

CHUBB

Seguro AP Gold Falabella

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. - NIT 860.026.518-6

CHUBB

**PÓLIZA ACCIDENTES
PERSONALES MODALIDAD
COLECTIVA**

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

CONDICIONES GENERALES:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO QUE AMPARE HASTA EL LÍMITE ASEGURADO, ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS, LA PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA DEL ASEGURADO. EL CONTRATO DE SEGURO OPERA DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO - PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN CUARTA.

CONDICIÓN SEGUNDA – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, DETERMINANDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN EL CUADRO DE COBERTURAS CUAL DESEA ADQUIRIR.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y COBERTURAS SON LAS ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

LAS EXCLUSIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES SE HARÁN CONSTAR EN EL ANEXO DE DICHO AMPARO, DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE SEGURO NO TENDRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO BÁSICO O PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES, POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE SALVO, QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

CHUBB

- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- E. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.**
- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.**
- I. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- J. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.**
- K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.**
- L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.**
- M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- N. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.**
- O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U**

CHUBB

OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

DUPLICIDAD DE PÓLIZAS EL ASEGURADO SÓLO PODRÁ TENER UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO. EN CASO DE TENER MÁS DE UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR MÁS DE UNA SUMA ASEGURADA.

SI LA COMPAÑÍA EXPIDE CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO ADICIONALES RESPECTO DEL MISMO ASEGURADO Y OCURRE UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON BASE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TAL CASO, EL VALOR DE LAS PRIMAS NO DEVENGADAS QUE HAYAN SIDO PERCIBIDAS CON BASE EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO DE MENOR BENEFICIO.

CONDICIÓN CUARTA. DEFINICIONES.

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

MUERTE ACCIDENTAL: El fallecimiento del asegurado que sea consecuencia exclusiva y directa de un accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la cobertura individual del seguro, entendido éste como un hecho externo a la corporeidad del asegurado y a su voluntad, súbito y fortuito, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

DESAPARECIMIENTO: Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del asegurado, cuando ocurra alguno de los eventos que a continuación se señalan, y den origen a la declaración judicial de muerte presunta por desaparecimiento con arreglo a la ley colombiana:

- A. Desaparición en catástrofes naturales tales como terremotos, inundaciones, maremotos.
- B. Desaparición en un río, lago, o mar.
- C. Desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

CONDICIÓN QUINTA – TOMADOR.

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del Código de Comercio, el Tomador es la persona que ha convenido con LA COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

CONDICIÓN SEXTA – SEGURO COLECTIVO.

El seguro objeto de esta póliza es colectivo en los términos del artículo 1064 del Código de Comercio, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los asegurados individualmente considerados. Igualmente LA COMPAÑÍA para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un solo documento que será la póliza matriz.

CONDICIÓN SÉPTIMA. – REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, tal como se indiquen en anexo o condición particular.

CHUBB

CONDICIÓN OCTAVA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán los siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años mas 364 días	Hasta los 70 años mas 364 días

CONDICIÓN NOVENA - VIGENCIA.

La vigencia será determinada o determinable, según se indica en cada certificado de seguro. En todo caso la póliza matriz para efectos administrativos tendrá la vigencia indicada en la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA - SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor asegurado y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, es el establecido en el certificado individual de seguro.

El valor de la prima se reajustará anualmente en el mismo índice de precio al Consumidor (IPC) del año inmediatamente anterior establecido por el DANE a nivel nacional.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima LA COMPAÑÍA, podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación por el canal previamente autorizado a los asegurados individualmente considerados en aquellas pólizas colectivas contributivas.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA- PAGO DE LA PRIMA.

Póliza Colectiva No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la caratula de la póliza.

Póliza Colectiva Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad de la prima según se estipula en la caratula de la póliza o el certificado individual de seguro.

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso El Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

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

CHUBB

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – AVISO, RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del mismo, dentro del mes siguiente a la fecha de este.

Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentaran pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos: Registro civil de defunción, copia documentos de identificación del Asegurado y beneficiarios.

Sin embargo LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas, o a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada para los amparos que así lo ameriten, mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus anexos.

La COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la indemnización a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Para los amparos adicionales la COMPAÑÍA podrá indicar en los respectivos anexos los documentos que se consideren idóneos para la reclamación sin perjuicio de la libertad probatoria que tienen los beneficiarios.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si

en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

En el seguro de accidentes personales, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, respecto de su cobertura individual, mediante aviso por escrito a LA COMPAÑÍA. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Tomador o el Asegurado en las pólizas contributivas, serán responsables en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

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

CHUBB

reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A. Por muerte del Asegurado.
- B. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
- C. Por vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
- D. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo en los seguros contributivos, o parte del Tomador en los seguros no contributivos.
- E. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.
- F. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo básico.
- G. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - INTRANSFERIBILIDAD.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO CATASTRÓFICO.

Cuando la presente póliza otorgue cobertura para un número plural de asegurados, LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expreso límite agregado de responsabilidad pactado en condición particular, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad por evento catastrófico.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA - PRESCRIPCIÓN.

La prescripción de las acciones derivadas de esta póliza y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

CHUBB

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA – NORMAS SUPLETORIAS.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA – NOTIFICACIONES.

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCER - DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la COMPAÑÍA, el establecido en la Cámara de Comercio.

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO POR ACCIDENTE TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO.

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

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES

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

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del Asegurado.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el Asegurado, cuya fecha de estructuración este dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, establecidas legalmente en el territorio nacional.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente por accidente, se considerará también como tal en los siguientes eventos:

- A) La amputación total de dos o más miembros. (brazos, piernas, manos o pies).

CHUBB

- B) La pérdida total e irreparable de la vista por ambos ojos.
- C) La amputación total de un miembro y la pérdida irreparable de la vista por un ojo.
- D) La pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- E) La demencia incurable, previa declaración judicial.

PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD

LABORAL: Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Grado de pérdida de capacidad laboral.

PREEXISTENCIA: Se entiende por enfermedad, lesión o condición preexistente, aquella patología que ha sido diagnosticada o tratada con fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo de cada asegurado. También se considera preexistente la enfermedad o lesión aparente a simple vista o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar inadvertida.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Incapacidad Total y Permanente por	De 18 a 64 años mas 364 días	Hasta los 65 años mas 364 días

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social reglamentado por la Ley 100 de 1993.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente. El porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe ser superior al cincuenta (50%).

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA – DEDUCCIONES.

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha Incapacidad Total y Permanente por Accidente termina el Seguro para el Asegurado individualmente considerado.

