta índole interviniesen y una vez superados los mismos, LA COMPAÑÍA a través del Proveedor se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo que fuere posible.

- I.1.** El amparo de asistencia en viaje no tendrá aplicación dentro de un radio de 15 KM de la dirección que figura en la carátula de la póliza de Vida grupo a la cual accede este anexo, como domicilio del Asegurado. Tampoco se cubrirán bajo el amparo de asistencia en viaje, aquellos eventos que ocurran fuera del país cuando la permanencia del Asegurado sea superior a 120 días.
- I.2.** Enfermedades crónicas y/o preexistentes: Quedan expresamente excluidos los estudios y/o los tratamientos relacionados con enfermedades crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes - conocidas o no por el Beneficiario, padecidas con anterioridad al inicio del viaje, así como sus agudizaciones, secuelas o consecuencias (incluso cuando las mismas aparezcan durante el viaje). A los efectos del presente Contrato de asistencia en viaje, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquellas padecidas con anterioridad a la iniciación del viaje, como las que se manifiesten posteriormente pero que para su desarrollo hayan requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del Beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio del viaje.

Entre las enfermedades crónicas y /o preexistentes definidas en la presente cláusula cabe mencionar, a título ilustrativo y sin que la siguiente mención tenga ningún carácter limitativo respecto a otras enfermedades crónicas y/o preexistentes igualmente excluidas: litiasis renal, litiasis vesicular, diabetes, flebitis, trombosis venosa profunda, y úlceras de cualquier etiología

Cuando se trate de enfermedades excluidas según la presente cláusula, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR sólo tomará a su cargo gastos en concepto de “Primera atención médica por enfermedades preexistentes” acorde con el monto establecido por este concepto.

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no tomará a su cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia.

Se deja expresa constancia que la limitación indicada en el párrafo precedente se refiere única y exclusivamente a la responsabilidad económica de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR y no a la

atención médica por emergencia que resulte necesaria.

- I.3. Enfermedades endémicas o epidémicas: Las asistencias por enfermedades endémicas y/o epidémicas en países con emergencia sanitaria en caso que el Beneficiario no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.
- I.4. Prótesis y similares: Gastos de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.
- I.5. Suicidio: Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes de intento de suicidio o de intención de cometer suicidio o causadas intencionalmente por el Beneficiario a sí mismo.
- I.6. Riña, huelga o tumulto. Actos ilegales o dolosos: Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña (salvo que se tratase de legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Beneficiario hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Beneficiario, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.
- I.7. Drogas, narcóticos y/o afines: Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- I.8. Atención por personas o profesionales ajenos a LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR: Enfermedades, lesiones, afecciones, consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o asistencias recibidas por el Beneficiario de parte de personas o profesionales no pertenecientes al EL PROVEEDOR.
- I.9. Deportes (profesional o amateur): Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas. Además quedan expresamente excluidas las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, jet ski, wave runner, moto de nieve, cuatriciclos, vehículos todo terreno, skate, parasail, buceo, aladeltismo, alpinismo, surf, windsurf, etc. Asimismo, quedan excluidas las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de ski, snowboard y/u otros deportes invernales no mencionados en el párrafo anterior fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
- I.10. Viajes aéreos: Viajes aéreos en aviones no destinados y autorizados como transporte público.
- I.11. Partos y estados de embarazo: Partos y estados de embarazo a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible. Los estados de embarazo posteriores a la semana 26 de gestación están excluidos cualquiera sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento.
- I.12. Enfermedades mentales y/o afines: Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.
- I.13. Tensión arterial: Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.
- I.14. HIV: Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.
- I.15. Visitas médicas no autorizadas por LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR: Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.
- I.16. Tratamientos: Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en estas Condiciones Generales de los Servicios de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.
- I.17. Chequeos o exámenes de rutina: Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente objeto del servicio de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.
- I.18. Gastos no autorizados: Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por una Central de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.
- I.19. Acompañantes y gastos extras: En los casos de hospitalización del

Las siguientes condiciones complementan y/o modifican, y prevalecen en lo que sea diferente a las condiciones generales con número de radicación ante la SFC Registro N°26072010-1425-A-34-CPS-F-47-34GB-V040810

Beneficiario, se excluyen expresamente todos los gastos extras así como de acompañantes.

IMPORTANTE: En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad de base y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR queda eximida de prestar sus servicios, de conformidad con lo previsto en la presente Cláusula. A tal fin LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

SECCION II – CONDICIONES PARTICULARES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, el presente anexo hace parte de la póliza de VIDA GRUPO arriba citada siempre y cuando se haya incluido en LA TABLA DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, pagado la correspondiente prima adicional y queda sujeto a las condiciones generales de la póliza, sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a las condiciones particulares de este anexo.

