

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PLAN 6

CAMPO	DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	CLAUSULADO	NOTA TÉCNICA
1	Fecha a partir de la cual se utiliza	05/06/2025	02/03/2022
2	Tipo y número de la entidad	14-11	14-11
3	Tipo de documento	P	NT-P
4	Ramo al cual pertenece	31	31
5	Identificación interna proforma	F-14-11-0084-363	N-14-11-0084-049
6	Canal de comercialización	D-0-C-I	

En este documento encontrarás todas las coberturas, derechos y obligaciones que tienes como asegurado, y los compromisos que SURA adquirió contigo por haber contratado el **“SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PLAN 6”**

SECCIÓN I - ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

1) MUERTE ACCIDENTAL:

En caso de que mueras como consecuencia de un accidente SURA pagará a tus beneficiarios el valor asegurado. Esta cobertura está condicionada a que la muerte se haya presentado dentro de los 180 días siguientes al accidente.

2) INVALIDEZ O PÉRDIDA POR UN ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente sufres alguno de los siguientes eventos SURA te pagará el porcentaje del valor asegurado alcanzado en esta cobertura de la siguiente forma:

% del valor asegurado a indemnizar	Evento
100%	<ul style="list-style-type: none">• Invalidez: pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 50%.• Cuando se presenten conjuntamente dos de las siguientes pérdidas: una mano, un pie o la visión por un ojo.• Pérdida del habla• Pérdida de la audición por ambos oídos.
60%	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de una mano, un pie o la visión por un ojo.
20%	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida del dedo pulgar de la mano.
10%	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de los dedos diferentes al pulgar de la mano, incluye la pérdida de los dedos de los pies

La pérdida de la mano, el pie y los dedos podrá ser anatómica o funcional y se pagará siempre que la pérdida se presente por:

- **Dedos:** la totalidad de la falange proximal, ésta es la falange más cercana a la palma de la mano o de la planta del pie.
- **Manos:** la muñeca o parte proximal a ella.
- **Pies:** el tobillo o parte proximal a él.

Esta cobertura está condicionada a que:

- a. Sobrevivas 30 días después del accidente.**
- b. La invalidez o pérdida se haya presentado dentro de los 180 días siguientes al accidente y sean totales e irreversibles.**
- c. La pérdida de la visión, el habla y la audición deberá ser total e irreversiblemente.**
- d. Se pagará máximo el 100% del valor asegurado**

Para esta cobertura debes tener en cuenta lo siguiente con respecto a la pérdida de capacidad laboral

- a. La pérdida de la capacidad laboral se deberá calcular de acuerdo con lo establecido en el manual único de calificación de invalidez vigente, decreto 1507 del 2014 o el que lo modifique o sustituya.**
- b. La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (que es la fecha del siniestro).**
- c. Cuando presentes una reclamación podrás aportar los conceptos o calificaciones que hayan emitido las entidades de seguridad social facultadas para la calificación como las EPS, AFP, ARL y/o juntas de calificación de invalidez Regional o Nacional.**
- d. En caso de que haya controversia en las calificaciones, la definitiva para este seguro será la que solicite SURA a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, en caso de apelación será la definida por la Junta Nacional.**

Si SURA te paga una indemnización por invalidez o pérdida por un accidente de menos del 100%, pero más del 50% del valor asegurado, tu seguro terminará, pero si la indemnización es de menos del 50% el valor de ambas seguirá siendo el mismo que tenías antes del siniestro.

3) GASTOS DE CURACIÓN

Si como consecuencia de un accidente, requieres alguno de los siguientes servicios médicos o gastos de curación, SURA te lo reembolsará, sin exceder el valor asegurado de esta cobertura a la fecha del accidente:

Honorarios médicos y odontológicos, habitación y alimentación en clínica u hospital, medicamentos, líquidos endovenosos, cánulas, sondas, sangre, plasma y sus derivados, sala de cirugía, anestesia, material de osteosíntesis, prótesis, exámenes de laboratorio, rayos equis, ecografías, escanografías, resonancias magnéticas, vendajes de algodón o tela, vendas de yeso, cabestrillos, collares cervicales, férulas metálicas para dedos, tobilleras blandas, rodilleras blandas, muñequeras blandas, servicios de enfermería, fisioterapia, ambulancia, y alquiler de muletas, silla de ruedas y caminador.