CHUBB

CONDICIÓN NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS
CONDICIONES PARTICULARES, SE
APLICARÁN AL PRESENTE
AMPARO ADICIONAL, LAS
ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN
LAS CONDICIONES GENERALES DE
LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL
PRESENTE ANEXO. ASÍ MISMO SE
REGIRÁN POR LAS CONDICIONES
ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE
COMERCIO.**

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

- Atendiendo a las condiciones técnicas del seguro y la nota técnica, se aclara las edades de ingreso y permanencia así:

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para todos los amparos serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte accidental o incapacidad total y permanente	De 18 a 64 años mas 364 días	Hasta los 69 años mas 364 días

1. EXCLUSIONES:

- CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA., CONVIENE, A PARTIR DE LA EXPEDICIÓN DEL PRESENTE ANEXO, QUE PUEDEN SER ASEGURADOS DENTRO DE LA PÓLIZA ANTES MENCIONADA LAS PERSONAS QUE EJERZAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:
 - QUE SE DEDIQUEN A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEAN A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.

- QUE EJERZAN LA PROFESIÓN DE PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE.
- QUE SE ENCUENTREN EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDA ESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.

Dado lo anterior, los asegurados que ejerzan las actividades mencionadas en el literal b, de este anexo, estarán amparados por la póliza, cuando la causa del accidente no este relaciona con las actividades contempladas en dicho literal.

LO NO PREVISTO EN LA PRESENTE CONDICIÓN PARTICULAR, SE APLICARAN LAS DEMÁS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

Esta condición aplica únicamente a los planes contratados con asistencia según lo indicado en el Certificado individual del presente seguro.

Las siguientes Condiciones Generales regirán la prestación de los servicios asistenciales por parte de **Universal Travel Ace Assistance S.A.S y/o sus compañías vinculadas (en adelante la prestadora)** durante los viajes que el Asegurado realice al exterior de la República de Colombia. Las presentes Condiciones Generales se considerarán conocidas y aceptadas por el Asegurado, desde el momento en que solicita la prestación de cualquier servicio asistencial aquí incluido.

Se deja expresamente consignado, y así lo acepta el Asegurado, que el servicio otorgado por **la prestadora** no constituye un seguro médico ni una extensión de programas de seguridad social ni medicina prepagada, estando orientado exclusivamente a la asistencia en viaje de eventos súbitos e imprevisibles que impidan la normal continuación del mismo.

PARTE I – Generalidades y definiciones

1) Asegurado: Son todos los usuarios residentes en la República de Colombia con derecho a los servicios asistenciales, conforme a lo estipulado en el contrato de prestación de servicios de asistencia en viaje celebrado entre la SEGUROS DE COLOMBIA y la prestadora (en adelante "el Asegurado" o "los Asegurados", según corresponda). Los servicios asistenciales de la prestadora se prestarán de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales, únicamente al Asegurado, siendo intransferibles a terceras personas.

2) Definiciones

a) Accidente: Es todo evento generador de un daño corporal que sufre el Asegurado, por la acción de un agente

externo que, de forma repentina, inesperada y violenta, provoca esa lesión corporal o modifica el estado de salud de una persona, o causa su muerte, independientemente de su voluntad, y que se produce como consecuencia del impacto de un objeto contundente en movimiento contra la persona o de esta última contra el objeto.

b) Preexistencia: 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. A los efectos de las presentes Condiciones Generales, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto a aquellas padecidas con anterioridad al inicio del viaje como a las que se manifiesten posteriormente pero que para su desarrollo hayan requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del Asegurado, previo y anterior a la fecha de inicio del viaje.

c) Viaje: Salida del Asegurado al exterior del país de su domicilio real y el posterior regreso al mismo. El Asegurado deberá acreditar fehacientemente la fecha de salida y la duración del viaje, pudiendo la prestadora requerir la presentación de toda la documentación que le sea necesaria para efectuar dicha acreditación. La negativa por parte del Asegurado a presentar dicha documentación, libera a la prestadora de prestar servicio alguno.

d) Cuadro de prestaciones: Es el detalle de las prestaciones objeto de cobertura, que incluyen una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios y cuantitativos.

e) Urgencia vital: Es la desestabilización de los signos vitales del Asegurado, a tal punto que se ve comprometida la vida del mismo.

CHUBB

3) **Ámbito territorial:** Los servicios asistenciales aquí incluidos se prestarán fuera del territorio de la República de Colombia durante los viajes que realice el Asegurado, según se lo define en el literal c). La prestadora no asumirá responsabilidad alguna por la coordinación de asistencias en aquellos países involucrados en enfrentamientos bélicos internos o internacionales, en cuyo caso se limitará al reintegro de los gastos efectuados por los Asegurado, hasta los límites y/o montos máximos definidos y de conformidad con lo descrito en el numeral 7) y 8) del presente documento.

4) **Vigencia de los servicios:** La asistencia se prestará en períodos que no superen los noventa (90) días corridos entre la fecha de salida de Colombia y el regreso a este país, quedando expresamente excluidos los períodos de residencia permanente o transitoria en el extranjero. Para establecer el lapso de noventa (90) días se tomarán como base la fecha de salida de Colombia. La finalización de los días de cobertura implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas Condiciones Generales, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de dicho lapso, con excepción de los casos de internación ya iniciados, en los cuales los servicios de asistencia continuarán prestándose por un período complementario según se detalle en el cuadro de prestaciones. Los servicios aquí incluidos no podrán ser utilizados bajo ningún concepto, ni en ninguna circunstancia, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que hubieran surgido con anterioridad a la fecha de inicio del viaje y/o durante el/los viaje/s anterior/es, independientemente de que los servicios que se soliciten hayan sido indicados por la prestadora directamente o a través de terceros.

5) Procedimiento para solicitar asistencia:

- a) Los servicios asistenciales deberán ser, en todos los casos, solicitados a la prestadora por teléfono y previamente autorizados por la Central Operativa correspondiente. Todas las comunicaciones que reciba la Central Operativa, por razones de seguridad y de calidad, podrán ser grabadas y registradas. Si el Asegurado no deseara que su voz quede registrada deberá hacérselo saber al operador que reciba su llamado. La negativa quedará asentada. Las grabaciones de los llamados servirán como medio de prueba en caso de posibles desavenencias y/o conflictos entre partes.
- b) Para solicitar los servicios asistenciales aquí incluidos, el Asegurado deberá, en todos los casos, comunicar su documento de identificación, número del pasaporte, fechas de viaje, el lugar en donde se encuentra y el motivo de solicitud de asistencia. En todos los casos el Asegurado deberá acreditar fehacientemente la fecha de salida de Colombia y la duración del viaje, pudiendo la prestadora requerir la presentación de documentación para efectuar dicha acreditación así como para corroborar el lugar de residencia o asiento del domicilio (entre los que se podrá solicitar ticket de la aerolínea, constancia de reserva de hoteles, entre otros). La negativa por parte del Asegurado a presentar dicha documentación libera a la prestadora de prestar servicio alguno. No tendrá derecho a ningún beneficio el Asegurado que se encuentre residiendo en forma transitoria o permanente fuera de la República de Colombia.