2. OBJETO DEL ANEXO

En virtud del presente anexo, LA COMPAÑÍA garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios cuando este se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el curso de un viaje fuera de su domicilio, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Queda entendido que la obligación de la Compañía se limita al pago de la indemnización. Dicho pago se realizará en dinero o mediante reposición o reparación de conformidad con lo establecido en el artículo 1110 del código de comercio. El pago por reposición o reparación se realizará a través de un Proveedor.

3. DEFINICIONES

A todos los fines interpretativos, se deja expresa constancia que en el presente documento se entiende por:

- 3.1.** Accidente: El evento generativo de un daño corporal que sufre el Beneficiario, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles. Siempre que se mencione el término "accidente" se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa.
- 3.2.** Central Operativa: La oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Beneficiario con motivo de su asistencia.
- 3.3.** Congénito: Presente o existente desde antes del momento de nacer.
- 3.4.** Crónico: Todo proceso patológico continuo y persistente en el tiempo, mayor de 30 días de duración.
- 3.5.** Departamento Médico: Grupo de profesionales de la salud que prestando servicios de supervisión, control y/o coordinación para LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR, intervienen y deciden en todos aquellos asuntos y/o

Las siguientes condiciones complementan y/o modifican, y prevalecen en lo que sea diferente a las condiciones generales con número de radicación ante la SFC Registro N°26072010-1425-A-34-CPS-F-47-34GB-V040810

prestaciones brindadas o a brindarse en virtud de las presentes Condiciones Generales y que están directa o indirectamente relacionados con temas médicos.

- 3.6. Dolencia y/o Afección: Los términos "dolencia" y/o "afección" se entenderán como sinónimos de "enfermedad" a todos los efectos en las presentes Condiciones Generales.
- 3.7. Electivo: Procedimiento médico que no reviste el carácter de emergencia y por tanto es programable y planificable para una fecha posterior, sin impedir por ello la normal continuación del viaje.
- 3.8. Emergencia médica: Lesión o enfermedad que plantea una amenaza inmediata para la vida de una persona o para una secuela definitiva y cuya asistencia no puede ser demorada.
- 3.9. Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. 10
- 3.10. Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio del viaje.
- 3.11. Prótesis: Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de algunos de estos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardiacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córneas), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semi sintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos.
- 3.12. Monto Máximo Global (MMG): La suma de gastos que LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR abonará y/o reembolsará al Beneficiario por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales.
- 3.13. Preexistente: Todo proceso fisiopatológico que reconozca un origen o etiología anterior a la fecha de inicio del viaje y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo pero no limitado a: Doppler, Resonancia Nuclear Magnética, Cateterismo, etc.)
- 3.14. Recurrente: Regreso de la misma enfermedad luego de haber sido tratada. Usualmente, 3 o más veces durante un año calendario.
- 3.15. Residencia habitual: Residencia o lugar determinado donde el Beneficiario permanece de manera continuada y usual, caracterizada por una presencia física que ofrezca diferencias relevantes, por su duración y frecuencia, con la permanencia en otras viviendas y por una vinculación con sus actividades o intereses personales, familiares, profesionales y/o económicos.
- 3.16. Beneficiario: Todo Titular que posee una póliza de Vida cuando se encuentre en vacaciones, fuera del territorio colombiano y durante los primeros (120) ciento veinte días de permanencia en el exterior.
- 3.17. C. NÓMINA DE PAÍSES CON SERVICIOS LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR
Alemania -Andorra -Arabia Saudita -Argelia -Argentina -Aruba -Australia -Austria -Bélgica -Bolivia - Bonaire -Brasil - Brunei -Bulgaria - Camboya -Canadá -Chile -China -Chipre -Colombia -Corea del Sur -Costa Rica -Croacia -Cuba -Curaçao -Dinamarca -Ecuador -Egipto -El Salvador -Emiratos Árabes Unidos -Escocia -España -Eslovaquia -Eslovenia -Estados Unidos -Estonia -Filipinas -Finlandia -Francia -Grecia -Guatemala -Holanda -Honduras -Hong Kong -Hungría -India -Indonesia -Inglaterra -Irlanda -Islandia -Islas Maldivas -Islas Mauricio -Israel -Italia -Jamaica -Japón -Jordania -Kenia - Kuwait -Lesotho -Letonia -Líbano - Liechtenstein -Lituania -Luxemburgo -Malasia -

Marruecos -México -Mónaco – Mongolia -Montenegro -Nicaragua -Noruega -Nueva Zelanda - Omán -Panamá -Paraguay -Perú -Polonia -Portugal -Qatar -República Checa -República Dominicana -Rumania -Rusia -Saint Maarten -San Marino -Serbia -Singapur -Siria -Sri Lanka -Sudáfrica -Suecia - Suiza -Tahití -Tailandia -Taiwán – Tibet -Túnez -Turquía -Ucrania -Uruguay -Venezuela -Vietnam - Yemen.

En los países no incluidos en esta Nómina, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR ofrecerá asesoría sobre lugar idóneo más cercano para la atención y autorizará el cobro por reembolso de gastos médicos en las circunstancias y condiciones establecidas en las Condiciones Generales de los servicios.

4. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN EL EXTERIOR

La siguiente es una enunciación taxativa de los servicios que LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR brindan al beneficiario del producto adquirido.

4.1. ASISTENCIA MÉDICA

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR ponen a disposición del Beneficiario su red mundial de Centrales de Alarma. El Beneficiario deberá comunicarse telefónicamente con una central telefónica para todo caso de enfermedad, accidente o emergencia para el cual necesite asistencia. LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR brindarán al Beneficiario las condiciones para su oportuna atención, sea remitiendo al profesional en cada caso o autorizando la atención en uno cualquiera de los Centros Asistenciales u hospitales disponibles en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita. El Beneficiario se obliga a dar aviso a LA COMPAÑÍA tantas veces como asistencias requiera. A partir de la primera asistencia o servicio prestado, el Beneficiario deberá siempre comunicarse con la línea de atención indicada para obtener la autorización de nuevas asistencias o servicios originados en la misma causa que el primer evento.

Si requerida la asistencia a la Central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no se encontrare inmediatamente disponible en el lugar de ocurrencia del evento un prestador de la red asistencial autorizada, el Beneficiario podrá, previa autorización de LA COMPAÑÍA, utilizar los servicios médicos que resulten necesarios. En estas circunstancias LA COMPAÑÍA a través del EL PROVEEDOR se hará cargo del costo de los servicios prestados al Beneficiario por otros profesionales y/o establecimientos sanitarios, siempre y cuando los mismos no estén excluidos en las presentes Condiciones Generales, abonando directamente a los prestadores (cuando ello resulte posible) o reintegrando al Beneficiario los gastos efectuados en situaciones de emergencia únicamente, y conforme a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales de los Servicios ofrecidos.

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por LA COMPAÑÍA a través de un Proveedor se limitan a tratamientos de urgencia de cuadros agudos por accidente o enfermedad de origen común y están orientados a la asistencia en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje y por la misma razón no están ¹¹ diseñados ni se contratan ni se prestan para

Las siguientes condiciones complementan y/o modifican, y prevalecen en lo que sea diferente a las condiciones generales con número de radicación ante la SFC Registro N°26072010-1425-A-34-CPS-F-47-34GB-V040810

procedimientos electivos o para adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del viaje.

4.1.1. LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA ANTES MENCIONADOS INCLUYEN:

4.1.1.1. Consultas médicas

Se prestará asistencia médica en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista. Producida una enfermedad o lesión que imposibilite la continuación normal del viaje del Beneficiario, éste podrá utilizar sin cargo alguno los servicios de los profesionales y/o establecimientos sanitarios que en el caso le sean indicados y/o autorizados por LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se limitan al tratamiento de los síntomas agudos que impidan la continuación del viaje. Todas las afecciones crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Beneficiario, están expresamente excluidas, como así también sus consecuencias y/o complicaciones, aun cuando estas consecuencias y/o complicaciones aparezcan por primera vez durante el viaje. En estos casos LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR sólo atenderá la agudización de las mismas hasta que se haya estabilizado el paciente, con un tope máximo de USD 1.000, dentro de los montos totales pactados.

4.1.1.2. Atención por especialistas

Se prestará asistencia médica por especialistas cuando ésta sea indicada o requerida por el equipo médico de urgencia y autorizada previamente por la Central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR correspondiente.

Cuando el Beneficiario sea menor de 12 años y haya requerido asistencia médica, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR pondrá a disposición, a solicitud de los padres o adultos que acompañen al menor en su viaje, la posibilidad de una interconsulta telefónica con el pediatra de cabecera del menor en su país de origen. Se deja expresa constancia que dicha interconsulta tendrá mero carácter informativo pero no será vinculante respecto al tratamiento médico a brindar, el cual será decisión del prestador médico interviniente.

4.1.1.3. Exámenes médicos complementarios

Se procederá a efectuar exámenes complementarios cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia y autorizados por la Central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR correspondiente.

4.1.1.4. Terapia de recuperación física en caso de traumatismo

Si el departamento médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR lo autorizara y habiendo sido prescripto por el médico tratante, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR tomará a su cargo hasta 10 (diez) sesiones de fisioterapia, quinesioterapia, etc.

4.1.1.5. Medicamentos

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados por su equipo médico para la afección que diera lugar a la asistencia al Beneficiario, hasta los siguientes límites según se trate de:

4.1.1.6. Medicamentos ambulatorias:

En caso de enfermedad o accidente, hasta un límite por evento de USD 1.000.

4.1.1.7. Asistencias durante la hospitalización del Beneficiario: Incluido dentro del Monto Máximo Global.

Cuando la medicación a ser provista por LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no esté prontamente disponible y el Beneficiario deba hacer uso de la misma en situaciones de emergencia, los desembolsos realizados por estos conceptos le serán reembolsados cuando corresponda, contra la presentación a LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR de los comprobantes fehacientes y hasta el límite acordado.