Esta cobertura está condicionada a que los servicios médicos se hayan prestado dentro de los 180 días siguientes al accidente

Cuando tengas otros seguros que cubran "Gastos de Curación", deberás declararlo en la solicitud de este seguro y al presentar reclamación, SURA podrá cobrarles a las otras aseguradoras la parte de la indemnización que les corresponda.

SECCIÓN II - ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

Es importante aclarar que SURA no pagará las indemnizaciones acordadas para cada cobertura cuando los eventos cubiertos sean consecuencia directa o indirecta de:

1. Suicidio o intento de suicidio estando o no en uso de tus facultades mentales.
2. Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
3. Fisión o fusión nuclear o radioactiva.
4. Intoxicaciones, lumbalgias, espasmos musculares y hernias de cualquier causa.

5. **Competencias o entrenamientos, como profesional o aficionado, de actividades extremas o de alto riesgo tales como: autocross, automovilismo, cometa, karting, motociclismo, cuatrimoto, puenting, paracaidismo, downhill, motocross, planeador, vuelo delta, motonáutica, parapentismo, entre otros.**
6. **Siniestro derivado o relacionado con la práctica dentro o fuera del servicio en caso de ocupaciones como: policía, juez, fiscal, militar, magistrado, escolta, vigilante, cargos de elección popular, miembros de organismo de seguridad o de inteligencia, privados o del estado, o actividades por fuera de la ley.**
7. **Enfermedades congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación de la cobertura, salvo que no las conocieras. Las preexistencias son hechos ciertos y por lo tanto se consideran inasegurables.**
8. **El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación.**
9. **Accidentes ocurridos antes de contratar la cobertura.**

SECCIÓN III - Otras condiciones del seguro

1. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

Éste seguro tiene una vigencia anual que inicia a partir del momento del pago de la prima. La vigencia de este seguro será la establecida en la carátula y al finalizar se renovará por periodos iguales.

El valor asegurado es el señalado en la carátula de tu seguro para cada cobertura

2. PRIMA

La prima es el precio del seguro, deberás pagarla al momento acordado con SURA. El valor estará señalado en la carátula y podrá aumentar cada año, lo cual te será informado en la misma carátula o certificado individual.

De acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de seguros y dará derecho a sura para exigir el pago de la prima devengada y los gastos causados con ocasión de su expedición.

3. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado es el señalado en la caratula para todas las coberturas.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad máxima para ingresar a este seguro y la edad hasta la cual puedes permanecer asegurado son las siguientes:

EDAD MINIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
18 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS

Estas edades se validarán en el momento de la expedición y cada vez que se renueva el seguro. Cuando cumplas la edad máxima de permanencia, continuarás asegurado hasta que termine la vigencia en curso del seguro.

5. COMPENSACIÓN

Si debes dinero a Sura y a su vez Sura tiene saldos a tu favor pendientes de pago, la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo con las reglas del Código Civil.

6. REVOCACIÓN

Recuerda que en cualquier momento tú o SURA podrán señalar que tu seguro no se renueve, excepto para la cobertura de vida, y adicionalmente, en cualquier momento tienes la posibilidad de dar por terminado el seguro si no deseas continuar con la protección que este te brinda.

7. TERMINACIÓN

Este seguro termina en los siguientes casos:

- Al finalizar la vigencia en la cual cumplas la edad máxima de permanencia en este seguro.
- Por no pago de las primas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de cada vencimiento del cobro de tu póliza.

- Cuando SURA te pague una indemnización por este seguro mayor o igual al 50% del valor asegurado
- Cuando lo solicites por escrito a SURA
- Cuando SURA te informe por escrito, avisándote con mínimo 10 días hábiles a la fecha de la terminación, a excepción de la cobertura de vida.

En los casos en que el contrato sea revocado por ti o por SURA, se te devolverá proporcionalmente el valor de la prima no devengada desde la fecha de revocación

8. LUGAR DE COBERTURA

Este seguro sólo cubre eventos ocurridos en Colombia.

9. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN DEL SEGURO

En caso de un siniestro cubierto por este seguro, tú o tus beneficiarios deberán solicitarle a SURA el pago de las indemnizaciones a las que tengan derecho, acreditando la ocurrencia. El proceso de reclamación puede realizarse por medio de la siguiente opción:

- Desde un celular al #888 o a la Línea de Atención al Cliente 01 8000 518 888 nivel nacional o en Bogotá, Cali y Medellín al 437 8888 en la opción de Vida.

Documentos sugeridos en caso de reclamación:

Coberturas	1	2	3	4	5	6	7
Muerte accidental	✓	✓	✓	✓	✓		
Invalidez, pérdida o inutilización por accidente				✓			✓
Gastos de curación						✓	

1. Fotocopia del registro civil de defunción expedido en Colombia.
2. Fotocopia de cédula de ciudadanía del beneficiario.

3. Declaración Juramentada, en caso de no existir beneficiarios designados.
4. Historia clínica completa del médico tratante.
5. Certificado de necropsia
6. Facturas generadas por servicios médicos para atención del accidente.
7. Conceptos o calificaciones que hayan emitido las entidades de seguridad social facultadas para la calificación como las EPS, AFP, ARL y/o juntas de calificación de invalidez Regional o Nacional

SURA pagará las indemnizaciones dentro de los 28 días calendario siguientes a la fecha en que acrediten la ocurrencia y cuantía del evento.

Si una cobertura termina porque ocurrió un siniestro SURA descontará de la indemnización la parte de la prima que tengas pendiente por pagar por el resto de la vigencia.

Tú o tus beneficiarios contarán con dos años para reclamarle a SURA el pago de una indemnización, contados a partir del momento en que conocen o deben tener conocimiento de la ocurrencia de uno de los eventos cubiertos. En cualquier caso, la reclamación no podrá presentarse después de pasados cinco años contados a partir del momento en que ocurrió el siniestro.

Ten en cuenta:

Fraude: Perderás la protección de este seguro si presentas la reclamación de manera fraudulenta, o usando declaraciones o documentos falsos.

La reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo, sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Sura, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato.

Seguros SURA, ASUME EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO

En caso de tener peticiones, quejas o reclamos, podrás comunicarte al #888 o a la Línea de Atención al Cliente que está en la carátula de tu póliza, la cual te entregamos o enviamos a tu correo electrónico.

10. ASISTENCIAS

Estas son las coberturas y límites máximos de las asistencias que se prestarán durante la vigencia de la póliza:

:

ASISTENCIA	MONTO MAX DE COBERTURA	EVENTOS POR AÑO
Orientación médica telefónica y/o virtual con médico general	Sin límite	Sin límite
Servicio de médico general a domicilio, en consultorio o clínica en caso de: Enfermedad Accidente	Hasta \$150.000 por evento	2 eventos por año
Traslado médico a domicilio		
Orientación telefónica y/o virtual con especialista en pediatría	Sin límite	6 eventos por año
Orientación psicológica telefónica y/o virtual	Sin límite	Sin límite
Asistencia médica lista pediatría en consultorio o clínica	Hasta \$250.000 por evento	
Médico especialista en consultorio o clínica (Internista, urólogo, ginecologo, oftalmologo)	Hasta \$250.000 por evento	1 evento por año
Asistencia médica lista nutricionista en consultorio o clínica	Hasta \$100.000 por evento	1 evento año
Traslado médico terrestre por emergencia en caso de Accidente Enfermedad	Hasta \$500.000 por evento	1 evento año
ASISTENCIA POR HOSPITALIZACIÓN DEL TITULAR		
Servicio de niñera a domicilio en caso de hospitalización del titular	Hasta 8 horas por evento	2 eventos por año
Servicio de empleada domestica a domicilio en caso de hospitalización del titular		
Servicio de paseo canino en caso de hospitalización del titular	Hasta 1 hora por evento	
Traslado de familiares a clínica en caso de hospitalización del titular	Hasta \$50.000 por evento	1 evento por año

10.1 CONDICIONES GENERALES DE LAS ASISTENCIAS

Sura te presta asistencia ante cualquier situación de emergencia las 24 horas del día, los 365 días del año. El mismo es realizado y garantizado por los prestadores y proveedores de SURA. Con tan sólo una llamada a los números 018000413682 y en Medellín 6045603149, dispondremos todos los recursos necesarios para asistirte, directamente y/o a través de nuestra amplia red de proveedores, sujetándose para ello a las condiciones Generales indicadas en cada asistencia.