6) Obligaciones del Asegurado

Para permitir a la prestadora asistir al Asegurado, queda expresamente convenido para todos los servicios comprendidos a continuación la obligación a cargo del Asegurado de:

CHUBB

- a) Realizar el llamado telefónico para solicitar asistencia y obtener la previa autorización de la prestadora a través de su Central Operativa antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto. El llamado telefónico deberá realizarse a los números que aparecen en el certificado individual de seguro o en la certificación de asistencia en viaje. En aquellos lugares donde no se admita la llamada por cobrar o por cobro revertido, el Asegurado deberá asumir el costo de la llamada para luego solicitar su reembolso en las oficinas de la prestadora, presentando el comprobante que evidencia el pago realizado por la llamada.

Cuando por razones de fuerza mayor plenamente justificadas, en virtud de las cuales el Asegurado no pudiera obtener la autorización previa de la prestadora para su atención por tratarse de una urgencia vital que pone su vida en riesgo, deberá acudir al servicio médico de urgencia más próximo al lugar donde se encuentre y contactar a la prestadora dentro del plazo improrrogable de 24 horas de ocurrido el hecho, lo cual podrá ser realizado por quien solicita la asistencia directamente u otra persona por este designada. En este evento, el Asegurado deberá proveer las constancias y comprobantes originales que demuestren la urgencia vital. No se efectuará reintegro alguno de gastos realizados en situación de emergencia si no se dio estricto cumplimiento al procedimiento antes indicado.

- b) Aceptar las soluciones propuestas por la prestadora.
- c) Proveer la documentación que permita establecer la procedencia del caso además de todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por la prestadora.
- d) Entregar a la prestadora los billetes de pasajes que posea en los casos en que se le solicite se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los billetes de pasaje originales. En tal caso la prestadora responderá solamente por

la diferencia mayor que pudiera existir cuando correspondiera.

- e) Autorizar a los profesionales e instituciones médicas intervinientes por el medio que sea necesario, a revelar su historia clínica a la prestadora o a quien ésta designe, a fin de permitir al Departamento Médico de la prestadora establecer fehacientemente la procedencia de tomar a cargo los servicios que se le requieran. Esta autorización podrá incluir contactos a nivel profesional con los médicos de cabecera del Asegurado y el conocimiento de su historia clínica anterior al viaje.
- f) Facilitar a la prestadora todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la fecha de salida de la República de Colombia.
- g) El incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones liberará a la prestadora de toda responsabilidad bajo las presentes condiciones.

7) Listado de países en los que opera la prestadora:

Antillas Holandesas - Alemania - Andorra - Arabia Saudita - Argelia - Argentina - Armenia - Aruba - Australia - Austria - Azerbaijan - Bahamas - Barbados - Bélgica - Belize - Bhutan - Bolivia - Bonaire - Bosnia - Brasil - Brunei - Bulgaria - Camboya - Canadá - Chile - China - Chipre - Ciudad del Vaticano - Corea del Sur - Costa Rica - Croacia - Curaçao - Dinamarca - Ecuador - Egipto - El Salvador - Emiratos Árabes Unidos - Escocia - España - Eslovaquia - Eslovenia - Estados Unidos - Estonia - Filipinas - Finlandia - Francia - Gibraltar - Grecia - Guatemala - Guinea Ecuatorial - Haití - Herzegovina - Holanda - Honduras - Hong Kong - Hungría - India - Indonesia - Inglaterra - Irlanda - Islandia - Islas Maldivas - Islas Mauricio - Isla Caimán - Israel - Italia - Jamaica - Japón - Jordania - Kazajstán - Kenia - Kuwait - Kirguistán - Lesotho - Letonia - Liechtenstein - Lituania - Luxemburgo - Madagascar - Malasia - Malta - Marruecos - Martinica - México - Moldavia - Mónaco - Mongolia - Montenegro - Nicaragua - Noruega -

CHUBB

Nueva Zelanda - Omán - Panamá - Paraguay - Perú - Polonia - Portugal - Qatar - República Checa - República Dominicana - Rumania - Rusia - Saint Maarten - San Marino - Serbia - Singapur - Sri Lanka - St. Vincent and the Grenadines - Sudáfrica - Suecia - Suiza - Tahití - Tailandia - Tayikistan - Taiwán - Tibet - Trinidad y Tobago - Túnez - Turquía - Turkmenistan - Uruguay - Uzbekistan - Vietnam.

En aquellos países no mencionados en el listado y en aquellas situaciones en las que la Central Operativa hubiera dado su autorización se procederá según reintegro.

8) Reintegros

La prestadora procederá al reintegro de los gastos efectuados en los siguientes casos y situaciones, dentro de los límites establecidos y siempre que se cumplan en su totalidad las presentes condiciones generales.

- a) Que exista autorización de la Central Operativa para operar mediante reintegro.
- b) El Asegurado deberá presentar facturas originales de profesionales, instituciones o centros médicos con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial y facturas de dicho establecimiento con el detalle de las prestaciones, o factura de la farmacia, en caso de medicamentos, en la que aparezca la descripción de los medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescritos (recetados) por el profesional actuante en la ocasión. En caso de accidente, deberá presentar la denuncia policial correspondiente. La factura deberá estar libre de tachones y enmendaduras, y contener evidencia de pago.
- c) En el supuesto que el Asegurado, por razones de fuerza mayor, bien por tratarse de una urgencia vital que pone su vida en riesgo, o bien por la imposibilidad de comunicación previa, imposibilidad que deberá ser demostrada fehacientemente, no hubiera podido cumplir la solicitud de autorización previa para contratar servicios por su cuenta, y sin perjuicio del cumplimiento de la obligación indicada en el numeral 6), literal a), deberá proporcionar a la prestadora todos los datos que le sean solicitados a los efectos de poder constatar el servicio obtenido, lo genuino de la emergencia que lo motivara y la imposibilidad de comunicación previa. Lo anteriormente expuesto es condición sine qua non para poder obtener una autorización o efectivización de reintegro de los gastos afrontados. Omitido por cualquier circunstancia el cumplimiento de este requisito, la prestadora quedará facultada para:
 - i) Genegar el reintegro conforme a la evaluación que resultare de auditar el gasto, o bien
 - ii) Proceder al mismo con un límite monetario máximo equivalente al que la prestadora hubiera asumido en caso de contratar directamente la prestación a través de su red.
- d) Únicamente serán consideradas las solicitudes de reintegro que se presenten en las oficinas de la prestadora dentro de los 60 (sesenta) días corridos de la fecha de regreso a su país de residencia. Pasado dicho lapso, cesará todo derecho del Asegurado para efectuar reclamo alguno.
- e) Para el reintegro de llamados telefónicos a la Central Operativa de la prestadora el Asegurado deberá presentar la factura original, en la cual debe constar el número telefónico al que ha realizado el llamado. Serán reintegrados exclusivamente los importes de comunicaciones a la Central Operativa de la prestadora así como aquellos gastos adicionales que pudiera haber ocasionado alguna de las llamadas realizadas por la Central Operativa al teléfono de contacto del Asegurado.