4.1.1.8. Odontología de urgencia

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia en casos de infección o trauma. La atención odontológica estará limitada únicamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria y no podrá exceder los USD 150 por pieza dentaria, aun cuando el límite total es de USD 1.000.

4.1.1.9. Hospitalizaciones

Cuando el equipo médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR así lo prescriba, se procederá a la hospitalización del Beneficiario en el Centro Asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio del Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR. Dicha hospitalización estará a cargo de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR durante todo el período de vigencia acordado, más 7 (siete) días complementarios a contar desde el momento de finalización de la vigencia del producto contratado. Los días complementarios comprenderán única y exclusivamente gastos de hotelería hospitalaria y siempre y cuando el límite por asistencia médica acordado no haya sido alcanzado.

4.1.1.10. Intervenciones quirúrgicas

Se procederá a realizar las intervenciones quirúrgicas al Beneficiario en los casos de emergencia que requieran urgentemente ese tratamiento y exclusivamente cuando el Departamento Médico y la correspondiente central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR lo autoricen.

Aquellas intervenciones quirúrgicas que encuadren como procedimiento "electivo" (ver definición en el numeral B) y no impidan la normal continuación del viaje, pudiendo por tanto ser realizadas al regreso del Beneficiario a su país de origen, no estarán incluidas en este beneficio.

4.1.1.11. Terapia intensiva y unidad coronaria

Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones del Beneficiario así lo requieran, se procederá a tratamientos de terapia intensiva y unidad coronaria. En todos los casos deberá existir autorización del Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR como requisito indispensable para que LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR asuma la responsabilidad económica por dichos tratamientos.

4.1.1.12. Límite de gastos de asistencia médica. Monto Máximo Global (MMG)

El monto total de gastos por todos los servicios detallados en el numeral D no podrá exceder el "Monto Máximo Global" acordado. Este servicio tiene un límite por evento de USD 30.000 o

30.000 en Europa

4.1.1.13. Reembolso de gastos médicos
LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR efectuará reembolso de gastos médicos realizados en una situación de emergencia, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR y no excedan los aranceles y precios en uso, regulares y vigentes en el país y/o lugar en que fuesen efectuados. Las tarifas y aranceles permanentemente actualizados, se encuentran a disposición del interesado en las oficinas de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR de cada uno de los países en los que ésta presta servicios. Para el caso específico de eventos ocurridos en USA los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como "Usual and Customary amount". Estos gastos le serán reembolsados por LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR contra la presentación de comprobantes fehacientes y hasta el límite correspondiente.

Los gastos médicos realizados en situaciones de emergencia o en países donde LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no presta asistencia, serán reembolsados al Beneficiario siempre y cuando éste haya dado aviso a LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR oportunamente.

4.1.1.14. RECLAMO DE PAGOS PAYMENT CLAIMS
En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, por razones de estandarización informática algunos Centros Médicos suelen enviar reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aun después de haberse saldado las cuentas. En caso que ello ocurra, sírvase contactar a la LA COMPAÑÍA para informar esta situación.

4.1.2. EXCLUSIÓN DE DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRÓNICAS
Quedan expresamente excluidas de los servicios asistenciales de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR todas las dolencias crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Beneficiario, como también sus consecuencias (y agudizaciones), aun cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje. **agudizaciones se cubren hasta que se haya estabilizado el paciente, con un tope máximo de USD 1.000

4.1.3. TRASLADOS SANITARIOS
En casos de emergencia LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR organizará el traslado del Beneficiario al centro asistencial más próximo para que reciba atención médica. Cuando el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, se procederá a la organización del mismo, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR interviniente y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde haya ocurrido el evento. Un médico o enfermera, según corresponda, acompañará, cuando sea necesario, al herido o enfermo.

NOTA: Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR serán tenidas en cuenta para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Beneficiario. Si el Beneficiario y/o sus familiares decidieran efectuar un traslado dejando de lado la opinión del Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR, ninguna responsabilidad recaerá sobre LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR por dicho accionar, siendo el traslado, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y

riesgo del Beneficiario y/o sus familiares.

4.1.4. REPATRIACION SANITARIA

La repatriación sanitaria del Beneficiario se realizará únicamente cuando el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR lo estime necesario, y exclusivamente como consecuencia de accidente grave. La repatriación del Beneficiario herido hasta el país de su residencia se efectuará en avión de línea aérea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiese, sujeto a la disponibilidad de plazas. Esta repatriación deberá ser expresamente autorizada y coordinada por la central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR interviniente. Si el Beneficiario y/o sus familiares decidieran efectuar una repatriación sanitaria dejando de lado la opinión del Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR, ninguna responsabilidad recaerá sobre LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR por dicho accionar, siendo la repatriación, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y riesgo del Beneficiario y/o sus familiares. Las repatriaciones sanitarias, sean éstas de cualquier tipo, están expresamente excluidas de la responsabilidad de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.