Obligaciones de el asegurado

Con el fin de que el asegurado pueda disfrutar de los servicios contemplados, el mismo deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a. La presentación de los servicios de las asistencias tendrá cobertura sólo en el territorio nacional colombiano. Queda entendido que en caso de que el asegurado establezca su domicilio por fuera del territorio de la república de Colombia, la relación entre el prestador y el asegurado se tendrá por extinta, con lo cual el prestador verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en las condiciones de cada asistencia.

10.2 COBERTURAS DE LAS ASISTENCIAS

Las coberturas de las asistencias a que tienes derecho son:

ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios establecidos en este punto se prestarán en las principales ciudades o donde se cuente con la infraestructura adecuada para prestarlo. Antes de solicitar un servicio el asegurado deberá validar con el prestador si cuenta con red médica en su zona de residencia.

La prestación del servicio se sujeta a la disponibilidad de la red de proveedores, en las ciudades de menor tamaño o donde no se cuente con la infraestructura adecuada para poder brindar un buen servicio, el asegurado deberá trasladarse a la ciudad o municipio próximo más cercano para poder recibir el servicio requerido. Los costos de traslados serán asumidos por el asegurado.

Para casos de excepción podrá aplicarse el servicio por medio de reembolso, previa autorización por parte del prestador. La responsabilidad del prestador se limita únicamente a la gestión realizada por su proveedor dentro de los límites descritos, la cual únicamente comprende una obligación de medio y no de resultado.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y/O VIRTUAL CON MÉDICO GENERAL

Cuando el asegurado requiera una orientación médica telefónica, el prestador lo pondrá en contacto con un médico general para que le brinde orientación. Este sólo podrá recetar, diagnosticar, referir o recomendar medicamentos o tratamientos de venta libre. Este servicio es ofrecido únicamente como orientación y en ningún caso comprometerá la responsabilidad del prestador con su estado de salud.

Si el asegurado solicita la orientación virtual, estará sujeto a la disponibilidad y medio de atención indicado por el proveedor.

SERVICIO DE MÉDICO GENERAL A DOMICILIO, EN CONSULTORIO O CLÍNICA EN CASO DE ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

Cuando el asegurado sufra un accidente o enfermedad preexistente que no esté relacionada con patologías preexistentes; el prestador gestionará el traslado del médico al domicilio del asegurado, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del asegurado si se cuenta con la infraestructura privada en la zona que lo permita. El prestador no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el asegurado a terceros.

Para el proceso de coordinación de esta asistencia, se realizará un diagnóstico inicial telefónico, en el cual se pueda definir si es mejor trasladar al asegurado a un centro médico o enviar el médico a domicilio; todo dependiendo de la instrumentación que se pueda requerir para la solicitud y brindar el servicio de la forma correcta.

Este servicio incluye el costo de la visita, chequeo, revisión o diagnóstico derivado de la atención médica. El médico solamente está autorizado para recetar, diagnosticar, referir o recomendar medicamentos o tratamientos de venta libre.

No se incluye la aplicación de medicamentos en el momento de la prestación del servicio, tampoco los recetados o tratamientos posteriores a la misma.

SERVICIO DE ENFERMERA A DOMICILIO

Cuando el asegurado sufra un accidente o enfermedad no preexistente o que no esté relacionada con patologías preexistentes y requiera Inyectología (Intramuscular o vía venosa), cambio de sonda vesical, curaciones de baja complejidad, retiro de puntos, el prestador enviará una enfermera hasta su domicilio.

El servicio está sujeto a la disponibilidad de la enfermera, el prestador hará lo posible por enviarlo a menor brevedad; en caso contrario, se cubrirá el mismo monto de cobertura en el centro médico más cercano al asegurado, previamente autorizado por el prestador.

Este servicio incluye solo el costo de la visita. Los costos de los implementos médicos deben ser asumidos por el asegurado.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA Y/O VIRTUAL CON ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

Cuando el asegurado requiera una orientación médica con un especialista en pediatría, el prestador lo pondrá en contacto con el profesional para que le brinde orientación. Este solo podrá recetar, diagnosticar, referir o recomendar medicamentos o tratamientos de venta libre. Este servicio es ofrecido únicamente como orientación y en ningún caso comprometerá la responsabilidad del prestador con su estado de salud.