CHUBB

- f) Forma de pago: La prestadora resarcirá al Asegurado en la moneda de curso legal del país en que se abone el reintegro, al tipo de cambio oficial vigente al día anterior al pago.
- g) Las solicitudes de reintegros deberán presentarse en las oficinas de la prestadora, en la Carrera 14 No. 96 -15 - Barrio Chicó de Bogotá, o bien en sus filiales o representantes locales, cuyas direcciones postales puede consultar en <http://www.travel-ace.com/colombia/oficinas-comerciales.php>
- h) En algunos países, y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, por razones de estandarización informática, algunos centros médicos y/o instituciones suelen enviar reclamos de pagos a los Asegurado atendidos, inclusive después de haber sido saldadas las cuentas. En caso de que ello ocurra, el Asegurado deberá contactar a las oficinas de la prestadora en Colombia.

PARTE II – Prestaciones asistenciales

9) Asistencia médica por enfermedad o accidente

Las obligaciones asumidas por la prestadora sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de salida de la República de Colombia, y comprenden exclusivamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje, quedando expresamente excluidas todas las dolencias preexistentes, crónicas o no, agudas o no, congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Asegurado, así como sus secuelas, consecuencias y agudizaciones, aun cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje; en estos casos la prestadora solo reconocerá la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones.

Nota: No obstante lo anterior, se contempla para este seguro, una cobertura de asistencia médica para situaciones por enfermedades preexistentes, hasta el límite y/o monto que se especifica en el cuadro de prestaciones.

Para ambos casos, las obligaciones de la prestadora incluyen:

- **Consultas médicas.**
 - **Atención por especialista:** Cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia de la prestadora y autorizada previamente por la Central Operativa de la prestadora.
 - **Exámenes médicos complementarios:** Cualquier estudio que sea ordenado por los profesionales indicados por la prestadora y autorizados por la Central Operativa correspondiente.
- a) **Medicamentos: La prestadora** se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones.
- b) **Internaciones:** Cuando los médicos designados por la prestadora así lo prescriban, se procederá a la internación en el Centro Asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio de la prestadora. Dicha internación estará a cargo de la prestadora durante todo el tiempo de vigencia de la cobertura y siempre hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones.
- c) **Días complementarios por internación:** Cuando el Asegurado requiera internación y no obtenga el alta médica brindada por el equipo médico de la prestadora y la vigencia de su cobertura hubiera finalizado (90 días), la prestación se extenderá hasta el límite y/o monto máximo que se especifican en el cuadro de prestaciones, siempre y cuando no se haya agotado el límite máximo global

CHUBB

definido en el cuadro de prestaciones para Asistencia Médica o Enfermedad.

- d) **Terapia de recuperación física:** En los casos de traumatismos, si el Departamento Médico de la prestadora lo autorizara y habiendo sido prescrito por el médico tratante, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones.

- e) **Odontología: La prestadora** se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia limitada al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones. El límite máximo mencionado incluye los medicamentos relacionados con la atención odontológica. Se encuentran excluidos de esta prestación los gastos de prótesis de cualquier tipo así como tratamientos de endodoncia (ej.: tratamientos de conducto).

Intervenciones quirúrgicas:

Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico y la Central Operativa de la prestadora en los casos de emergencia que requieran urgentemente este tratamiento.

- f) **Traslados sanitarios:** En casos de emergencia, la prestadora organizará el traslado al centro asistencial más próximo para que el Asegurado herido o enfermo reciba atención médica. En caso que el médico tratante aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, previa autorización del Departamento Médico de la prestadora, se procederá a la organización del mismo, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la Central Operativa interviniente, incluido sí así lo indicara el médico tratante el acompañamiento de un enfermero o médico. Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del Departamento Médico de la prestadora, serán tenidas en cuenta para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Asegurado. Siempre que el médico tratante aconsejara el traslado

sanitario del Asegurado, éste deberá ser médica y científicamente justificado por escrito.

- i) Si el Asegurado o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado dejando de lado la opinión del Departamento Médico de la prestadora, ninguna responsabilidad recaerá sobre la prestadora por dicha actitud, siendo el traslado, sus costos y consecuencias por cuenta y riesgo del Asegurado y/o sus acompañantes, sin derecho a repetición contra la prestadora.

g) Repatriaciones Sanitarias:

Cuando el Departamento Médico de la prestadora estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Asegurado, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave, la repatriación del herido será efectuada, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la Central Operativa interviniente (incluido sí así lo indicara el médico tratante el acompañamiento de un enfermero o médico) hasta el país de residencia habitual del Asegurado. Esta repatriación deberá ser autorizada por escrito también por el médico tratante, y deberá contener el fundamento médico y científico para ello. Si el Asegurado o sus acompañantes decidieran efectuar la repatriación, dejando de lado la opinión del Departamento Médico de la prestadora, ninguna responsabilidad recaerá sobre la prestadora por dicha actitud, siendo la repatriación, sus costos y consecuencias por cuenta y riesgo del Asegurado y/o sus acompañantes. Cuando el Asegurado es repatriado con autorización de la prestadora, ésta sufragará los gastos de traslado de un acompañante del Asegurado en el medio que la prestadora considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta el domicilio de residencia habitual.

h) Repatriación o traslado de restos mortales:

- i. En caso de fallecimiento del Asegurado durante un viaje al exterior, la prestadora organizará y

tomará a su cargo, por el medio que considere más conveniente, la repatriación funeraria y tomará a su cargo los gastos de féretro de traslado o cremación en el lugar del hecho, trámites administrativos (en lo que esté a su alcance) y transporte hasta el punto de ingreso a su país de residencia. Los traslados dentro del país de residencia del Asegurado no estarán a cargo de la prestadora. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios e inhumación no estarán en ningún caso a cargo de la prestadora. La prestadora no será responsable por el traslado de los restos ni efectuará reintegro alguno por este concepto en caso de que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que la prestadora. Este servicio se brindará únicamente si la intervención de la prestadora es solicitada en forma inmediata al fallecimiento. Se encuentran excluidos de la prestación asistencial los traslados cuando la muerte esté relacionada o se produzca a causa de cualquier patología mencionada en el numeral sobre exclusiones de las presentes Condiciones Generales.

- ii. En caso de deceso del Asegurado, y si este hubiera viajado sin acompañantes y se encontrara solo en el destino, la prestadora abonará los gastos de traslado y alojamiento de un familiar (desde el país de residencia del Asegurado) para que pueda realizar los trámites y gestiones necesarias. Los tickets serán en clase económica y estarán sujetos a disponibilidad de la aerolínea y los gastos de hotel serán exclusivamente para alojamiento (sin extras) hasta 3 noches por un máximo de USD 150 por noche.