4.1.5. TRASLADO DE UN FAMILIAR

En caso de que el Beneficiario viajando solo, se encuentre hospitalizado en el extranjero, habiendo sido dicha hospitalización autorizada por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR y siempre y cuando la hospitalización prevista para el Beneficiario fuera superior a 5 (cinco) días, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se hará cargo del costo del traslado de un familiar, mediante la compra de un billete aéreo en clase turista o económica, sujeto a disponibilidad de lugar, para que éste acompañe al Beneficiario durante dicho período de hospitalización. Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que todo el período de hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia máxima de 120 días por viaje, más 7(siete) días complementarios.

4.1.6. ESTANCIA DE UN FAMILIAR

Cuando LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR hubiere efectuado el traslado de un familiar del Beneficiario para que acompañe al mismo mientras se encuentre hospitalizado, ésta se hará cargo de los gastos de la estancia del familiar trasladado, hasta un límite de USD 1.200, siempre que el Beneficiario se encuentre solo en el extranjero hospitalizado, es decir sin compañía o relación personal o familiar alguna, durante dicho período de hospitalización.

4.1.7. DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASADO O ANTICIPADO

4.1.7.1. Regreso por enfermedad o accidente

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Beneficiario en clase turista o económica, cuando su pasaje original sea de ida y vuelta, de tarifa reducida, con fecha fija o fecha limitada de regreso, y no se pueda respetar dicha fecha a raíz de enfermedad o accidente del Beneficiario. Este beneficio sólo será aplicable cuando el Beneficiario hubiere sido asistido médicamente con autorización de la Central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR correspondiente. Los denominados Eventos Excluidos en las cláusulas 4.1.2 no contarán con el presente beneficio.

4.1.7.2. Regreso por fallecimiento de familiar:

Igual beneficio que el establecido el ítem 4.1.7.1 regirá si el Beneficiario debiera regresar

anticipadamente a su país de residencia habitual y permanente por fallecimiento en el mismo de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo/a) allí residente.

NOTA: En ambos casos las circunstancias que den lugar a este beneficio deberán ser demostradas por el Beneficiario, y comprobadas en forma fehaciente por LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR. El pago del viaje de regreso por parte del Beneficiario y/o de Proveedores sólo podrá ser reembolsado cuando LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR haya autorizado previamente dicho gasto. El beneficio de viaje de regreso sólo se brindará dentro del período de vigencia de la tarjeta LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR. Cuando se haya brindado este servicio, el Beneficiario deberá transferir a LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR el (los) cupón(es) correspondiente(s) al (a los) tramo(s) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor.

4.1.8. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR reembolsará al Beneficiario gastos de hotel, únicamente en concepto de alojamiento (es decir sin extras), siempre que exista autorización previa otorgada al Beneficiario por parte de la Central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR interviniente, cuando el médico tratante prescribiere reposo forzoso luego de una hospitalización. Para obtener este beneficio el Beneficiario deberá haber estado hospitalizado por un periodo mínimo de 5 (cinco) días, y dicha hospitalización deberá haber sido fehacientemente autorizada por la Central LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR. Dichos gastos de hotel tendrán un límite máximo total de USD 1.200.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones contempladas en las presentes Condiciones Generales de los Servicios LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.

4.1.9. ASISTENCIA EN CASO DE ROBO O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS, ETC.

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR asesorará al Beneficiario sobre los procedimientos a seguir localmente en el caso que le hayan sido robados o haya extraviado sus documentos personales, billetes aéreos y/o tarjetas de crédito. Dicho asesoramiento no comprenderá en ningún caso la realización de aquellos trámites personales que el Beneficiario debiere realizar con motivo del robo y/o extravío ocurrido. LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no se hará cargo de gastos o costos inherentes al reemplazo de documentos personales, billetes aéreos, tarjetas de crédito robados o extraviados.

4.1.10. REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Beneficiario, LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR organizará la repatriación funeraria y tomará a su cargo:

- a. el costo del féretro necesario para el transporte.
- b. los trámites administrativos.
- c. el transporte hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia permanente del Beneficiario por el medio que LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR considere más conveniente.
- d. la organización y costo del desplazamiento de I

(un) acompañante de regreso al lugar de residencia permanente del Beneficiario fallecido, siempre y cuando dicho acompañante sea también Beneficiario de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR y estuviera viajando junto al Beneficiario al momento de producirse el deceso del mismo. La elección del(los) medio(s) a utilizarse quedará a exclusivo criterio de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR.

NOTA: Los gastos de fétetro definitivo, los trámites funerarios y los traslados dentro del país de residencia e inhumación del Beneficiario fallecido no estarán en ningún caso a cargo de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR. El servicio de repatriación funeraria se brindará únicamente si la intervención de LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR es solicitada en forma inmediata al fallecimiento. LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR quedará eximida y no será responsable por el traslado de los restos, ni efectuará reembolso alguno por este concepto en caso de que empresas funerarias u otros Proveedores tomen intervención antes que LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR o sin su autorización expresa.