Si el asegurado solicita la orientación virtual, estará sujeto a la disponibilidad y medio de atención indicado por el proveedor.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA Y/O VIRTUAL.

Cuando el asegurado requiera una referencia o consulta en temas relacionados con el área de psicología, el prestador los pondrá en contacto vía telefónica con un profesional de psicología para la consulta. No se podrá diagnosticar, referir, o recetar medicamentos o tratamientos médicos por teléfono.

Este servicio es ofrecido únicamente para aconsejar y en ningún momento comprometerá la responsabilidad de el prestador con la salud del asegurado, por el diagnóstico realizado por el proveedor.

Si el asegurado solicita la orientación virtual, estará sujeto a la disponibilidad y medio de atención indicado por el proveedor.

MÉDICO ESPECIALISTA PEDIATRA EN CONSULTORIO O CLÍNICA

Cuando el asegurado requiera una cita con un médico especialista pediatra el prestador coordinará y pagará el servicio hasta el monto máximo de cobertura.

El tiempo para la prestación de servicios es de 15 días hábiles y para solicitar este servicio el asegurado o beneficiario debe tener una orden de médico general o especialista con antigüedad menor a la fecha de inicio de vigencia de la póliza

Este servicio incluye el costo de la consulta médica. No se incluye la aplicación de medicamentos en el momento de la prestación del servicio, tampoco los recetados o tratamientos posteriores a la misma.

El horario de atención son los días hábiles de lunes a viernes de 08:00 – 18:00

MÉDICO ESPECIALISTA EN CONSULTORIO O CLÍNICA (INTERNISTA, URÓLOGO, GINECÓLOGO, OFTALMÓLOGO)

Cuando el asegurado requiera una cita con un médico especialista (nutricionista, internista, urólogo, ginecólogo, oftalmólogo) el prestador coordinará y pagará el servicio hasta el monto máximo de cobertura.

El tiempo para la prestación del servicio se dará siempre y cuando la orden médica, no sea inferior a la fecha de inicio del seguro y el tiempo de asignación de las citas puede tardar hasta 15 días hábiles.

Este servicio incluye el costo de la consulta médica. No se incluye la aplicación de medicamentos en el momento de la prestación del servicio, tampoco los recetados o tratamientos posteriores a la misma.

El horario de atención del especialista son los días hábiles de lunes a viernes de 08:00 – 18:00

MÉDICO ESPECIALISTA NUTRICIONISTA EN CONSULTORIO O CLÍNICA

Cuando el asegurado requiera una cita con un médico especialista nutricionista para temas relaciones con buenos hábitos alimenticios, consultas de cuadro nutricional de los alimentos (calorías, macronutrientes, etc.), dietas y referenciación en estilos de vida saludable el prestador coordinará y pagará el servicio hasta el monto máximo de cobertura.

El tiempo para la prestación de servicios es de 15 días hábiles. Este servicio únicamente incluye el costo de la consulta médica.

El horario de atención del especialista son los días hábiles de lunes a viernes de 08:00 – 18:00

TRASLADO MÉDICO TERRESTRE POR EMERGENCIA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE

Cuando el asegurado requiera atención prioritaria de urgencia a consecuencia de un accidente o enfermedad grave y necesite ser trasladado a un consultorio o clínica, el prestador coordinará el envío del taxi, vehículo particular, unidad

médica básica o especializada o el reembolso de este con previa autorización de el prestador. En ninguna circunstancia se cubrirá el traslado sin el previo consentimiento y autorización de el prestador.

El transporte autorizado es el que sea posible conseguir a la menor brevedad, en todo caso el prestador lo contactará con un médico general quien realizará un diagnóstico inicial y basado en las sugerencias del profesional procederá con la coordinación y asignación del transporte.

ASISTENCIA POR HOSPITALIZACIÓN

Servicio de niñera a domicilio en caso de hospitalización del titular

Cuando el asegurado se encuentre incapacitado u hospitalizado y requiera un servicio de niñera a domicilio, el prestador coordinará y asumirá el costo del servicio hasta ocho (8) horas, si se cuenta con la infraestructura privada en la zona que lo permita.