- i) **Gastos de hotel por convalecencia del Asegurado: La prestadora** reintegrará los gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento) cuando el médico

tratante prescriba reposo forzoso para el Asegurado luego de una internación (que debe haber sido por un período mínimo de 5 (cinco) días corridos), con autorización del Departamento Médico de la prestadora, y siempre que dicha internación haya sido organizada y a cargo de la prestadora. Este reintegro será hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones. Los gastos por esta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica.

- j) **Gastos de hotel familiar acompañante:** En los siguientes eventos, la prestadora cubrirá los gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento) del acompañante de viaje a quien se le haya autorizado la prestación prevista en el numeral 12): i) cuando el Asegurado se encuentra hospitalizado, siempre que la internación haya sido autorizada por la prestadora y la misma sea superior a 5 (cinco) días corridos y ii) cuando el médico tratante prescriba reposo forzoso para el Asegurado luego de una internación (que debe haber sido por un período mínimo de 5 (cinco) días corridos), con autorización del Departamento Médico de la prestadora, y siempre que dicha internación haya sido organizada y a cargo de la prestadora. Esta prestación será hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones. Los gastos por esta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica.

- **Límites de gastos:**
- **Límite máximo global de gastos para asistencia médica por enfermedad o accidente:** El monto de gastos por todos los servicios detallados en el presente documento tiene un límite máximo por viaje, impuestos incluidos, cuyo valor se especifica en el cuadro de prestaciones y corresponde a los gastos que la prestadora asumirá y/o reembolsará al Asegurado, cuando así aplique, por los servicios asistenciales descritos en este documento.

- El límite máximo global de gastos para asistencia médica por enfermedad y accidente indicados en el punto anterior no es acumulativo, por lo que todos los gastos incurridos en un mismo viaje por cualquiera de los conceptos aquí detallados serán incluidos dentro de dicho límite máximo. Adicionalmente, la prestación de aquellos servicios que tienen un límite en dinero, irá con cargo al límite máximo global de gastos para asistencia médica por enfermedad o accidente. Una vez agotado el límite correspondiente, cesará toda responsabilidad por parte de la prestadora, no teniendo derecho el Asegurado a ninguna prestación ni reintegro relacionado con los servicios cuyo límite de gastos se ha agotado.
- k) **Acompañamiento de menores y/o mayores:** Si un Asegurado viajara como única compañía con uno o más menores de 15 (quince) años o un adulto mayor, y se encontrara imposibilitado para ocuparse del/los mismo/s por causa de enfermedad o accidente que requiera que el Asegurado deba ser hospitalizado por un período de más de 5 (cinco) días corridos, la prestadora organizará, sin cargo adicional, el desplazamiento de un acompañante, para que el mismo acompañe únicamente al/los menor/es o adulto mayor de regreso a su país de residencia. Los gastos por esta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica indicado en el cuadro de prestaciones.
- l) **Traslado de familiar en caso de hospitalización:** En caso de que la hospitalización de un Asegurado, autorizada por la prestadora, sea superior a 5 (cinco) días corridos, la prestadora se hará cargo de un billete aéreo, clase económica ida y vuelta, sujeto a disponibilidad de lugar, para que un familiar del Asegurado, también residente en la República de Colombia, lo acompañe, siempre que el mismo haya viajado sin acompañantes y se encuentre solo en el extranjero al tiempo de la hospitalización. Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que los primeros 5 (cinco) días de hospitalización estén comprendidos dentro del período de vigencia de su cobertura más los días complementarios definidos en el cuadro de prestaciones. Los gastos por esta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica indicado en el cuadro de prestaciones.
- m) **Regreso anticipado del Asegurado:**
- En caso de ocurrencia de robo con violencia, incendio o explosión en el domicilio del Asegurado la prestadora tomará a cargo los gastos de regreso hasta el domicilio siniestrado (siempre en el país de residencia del Asegurado). Si la vivienda perteneciera a dos o más Asegurado del servicio, la prestadora tomará a su cargo solamente el regreso de uno solo de ellos. Se entiende por gastos de regreso el costo de un pasaje de vuelta desde el país donde se encuentre el Asegurado hasta el domicilio siniestrado. La prestadora exigirá al Asegurado el reintegro del pasaje no utilizado por él, a efectos de su devolución a favor de la prestadora. El Asegurado deberá presentar la denuncia policial correspondiente.
 - En caso de fallecimiento de un familiar directo del Asegurado (padre/s, cónyuge, hijo/s, hermano/s) la prestadora tomará a su cargo los gastos de traslado hasta su domicilio habitual por el medio que la prestadora considere más conveniente y sujeto a disponibilidad. En todos los casos se exigirá al Asegurado el reintegro del/los pasajes no utilizados, a los efectos de su devolución a favor de la prestadora. Así mismo, se deberá acreditar el vínculo de parentesco.
- 10. Localización de equipaje:** La prestadora asistirá al Asegurado con todos los medios a su alcance para localizar equipajes extraviados que hayan sido despachados en la bodega del mismo vuelo o embarque en el que viaja el Asegurado, sin que esto implique ninguna responsabilidad por parte de la prestadora.

11. Compensación de gastos por demora de equipaje:

- Equipaje perdido por más de 24 (veinticuatro) horas: Si algún bulto completo componente del equipaje del Asegurado hubiera sido extraviado por una línea aérea durante un vuelo internacional o la conexión inmediata del mismo, y no hubiera podido ser puesto a disposición del Asegurado dentro de las 24 (veinticuatro) horas contadas a partir del momento en que el hecho fue denunciado a la línea aérea; el Asegurado recibirá una compensación por concepto de gastos que realice para la compra de los elementos más necesarios ocasionados por la falta de su equipaje, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones.
- Requisitos para la procedencia de esta compensación:
- Notificar a la prestadora del extravío dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas de emitido el P.I.R. o formulario de denuncia ante la compañía aérea y antes de regresar al país de su domicilio real.
- El Asegurado deberá permanecer en el exterior durante el plazo mínimo estipulado de 24 (veinticuatro) horas.
- El Asegurado deberá presentarse en las oficinas de la prestadora con la siguiente documentación: pasaporte, pasajes, original de la denuncia realizada ante la compañía aérea (Formulario P.I.R.) y comprobantes originales de los gastos efectuados por la compra de artículos de primera necesidad hasta el monto de la compensación solicitada. Estos comprobantes deben corresponder a compras efectuadas por el Asegurado en el lugar donde se extravió el equipaje y entre la fecha de extravío del equipaje y la de la solicitud de compensación.