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no se harán cargo de la repatriación funeraria ni de sus gastos en los casos de muerte producida por:

1. Narcóticos o estupefacientes.
2. Suicidio.
3. En caso de que el fallecimiento haya sido consecuencia de una enfermedad preexistente padecida por el Beneficiario, siendo el tratamiento de la misma la causa del viaje.

4.1.11. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR asistirá al Beneficiario en el exterior con todos los medios a su alcance para intentar localizar equipajes extraviados que hubieren sido despachados en la bodega del mismo vuelo internacional en el que viajaba el Beneficiario.

4.1.12. COMPENSACIÓN POR DEMORA EN LA LOCALIZACIÓN DEL EQUIPAJE (Internacional)

Extravío de más de 24 horas se indemnizara con U\$ 200 dólares, si existe pérdida definitiva pagara \$ 1.000 adicionales, descontando la indemnización reconocida por aerolínea comercial.

4.1.13. ASISTENCIA LEGAL POR RESPONSABILIDAD EN UN ACCIDENTE

En caso de imputársele al Beneficiario responsabilidad en un accidente en un país donde LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR brinda asistencia (ver Nómina de Países de estas Condiciones), ésta pondrá a disposición del Beneficiario que lo solicite un abogado para que se haga cargo de su defensa civil o criminal. LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR se hará cargo de los importes en concepto de honorarios y gastos causídicos hasta un límite de USD 4.000.

4.1.14. ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZAS

Si el Beneficiario fuera detenido por imputársele responsabilidad criminal en un accidente, podrá recurrir a LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR para obtener un préstamo hasta un límite de USD 10.000, a fin de afrontar la fianza que le fuera exigida para su libertad condicional. El otorgamiento del préstamo al Beneficiario en estas circunstancias, estará sujeto a las condiciones que establezca LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR en cada caso y que el Beneficiario deberá aceptar.

4.1.15. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN EL TERRITORIO COLOMBIANO

4.1.16. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR asesorará al Asegurado con todos los medios a su alcance para intentar localizar equipajes extraviados que hubieren sido despachados en la bodega del mismo vuelo nacional en el que viajaba el Asegurado.

4.1.17. ASISTENCIA EN CASO DE ROBO O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS, ETC.

LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR asesorará al Asegurado sobre los procedimientos a seguir localmente en el caso que le hayan sido robados o haya extraviado sus documentos personales, billetes aéreos y/o tarjetas de crédito. Dicho asesoramiento no comprenderá en ningún caso la realización de aquellos trámites personales que el Asegurado debiere realizar con motivo del robo y/o extravío ocurrido. LA COMPAÑÍA Y EL PROVEEDOR no se hará cargo de gastos o costos inherentes al reemplazo de documentos personales, billetes ETC.

5. SOLICITUD DE ASISTENCIA

Para atender cualquiera de los eventos objeto de amparo del presente anexo, el asegurado deberá informar telefónicamente el hecho y solicitar la asistencia, a los siguientes teléfonos, suministrando el nombre del Asegurado destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza de Seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que requiere.

Bogotá:	401 0447
Medellín:	444 1246
Cali:	406 6400
Barranquilla:	353 7559
Otras ciudades:	01 8000-919667

Estos teléfonos atienden las 24 horas del día, los 365 días del año.

Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido y en los lugares que no fueran posibles hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas previa presentación de los recibos de pago.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencia prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

6. INCUMPLIMIENTO

La Compañía y el Proveedor quedan relevados de toda responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor y por decisión autónoma del Asegurado o sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

Así mismo LA COMPAÑÍA y el Proveedor no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debido a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si el Asegurado solicitara los servicios de asistencia y el Proveedor no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos de pago, al regreso del

Asegurado a Colombia, siempre que tales gastos se hallasen cubiertos bajo el presente amparo.

7. REVOCACIÓN

El presente anexo podrá ser revocado por la Compañía o por el Tomador, en cualquier momento, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo a la cual accede este anexo.

Los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

./.