Este servicio se prestará en el lugar de residencia del asegurado, a nivel nacional dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y el servicio debe ser solicitado con un mínimo de 48 horas de anticipación.

El servicio incluye únicamente el cuidado (baño, vestimenta y alimentación). El asegurado debe suministrar todos los implementos necesarios incluyendo la comida.

La niñera se acogerá a todas las recomendaciones y disposiciones suministradas por el asegurado o. El servicio aplica para el cuidado de hasta dos niños (máximo 13 años)

Para hacer efectivo el servicio, el asegurado debe acreditar la hospitalización o incapacidad por un periodo igual o mayor a cinco (5) días o presentar la incapacidad igual o mayor a cinco (5) días emitida por la entidad o institución de salud a cargo.

SERVICIO DE EMPLEADA DOMÉSTICA A DOMICILIO POR HOSPITALIZACIÓN DEL TITULAR

Cuando el asegurado se encuentre incapacitado u hospitalizado y requiera de un servicio de aseo para el domicilio; el prestador coordinará y asumirá el costo del servicio hasta ocho (8) horas, si se cuenta con la infraestructura privada en la zona que lo permita.

Este servicio se prestará en el lugar de residencia del asegurado, a nivel nacional dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y el servicio debe ser solicitado con un mínimo de 48 horas de anticipación.

El servicio incluye únicamente de manera general barrer, trapear, sacudir, limpiar ventanas, limpiar baños y sacar la basura. En caso de que el asegurado requiera un aseo profundo en su domicilio deberá asumir el costo total del servicio.

Para hacer efectivo el servicio, el asegurado debe acreditar la hospitalización o incapacidad por un periodo igual o mayor a cinco (5) días o presentar la incapacidad igual o mayor a cinco (5) días emitida por la entidad o institución de salud a cargo.

SERVICIO DE PASEO CANINO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL TITULAR

Cuando el asegurado se encuentre incapacitado u hospitalizado y requiera un servicio de paseo para su mascota; El prestador coordinará el servicio de paseador a domicilio para su mascota máximo 1 hora con un proveedor perteneciente a su red, siempre que se cuente con la infraestructura privada en la zona que lo permita.

El prestador no asumirá responsabilidad por eventuales daños, pérdidas o hurtos ocurridos durante la prestación del servicio.

Este servicio se prestará en el lugar de residencia de la mascota, a nivel nacional dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábados de 8:00 am a 12:00 pm. el servicio debe ser solicitado con un mínimo de 24 horas de anticipación.

El asegurado deberá entregar fotocopia del carné de vacunas e información sobre aspectos de la condición física y el temperamento del canino

EL asegurado debe acoger las recomendaciones de seguridad suministradas por el proveedor.

Para hacer efectivo el servicio, el asegurado debe acreditar la hospitalización o incapacidad por un periodo igual o mayor a cinco (5) días o presentar la incapacidad igual o mayor a cinco (5) días emitida por la entidad o institución de salud a cargo.

TRASLADO DE FAMILIARES A CLÍNICA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL TITULAR.

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y sus familiares necesiten un servicio de transporte para trasladarse al centro médico, el prestador coordinará y asumirá el valor del servicio de transporte, siempre y cuando exista la infraestructura privada en la zona que lo permita; de lo contrario se realizara el pago por medio de reembolso.

Para hacer efectivo el servicio, el asegurado debe acreditar la hospitalización por un periodo igual o mayor a cinco (5) días o presentar la incapacidad igual o mayor a cinco (5) días emitida por la entidad o institución de salud a cargo.

La recogida de los familiares debe ser en una sola dirección de origen y el destino deberá ser el centro médico donde se encuentre el asegurado hospitalizado.

10.3 PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DE EL SERVICIO DE ASISTENCIA

Reclamación de la asistencia:

El cliente debe de comunicarse a través de las líneas de atención para usar las asistencias, las personas de servicio al cliente le indicaran la documentación necesaria para poder seguir con el servicio solicitado.