- La maleta, equipaje o bulto debe estar registrado a nombre del asegurado, para que aplique la compensación.
- Exclusiones particulares:
- Si el bulto fuera demorado en el vuelo de regreso al país de domicilio real del Asegurado, no se otorgará compensación alguna.
- La prestadora no estará obligada a compensar gastos por este concepto toda vez que la demora se produzca como consecuencia de catástrofes climáticas fortuitas o hechos de fuerza mayor.
- El Asegurado tendrá derecho a una sola compensación por pérdida y/o demora de equipaje por viaje en los términos y condiciones descritas en los numerales 16) y 17) sin importar la cantidad de demoras y/o pérdidas de equipaje que pudieran ocurrir durante la vigencia de la cobertura.

- ## 12. Compensación complementaria por pérdida de equipaje:
- Si al arribo de un vuelo internacional o de la conexión inmediata del mismo, la línea aérea no le entregara al Asegurado, alguno de los bultos componentes de su equipaje registrado y debidamente despachado, y dicho bulto tampoco hubiera podido ser localizado por nuestro servicio según se detalla en el numeral, la prestadora abonará al Asegurado una compensación complementaria a la abonada por la línea aérea, calculada como la diferencia entre lo abonado por la línea aérea por cada kilogramo de bulto extraviado e indemnizado y el límite y/o monto máximo que se especifican en el cuadro de prestaciones, el máximo de USD 40 (cuarenta dólares cada kilogramo estadounidenses) por kilogramo y hasta un tope máximo que se detalla en el cuadro de prestaciones. Ejemplo: USD40 x 30Kg(peso estimado del equipaje) = USD1200 – USD800 (pago aerolínea) = USD 400 pago asistencia.

CHUBB

- **Forma de pago: La prestadora** resarcirá al Asegurado en la moneda de curso legal del país en que se abone el reintegro, al tipo de cambio oficial vigente al día anterior al pago.
- Para la procedencia de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:
- Que la falta de equipaje haya sido informada a la compañía aérea mediante el diligenciamiento del formulario P.I.R. (Property Irregularity Report) o formulario de denuncia,
- Que la prestadora haya sido notificada del hecho por el Asegurado dentro de las 48 horas de emitido el P.I.R. (Property Irregularity Report) o formulario de denuncia ante la compañía aérea.
- Que el Asegurado haya despachado su equipaje en la bodega del mismo vuelo en que viaja, constando en su ticket de embarque, y efectúe la denuncia por falta de entrega a la línea aérea responsable a su llegada a destino.
- Que la pérdida del equipaje ocurra entre el momento en que el mismo es entregado al personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que deba ser entregado al pasajero al finalizar el vuelo.
- Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio de Colombia, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.
- En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Asegurados, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que figuren como damnificados en la denuncia por falta de entrega a la línea aérea, que incluya los correspondientes números de billetes de pasaje (nombre y número de billete de pasaje) de cada damnificado.
- Se deja constancia que siendo esta indemnización ofrecida complementaria a la indemnización otorgada por la línea aérea al Asegurado, será condición sine qua non (condición sin la cual no) para su pago la presentación de la constancia original extendida por la compañía responsable, que acredite haber abonado al Asegurado damnificado la correspondiente indemnización, así como copia de la denuncia (Formulario P.I.R.), emitida a nombre del Asegurado y consignado el número de billete de pasaje correspondiente al Asegurado y la cantidad de kilos faltantes, el/los billetes de pasaje y el/los tickets de equipaje consignados en la documentación.
- Exclusiones del beneficio:
- En ningún caso la prestadora responderá por faltantes en el contenido del equipaje, ni en la/s valija/s o cualquier otro elemento donde se transporte el mismo.
- Si el reclamo efectuado por el Asegurado a la línea aérea fuera indemnizado totalmente por la misma, el Asegurado no será acreedor a ningún beneficio por parte de la prestadora. En ningún caso la compensación por pérdida de equipaje, sumada a la indemnización recibida de la línea aérea excederá el monto declarado oportunamente o reclamado en la denuncia presentada a la línea aérea por el Asegurado, y si así sucediera, la compensación a cargo de la prestadora se limitará consecuentemente.
- Las pérdidas verificadas en vuelos de cabotaje dentro de la República de Colombia, con excepción de aquellos tramos que son conexión inmediata de un vuelo internacional.
- Las personas que no tengan derecho al transporte de equipaje.

13. Transmisión de mensajes

urgentes: La prestadora se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados de los Asegurados, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones contempladas en el presente documento.

14. Asistencia legal: La prestadora pondrá a disposición del Asegurado que lo solicite un abogado que se haga cargo de su defensa civil o criminal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito. La prestadora se hará cargo de un importe destinado a cubrir el pago de los honorarios de dicho abogado hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones. La asistencia no se brindará ni se reconocerá importe alguno en caso de que el Asegurado utilice un profesional que no fuera designado o autorizado fehacientemente por la prestadora.

15. Anticipo de fondos para fianza: En aquellos casos en que se inicie contra el Asegurado algún proceso judicial, civil y/o criminal, en donde se le impute responsabilidad por algún accidente de tránsito. La prestadora pagará al Tribunal correspondiente los gastos de fianza si el Asegurado fuera detenido y a efectos de lograr su libertad condicional, hasta el límite y/o monto máximo que se especifican en el cuadro de prestaciones.

La suma adelantada será considerada como préstamo y el Asegurado se obliga a devolverla a la prestadora lo antes posible y siempre dentro de los 30 (treinta) días corridos de entregada. El préstamo indicado será otorgado al Asegurado, previa caución real o personal que deberá prestar a satisfacción de la prestadora.

16. Transferencia de fondos: En caso de emergencia justificada y a criterio de la prestadora, el Asegurado podrá solicitar la transferencia de una suma de dinero acorde a la emergencia acontecida y hasta el límite y/o monto máximo que se especifican en el cuadro de prestaciones. La consecución del dinero a transferir estará a cargo del Asegurado, y únicamente el costo de la transferencia de fondos estará a cargo de la prestadora. Se entiende que el Asegurado deberá arbitrar los medios para que la prestadora reciba antes de efectuar la transferencia la totalidad

del monto a transferir en sus oficinas o donde le sea solicitado.

17. Asistencia en caso de extravío de documentos: La prestadora asesorará al Asegurado en el caso que haya extraviado sus documentos, billetes aéreos y/o sus tarjetas de crédito, o cuando los mismos le hayan sido robados.

18. Reintegro de gastos por vuelo demorado Si el vuelo internacional del Asegurado (o su conexión local) fuera demorado por más de 6 (seis) horas consecutivas desde la hora de partida programada originalmente y no tuviera ninguna otra alternativa de transporte en ese lapso, la prestadora reintegrará una suma de dinero, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones, en concepto de gastos de hotel, comidas, taxímetros, comunicaciones y artículos de primera necesidad, entre otros, realizados durante el tiempo de demora. El reembolso se efectuará contra presentación de comprobantes fehacientes y una constancia de la compañía aérea certificando la demora. Para poder gozar de este reintegro el Asegurado deberá contactar a la Central Operativa desde el aeropuerto donde ocurrió el hecho para solicitar la autorización y apertura del caso.