ANEXO

PREVENCION MÉDICA

SECCION I - COBERTURAS Y EXCLUSIONES

I. COBERTURAS

- 1.1. ATENCION MÉDICA A PRECIOS PREFERENCIALES
- 1.2. ORIENTACION MEDICA ILIMITADA EN LA RED

2. EXCLUSIONES GENERALES DEL PRESENTE ANEXO.

- 2.1. Los servicios adicionales que el asegurado haya contratado directamente con la red médica o especialista bajo cuenta y riesgo.
- 2.2. La Compañía a través del Proveedor no asume ninguna responsabilidad que pueda sobrevenir en el servicio médico si ello proviene de caso fortuito, fuerza mayor, mala práctica médica u otra. La definición de estos eventos se sustentará en las condiciones emitidas por un comité conformado por el personal médico de la Compañía, del Proveedor y un Representante del Colegio Médico, sin perjuicio de las acciones legales para la comprobación de los mismos.
- 2.3. La Compañía a través del Proveedor, en ningún caso realizará devolución de dinero por ningún tipo de servicio u orientación médica recibida por el Asegurado

SECCION II – CONDICIONES PARTICULARES

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, el presente anexo hace parte de la póliza de VIDA GRUPO arriba citada siempre y cuando se haya incluido en EL ANEXO I. TABLA DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS SEGÚN EL PLAN ESCOGIDO, pagado la correspondiente prima adicional y queda sujeto a las condiciones generales de la póliza, sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a las condiciones particulares de este anexo.

2.1. OBJETO DEL ANEXO

En virtud del presente anexo, La Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de un servicio de orientación médica, a través de un Proveedor, el cual consiste en efectuar telefónicamente, las recomendaciones de médicos especialistas y generales, laboratorios clínicos, laboratorios de imagen, ópticas, clínicas dentales, expendios de medicamentos, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo, y en todo caso la obligación es de medios y no de resultados.

DEFINICION DE COBERTURAS

2.2.1. ATENCION MÉDICA A PRECIOS PREFERENCIALES.

Este servicio ofrece, acceso a la red para obtener atención médica de los profesionales que conforman la red del Proveedor, como son: médicos generales y especialistas, laboratorios clínicos, laboratorios de imagen, ópticas, clínicas dentales, y los demás que se incluyan a PRECIOS PREFERENCIALES.

2.2.2. ORIENTACION MÉDICA ILIMITADA EN LA RED.

Este servicio proporciona a cada uno de los asegurados afiliados orientaciones ilimitadas en la RED, las cuales tienen un costo preferencial que pagara el asegurado y/o beneficiario en el momento de necesitar el servicio directamente al prestador medico.

1.3. AMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones de este anexo se extiende a los Asegurados que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura de las siguientes ciudades únicamente:

1. Barranquilla
2. Bogotá
3. Bucaramanga
4. Cali
5. Cartagena
6. Ibagué
7. Medellín
8. Manizales
9. Pasto
10. Pereira
11. Popayan
12. Tunja
13. Villavicencio

1.4. SOLICITUD DE ORIENTACION MEDICA

El asegurado dispondrá de acceso inmediato a los servicios, con una llamada a nuestro Contact Center. El cual presta atención 24 horas, los 365 días del año en los números:

Bogotá:	401 0447
Medellín:	444 1246
Cali:	403 6400
Barranquilla:	353 7559
Otras ciudades:	018000-919667

El procedimiento para solicitar una orientación médica es el siguiente:

- a. Llamar al Contact Center.
- b. Para reservar citas médicas, confirmar precios o solicitar servicios no emergentes, las llamadas se deben realizar en 21 horarios laborales.

Las siguientes condiciones complementan y/o modifican, y prevalecen en lo que sea diferente a las condiciones generales con número de radicación ante la SFC Registro N°26072010-1425-A-34-CPS-F-47-34GB-V040810

c. Al solicitar el servicio el cliente debe entregar la siguiente información:

1. Nombres y apellidos, número del documento de identificación y un número de teléfono.
2. Especificar el requerimiento médico. (Indicar el día y la hora en la que se requiere el servicio.)
3. La Compañía a través del Proveedor le sugerirá opciones que se ajusten a las necesidades (dependiendo de la ubicación, disponibilidad de tiempo y el presupuesto)
4. Espere la llamada de la Compañía a través del Proveedor confirmando la orientación.
5. Se deberá asistir a la cita en las condiciones necesarias.
6. El Asegurado deberá presentar la tarjeta que lo identifique como beneficiario del servicio de orientación médica de la Compañía.

I.5. INCUMPLIMIENTO

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado, no pueda efectuar cualquiera de las orientaciones médicas previstas en el presente anexo, así como de los eventuales retrasos debido a contingencias o hechos imprevisibles, incluidos los de carácter meteorológico u orden público que provoquen una ocupación preferente y masiva de la red médica destinada a tales servicios, así como tampoco cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación.

I.6. REVOCACION

El presente anexo podrá ser revocado por la Compañía o por el Tomador, en cualquier momento, de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo a la cual accede este anexo.

Los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

./.

ANEXO

PLUS – COBERTURA DE GASTOS EXEQUIALES

Cubrimiento para los productos

Colmena Protección Integral Beneficios y Colmena Protección Integral Voluntario.