Línea Nacional: 018000413682

Medellín: (604) 5603149

En caso de que el asegurado requiera alguno de los servicios, debe proceder de la siguiente forma:

- a. El asegurado que requiera del servicio se comunicará con el prestador a los números telefónicos especificados
- b. Comunicarse con el prestador a la línea telefónica especificada.
- c. El asegurado procederá a suministrarle al representante del prestador que atienda la llamada respectiva, los datos necesarios para identificarlo y los demás datos que a su juicio sean necesarios para coordinar de forma oportuna y adecuada el servicio solicitado, tales como: el servicio que solicita, su ubicación exacta, un número telefónico de contacto, la descripción del evento. En el momento de solicitar y/o recibir el servicio de asistencia se le requerirá al asegurado un documento de identificación con fotografía.
- d. Queda entendido que los servicios de asistencia contemplados solamente le serán prestados a quien se encuentre como el asegurado activo, de conformidad con sus condiciones generales.
- e. Queda entendido que todos los servicios de asistencia son prestados únicamente con la red de proveedores de el prestador.

10.4 TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LAS ASISTENCIAS

Cuando no exista la infraestructura privada que permita la prestación del servicio en la zona y con previa autorización de la línea de atención, se activa la opción de reembolso para las asistencias y se debe tener en cuenta las siguientes condiciones:

- a) Aplica a los servicios en los que se prevé, de conformidad con lo indicado en cada una de las asistencias.
- b) Plazo de solicitud dentro de los 5 días hábiles siguientes al pago particular del servicio
- c) El asegurado cuenta con 5 días hábiles desde el momento de tener la aprobación de el prestador para radicar los documentos
- d) Todos los documentos deben presentarse sin enmendaduras
- e) En situaciones en las que no se cuente con disponibilidad de la red de proveedores, el prestador procederá a autorizar el reembolso por un monto de hasta el máximo de cobertura permitido.
- f) En todo caso el asegurado deberá solicitar previa autorización al prestador, la cual deberá pedirse telefónicamente, a cualquiera de los números indicador para prestar la asistencia.

En ningún caso el prestador realizará reembolso sin que el asegurado haya enviado la documentación solicitada y está siempre deberá cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

Los documentos necesarios para radicar la solicitud de reembolso le serán informados a el asegurado en el momento de tener la autorización por parte del prestador.

En todo caso el prestador es autónomo de decidir si autoriza o no el reembolso.

10.5 EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS

Los servicios de asistencia no se prestarán cuando se presente alguna de las siguientes situaciones, circunstancias o causas:

- a. Cuando el asegurado no se encuentre activo.
- b. Cuando el asegurado sea mayor a 70 años
- c. Cuando frente al servicio solicitado se haya excedido el número de eventos máximos y/o montos máximos indicados en el cuadro del numeral 10 (diez)..
- d. Cuando el asegurado no proporcione información veraz y oportuna que, a juicio del prestador, sea necesaria para atender debidamente el evento.
- e. La mala fe del asegurado comprobada por el personal del prestador.
- f. Los eventos originados o derivados de fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- g. Los eventos originados o derivados de hechos y actos de terrorismo, guerra, genocidio, rebelión, sedición, asonada, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- h. Los eventos originados o derivados de hechos y actos de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad estatales.
- i. Los eventos originados o derivados de la producción y manejo de energía nuclear radiactiva.
- j. Los eventos originados o derivados de epidemias, pandemias, propagación dolosa de virus, infecciones o enfermedades.
- k. Los eventos originados o derivados de hechos de fuerza mayor, caso fortuito, culpa exclusiva de la víctima y/o culpa exclusiva de un tercero.
- l. Cuando el asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.

- m. El prestador y la empresa quedan exentos de responsabilidad frente al asegurado, cuando el servicio no se pueda prestar por el incumplimiento de los requisitos establecidos en las condiciones generales o por la ocurrencia de alguna de las situaciones, circunstancias o causas que configuran las exclusiones generales antes expresadas.
- n. Los límites no son acumulables para ser utilizados en el resto de los eventos.