- El reintegro de gastos se reconocerá también en los casos en que debido a la demora de un vuelo el pasajero pierda su conexión inmediata.
- Exclusiones particulares:
- Este servicio no se brindará si el Asegurado viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad.
- La prestadora no estará obligada a reintegrar gastos por este concepto toda vez que la demora se produzca como consecuencia de catástrofes climáticas fortuitas o hechos de fuerza mayor.

19. Garantía de gastos de cancelación o interrupción de viaje con restricción de causas:

Cuando el Asegurado deba cancelar o interrumpir su viaje La prestadora tomara a su cargo el reintegro por los importes no recuperados de pagos realizados por anticipado para la contratación de servicios turísticos de acuerdo a las Condiciones Generales relativas al tour o servicios adquiridos, y siempre que la misma se produzca en forma necesaria e inevitable como consecuencia de:

- Muerte o enfermedad grave del Asegurado que motive su internación o requiera reposo absoluto, inhibiendo su deambulacion o generando un estado de postración en el Asegurado y por lo tanto imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje mismo. Se requerirá a tal fin historia clínica y estudios diagnósticos que avalen dicho reposo.
- Muerte o enfermedad grave del cónyuge, hijo(s) o hermano/s del Asegurado que motiven la internación o requieran reposo absoluto inhibiendo su deambulacion o generando un estado de postración en el causante y por lo tanto imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del Asegurado. Se requerirá a tal fin historia clínica y estudios diagnósticos que avalen dicho reposo.
- Muerte o internación hospitalaria por accidente o enfermedad grave surgida de manera repentina y aguda del padre o madre del Asegurado.

La enumeración es taxativa y no enunciativa.

En los casos en que se proceda a interrumpir un viaje ya iniciado, se considerara además como importe no recuperable la penalidad por cambio de fecha del ticket aéreo (cuando la categoría del ticket así lo permita).

- **Servicios no cubiertos:** no estarán alcanzadas las excursiones, visitas, entradas a espectáculos ni ninguna otra contratación fuera de las incluidas en el parque turístico contratado o aquellas contratadas con posterioridad

a la fecha indicada en el recibo por pago del anticipo o saldo del paquete turístico.

- **Exclusiones particulares:** no corresponderá el resarcimiento cuando:
 - El Asegurado tuviera más de setenta años de edad al momento de contratación del servicio ni cuando la cancelación o interrupción del viaje se produzca por la muerte o enfermedad grave del Asegurado derivada de cualquiera de las exclusiones detalladas en la cláusula 30 de estas condiciones.
 - No corresponderá resarcimiento de los importes de tickets aéreos (u otros servicios) cuando el Asegurado hubiera adquirido los mismos a través del canje de millas, puntos u otros programas de beneficios conceptualmente similares.
 - La prestación de cancelación no es aplicable a vouchers con la calidad de receptivos (hayan sido emitidos previo al inicio del viaje del Asegurado o contratados a su arribo al país en que se emitió).
- **Vigencia:** la presente prestación es de aplicación exclusiva cuando esté incluido en el producto contratado. La prestación rige:
 - Desde el momento en que el Asegurado contrate el servicio hasta la iniciación del viaje, en lo atinente a gastos de cancelación;
 - Desde el inicio del viaje y hasta la finalización del mismo o la finalización de la vigencia del voucher (lo que ocurra primero), en lo atinente a gastos de interrupción de viaje.
- **Monto de la prestación:** la indemnización máxima a cargo de la prestadora será por el valor que se establece en el cuadro de prestaciones. Cuando las facturas y/o recibos presentadas por el Asegurado no indiquen valores por personas sino el valor total por los servicios

CHUBB

contratados para todos los integrantes, la prestadora procederá a dividir dicho importe entre el total de pasajeros independientemente de que a alguno le hubiera correspondido un valor diferente. El valor del voucher de la prestadora no será reintegrado al pasajero en virtud de que está haciendo uso de los servicios contratados. En caso de pluralidad o de siniestros producidos por un mismo hecho, la prestadora no quedara obligada a abonar en conjunto una suma mayor a USD 30.000 (dólares estadounidenses treinta mil), cualquiera sea el número de personas afectadas.

- **Subrogación:** el Asegurado cede a la prestadora todos los derechos y acciones que les pudieren corresponder contra las personas físicas o jurídicas por los daños y perjuicios que se le hayan acusado, hasta la concurrencia de las sumas que la prestadora abone en concepto de reintegro de la presente prestación. Asimismo se compromete y obliga a formalizar la subrogación o cesión a favor de la prestadora dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas corridas de inmediato.
- **Condiciones de aplicabilidad de la prestación:** Son condiciones necesarias e indispensables para acceder a esta prestación:
- El Asegurado deberá comunicar a la prestadora de manera fehaciente a cancelación o interrupción del viaje, en forma inmediata y dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho que la motiva pudiendo esta verificar el hecho denunciado;
- **El voucher** de la prestadora deberá haberse emitido en la misma fecha que marca el recibo oficial de efectivización de cualquier anticipo y/o cancelación completa de los servicios turísticos contratados o dentro de un plazo máximo de 72 horas posteriores a dicha fecha, y con una antelación mínima de 15 (quince) días corridos respecto a la fecha de inicio el viaje o inicio de la vigencia del voucher, lo que

ocurra primero. La vigencia del voucher deberá ser como mínimo de igual duración que el viaje, comprobable mediante la fecha de ida y vuelta de los tickets aéreos, estadías en hoteles, etc.

- Solo se autorizarán reintegros por la cancelación definitiva del viaje: no pudiendo beneficiarse con esta prestación aquellos Asegurado que pospongan y/o reprogramen su viaje.
- **Obligaciones Asegurado:** el Asegurado deberá entregar a la prestadora los siguientes elementos:
 - i) Pasajes de ida y vuelta completos.
 - ii) Copia del pasaporte o de la documentación.
 - i) El voucher de la prestadora con la inclusión de la presente garantía.
 - ii) Facturas y recibos originales y de curso legal de los pagos efectuados a la agencia de viajes donde se contrataron los servicios.
 - iii) Nota de crédito (o instrumento equivalente de validez fiscal) emitida por la agencia de viajes donde se contrataron los servicios, que indique el monto que se le reconoce al Asegurado en virtud de la cancelación definitiva del viaje.
 - iv) Carta de penalidad expedida por la Agencia de Viajes y/u operador turístico. Línea aérea, marítima o quien corresponda, acompañada por la política de cancelación incluida por dicha Agencia y/u operador en el contrato suscripto por el Asegurado.
 - v) En caso de accidente se deberá acompañar la denuncia policial correspondiente y, tratándose de enfermedad, documentación medica completa.
 - vi) En caso de fallecimiento se requerirá copia autenticada del certificado de defunción.