LA COMPAÑÍA otorga el presente PLUS como una prestación adicional sin ningún costo para el Asegurado, cuando éste contrate todos los amparos básicos, adicionales, adicionales opcionales y anexos opcionales en las pólizas de seguro de Vida Grupo Empresarial y – *Colmena Protección Integral Beneficios, Colmena Protección Integral Voluntario.*

La Compañía, se compromete a cubrir el valor de los gastos exequiales del asegurado, tal como están definidos en este documento, a quien demuestre haber incurrido en ellos, con ocasión a la prestación de los servicios exequiales correspondientes, de acuerdo con el plan escogido de las pólizas arriba mencionadas.

I. CUBRIMIENTO

- 1.1.** Diligencias y trámites legales ante las autoridades competentes, para la inhumación o cremación. Excepto el certificado de defunción que lo expedirá el médico tratante y es responsabilidad de la familia del fallecido.
- 1.2.** Cofre de corte lineal.
- 1.3.** Traslado de la persona fallecida desde su residencia o clínica a las salas de velación, iglesia y al parque cementerio. Los traslados nacionales se priorizaran por vía aérea.
- 1.4.** Servicio de tanatopraxia (preparación del cuerpo).
- 1.5.** Utilización de las Salas de velación a nivel nacional, hasta por veinticuatro (24) horas.
- 1.6.** Traslado en buseta para los acompañantes (25 personas sólo Bogotá).
- 1.7.** Celebración del servicio religioso.
- 1.8.** Entrega de un libro de asistencia a las honras.
- 1.9.** Espacio en Parque Cementerio por 4 años en arrendamiento a nivel nacional donde exista esta modalidad (Derechos de Parque Cementerio), o servicio de Cremación (Urna para las cenizas).

2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

2.1. EXCLUSIONES

ESTE PLUS NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR:

- 2.1.1.** Enfermedad, lesión o condición no declarada por el asegurado al momento de ingreso al seguro.
- 2.1.2.** Catástrofes naturales.
- 2.1.3.** Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos, en general conmociones civiles de cualquier clase y actos terroristas.
- 2.1.4.** Se excluye expresamente el fallecimiento del asegurado

causado por alguna de las siguientes enfermedades que hayan sido diagnosticadas con anterioridad al inicio de la vigencia del seguro: CANCER, SIDA, INFARTO DEL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL Y ESCLEROSIS MULTIPLE.

2.2. LIMITACIONES

- 2.2.1. Si la persona fallecida se encontrara inscrita en dos o más contratos, la Compañía será responsable por el cumplimiento de uno solo.
- 2.2.2. Existe el compromiso a efectuar el reembolso de los gastos exequiales, exclusivamente en sus filiales a nivel Nacional, previo conocimiento inmediato del fallecimiento y en ningún caso se harán devoluciones de dinero.
- 2.2.3. La Compañía no se hace responsable del reembolso de los servicios adicionales que solicite la familia, no contemplados en el plan escogido por el asegurado.
- 2.2.4. El cofre es de madera de corte lineal simétrico, acolchonado y forrado en tela, con vidrio en la parte superior frontal, de tamaño estándar de acuerdo con las regulaciones vigentes.

3. DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este PLUS, queda expresamente convenido que se entiende por:

Enfermedad o lesión no declarada: Las que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico, servicio o suministro, prescripción de medicamentos o drogas, o aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- a. La edad de ingreso para el titular es desde los 18 años de edad hasta los 64 años 11 meses 29 días, sin límite de edad para su permanencia.
- b. La edad de ingreso para dependiente es desde un (1) año de edad hasta los 64 años 11 meses 29 días, sin límite de edad para su permanencia.

5. INICIO DE VIGENCIA

Cuando el fallecimiento del asegurado sea por causa accidental, la cobertura inicia a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente del inicio de vigencia de la póliza de seguro de Vida grupo a la cual accede este PLUS.

Cuando el fallecimiento del asegurado sea por enfermedad, la cobertura inicia a partir de las cero (00:00) horas del día cuarenta y seis (46) contados desde el inicio de vigencia de la póliza de seguro de Vida grupo a la cual accede este PLUS.

6. GRUPO CUBIERTO

Titular (Asegurado Principal), Cónyuge, Hijos, Padres, Suegros.

7. SOLICITUD DE ASESORÍA EN LA RECLAMACION POR SINIESTRO

En caso de fallecimiento del asegurado, cualquier familiar o persona responsable deberá comunicarse inmediatamente para solicitar la Asistencia a los siguientes teléfonos:

Bogotá:	401 0447
Medellín:	444 1246
Cali:	403 6400
Barranquilla:	353 7559
Otras ciudades:	01 8000-919667

Indicando previamente que el fallecido estaba protegido por Colmena Seguros y proporcionar la siguiente información:

- Nombre y cédula de la persona fallecida
- Producto cubierto (Colmena Protección Integral o Vida segura)
- Causa del fallecimiento
- Lugar exacto de donde se debe retirar el cuerpo
- Nombres y teléfonos de contactos de familiares
- Historia Clínica (de ser requerido)
- Certificado de defunción expedido por un médico.

Estas líneas estarán en funcionamiento las 24 horas del día por los 365 días de año.

./.