11. GLOSARIO

- **Accidente:** se entiende por accidente el hecho violento, externo y fortuito causado en un evento que produzca en tu integridad física lesiones corporales evidenciadas por contusiones, heridas visibles, lesiones internas médicamente comprobadas o ahogamiento.
- **Hospitalización:** permanencia en una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.
- **Hospital o Clínica:** es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.
- **Asistencia:** Prestación de ayuda al asegurado que se halle en una situación de dificultad y/o emergencia que constituya un evento que dé lugar a la prestación de los servicios ofertados por el prestador y se ajuste a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente documento.
- **Coordinación:** actividad administrativa provista por el prestador que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de facilitar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del asegurado con relación a las asistencias.
- **Emergencia:** Situación de peligro o desastre latente o inminente que altera o modifica las condiciones normales de funcionamiento en un entorno y compromete la vida de las persona o animales involucrados, su seguridad física o la de sus bienes.
- **Enfermedad Congénita Y/O Hereditarias:** Definidas como una anomalía en las características anatómicas o fisiológicas de cualquiera de las estructuras corporales u orgánicas del individuo, presente en el animal desde su nacimiento, y que produce una patología o alteración de la salud durante la vida del animal, incluso si la sintomatología no se evidencia desde el momento del nacimiento.

- **Enfermedad Preexistente O Patológica:** Condición de salud, alteración o trastorno orgánico que existe con anterioridad al momento de la contratación del plan de asistencias, y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista diagnóstico médico.
- **Enfermedad:** Toda alteración involuntaria del estado de salud de un ser vivo, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por médico legalmente autorizado para ejercer. A efectos de la cobertura se considera enfermedad la originada en un Accidente, la enfermedad congénita y/o hereditaria, la enfermedad preexistente o patológica y tampoco las alteraciones de la conducta y/o comportamiento ni la gestación, el parto normal o ectópico.
- **Fecha De Inicio Vigencia:** fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece el prestador estarán a disposición del asegurado a la empresa. (Ver período de carencia).
- **Infraestructura Privada:** Conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para el desarrollo de una actividad o el funcionamiento de una organización cualquiera.
- **Intervención Quirúrgica:** Tratamiento quirúrgico realizado para paliar o resolver un ACCIDENTE o ENFERMEDAD, incluyéndose en este concepto los honorarios de EL cirujano, los gastos de procedimientos anestésicos, el material quirúrgico y prótesis y los gastos de medicamentos utilizados durante la cirugía.
- **Monto Máximo Por Evento:** cantidad máxima que pagará el prestador en caso de presentarse un evento.
- **Preexistencia Médica / Preexistencia:** Existencia de una reparación, patología, daño o condición de salud previa (enfermedades congénitas, genéticas, degenerativas, en etapa terminal, embarazo, entre otros) a la contratación de la póliza. Para tener derecho a los servicios que garantiza la asistencia se deberá probar la existencia del daño, accidente o enfermedad posterior a la activación de la póliza, por medio de fotografías, preguntas de rutina al momento de la solicitud, además de la evaluación del profesional del prestador, quien cuenta con la experiencia necesaria para diagnosticar y evaluar el tiempo transcurrido desde lo ocurrido.
- **Proveedor:** persona natural o jurídica habilitada y capacitada para prestar los servicios de asistencia a favor del asegurado cuando se presente un evento.
- **Reembolso:** cantidad de dinero que se le devuelve al asegurado cuando se presenta un evento y ha asumido el pago total o parcial de este.
- **Urgencia:** situación de salud, peligro o desastre que no compromete la vida de las personas o animales involucrados, ni su seguridad física o la de sus bienes, pero requiere una atención oportuna para evitar consecuencias graves.

Las anteriores definiciones son meramente ilustrativas mas no taxativas y se utilizan para mejor comprensión de los servicios aquí descritos.

CONTENIDO – SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PLAN 6

SECCIÓN I - ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

SECCIÓN II - ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

SECCIÓN III - Otras condiciones del seguro

1. Vigencia
2. Prima
3. Valor asegurado
4. Edades de ingreso y permanencia
5. Compensación
6. Revocación
7. Terminación
8. Lugar de cobertura
9. Procedimiento en caso de reclamación del Seguro
10. Asistencias
 - 10.1. Condiciones generales de las asistencias
 - 10.2. Coberturas de las asistencias
 - 10.3. Proceso General De Solicitud De El Servicio De Asistencia
 - 10.4. Términos y condiciones de las asistencias
 - 10.5. Exclusiones de las asistencias
11. Glosario