CHUBB

vii) Documentación que avale el vínculo familiar en los casos que corresponda.

viii) El Asegurado o sus familiares deberán autorizar a la prestadora o a quien designe, por el medio que sea necesario a revelar la Historia Clínica del Asegurado o de quien motive la interrupción en los casos que corresponda.

- **Forma de pago:** de acuerdo con la cláusula 8)f).
- **Prestaciones no acumulables:**
 - i) Los Asegurados de vouchers anuales podrán beneficiarse en una única oportunidad de los beneficios indicados en la cláusula 25 durante el periodo de vigencia del viaje.
 - ii) La utilización de los servicios de cancelación o interrupción de viaje con restricción de cusas implica el fin de vigencia de los servicios asistenciales para ese viaje, desde el momento en que el mismo es solicitado, independientemente de que sea o no autorizado.

Otros: Reintegros de gastos por imposibilidad de embarque:

La prestadora reintegrará los gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento) del Asegurado que, por razones médicas comprobables por el Departamento Médico de la prestadora, se vea imposibilitado a embarcar en el vuelo de regreso a su país de residencia. Esta prestación se brindará desde la fecha original de embarque y tendrá un límite monetario indicado en el cuadro de prestaciones. Los gastos por esta prestación serán imputados a cuenta del Límite de gastos de Asistencia Médica indicado en el cuadro de prestaciones.

20. Secure Gift: La prestadora reembolsará al Asegurado hasta el importe máximo indicado en el cuadro de prestaciones, en caso de sufrir un robo o daños materiales referentes a cualquier bien mueble adquirido por el Asegurado, siempre y cuando el bien haya sido

adquirido durante el viaje y abonado con una tarjeta de crédito.

21. Interconsulta con médico de cabecera: La prestadora, a través de su central operativa ofrece el servicio de conexión con el médico de cabecera del Asegurado, cada vez que se encuentre de viaje, durante las 24 horas del día.

22. Segunda opinión médica: Si a consecuencia de accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de salida de la República de Colombia, se requiere de una segunda opinión por parte de un especialista para el tratamiento de urgencia del asegurado, y siempre y cuando no se trate de una enfermedad preexistente, la prestadora se encargará de hacer las interconsultas necesarias para resolver la situación clínica del Asegurado de la forma que el especialista estime sea la más adecuada.

LÍNEA DE CONSULTAS: La prestadora brindará información al Asegurado, a través de su Central Operativa y durante las 24 horas, los 365 días del año, referente a:

- a) Hoteles, clima, moneda, consulados, embajadas, etc., de su lugar de destino.
- b) Consejos generales previos al viaje en relación a las patologías y/o necesidades del cliente.
- c) Información sobre medicamentos equivalentes en caso de extravío u olvido de su medicina habitual.

EXCLUSIONES A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

Se encuentran excluidos de toda prestación asistencial, y bajo todo supuesto, el tratamiento y/o gastos de los eventos que se detallan a continuación:

- i) Enfermedades benignas o heridas leves que no imposibiliten el normal desarrollo del viaje.
- ii) Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tal todo proceso fisiopatológico que reconozca un

CHUBB

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. A los efectos de las presentes Condiciones Generales, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto a aquellas padecidas con anterioridad al inicio del viaje como a las que se manifiestan posteriormente pero que para su desarrollo hayan requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del Asegurado, previo y anterior a la fecha de inicio del viaje. Así mismo, quedan excluidas todas las dolencias preexistentes, crónicas o no, agudas o no, congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Asegurado, así como sus secuelas, consecuencias y agudizaciones, aun cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje; en estos casos la prestadora solo reconocerá la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad, hasta el límite y/o monto máximo que se especifican en el cuadro de prestaciones.

Nota: No obstante lo anterior, se aclara que dentro del cuadro de prestaciones se incluye la cobertura para enfermedades preexistentes, la cual tendrá cobertura hasta el monto máximo indicado en dicho cuadro.

iii) De las recaídas y convalecencias de toda afección contraída antes de la fecha de inicio del viaje. Enfermedades crónicas y/o agudas contraídas antes del viaje, ya sea el control como sus consecuencias.

iv) Tratamientos homeopáticos y quiroprácticos, acupuntura, fisiokinesioterapia fuera de lo expresamente indicado en el numeral 9), masoterapia, curas termales; podología, tratamientos con medicinas no convencionales o alternativas, cirugías plásticas estéticas o reparadoras, cura de reposo.

v) Tratamiento de trastornos psíquicos, de enfermedades mentales o psicopáticas, de enfermedades o accidentes producidos por la ingestión intencional de drogas en cualquiera de sus variantes (narcótico, barbitúrico, así como cualquier automedicación sin receta médica que la avale) o bebidas alcohólicas, adicciones de cualquier naturaleza.

vi) Tratamiento de enfermedades infecto contagiosas de denuncia obligatoria a autoridades sanitarias para aislar o poner en cuarentena, de las infecciones producidas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o variantes incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo Relacionado o enfermedades relacionadas.

vii) Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento, oncológicas, diabetes, desórdenes cardiovasculares, incluyendo hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis, todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean conocidas o no por el Asegurado.

viii) Partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible, hasta la semana 25 de gestación, inclusive, en cuyo caso la prestadora asumirá los gastos derivados de su asistencia, hasta el límite y/o monto máximos que se especifican en el cuadro de prestaciones para asistencia por enfermedad preexistente. Los estados de embarazo posteriores a la semana 25 de gestación están excluidos cualquiera sea la naturaleza de la causa que motive el tratamiento.

ix) Aborto cualquiera sea su etiología (por ejemplo embarazo ectópico).

x) De las enfermedades o lesiones derivadas de actos notoriamente peligrosos o riesgosos, de grave imprudencia o criminales del

CHUBB

Asegurado, sean en forma directa o indirecta; tentativas de suicidio, autodestrucción, lesiones auto infligidas o cualquier intento de ello, ya sea en posesión de las facultades mentales o no y sus consecuencias; del suicidio del Asegurado; imprudencia, negligencia, impericia y/o acciones temerarias en la conducción de cualquier tipo de vehículos, contraviniendo normas de tránsito y/o seguridad internacional o del país del que se trate, tanto conducidos por el Asegurado como por un tercero, incluso excursiones contratadas.

xi) De enfermedades o lesiones, afecciones, complicaciones o consecuencias resultantes de tratamientos hechos por profesionales o instituciones de salud no pertenecientes a equipos médicos indicados por la prestadora y/o de tratamientos médicos o farmacéuticos que, habiéndose iniciado con anterioridad al inicio del viaje, produzcan consecuencias durante el mismo.

xii) De consecuencias derivadas de la participación del Asegurado en competencias deportivas (sean estas amateurs o profesionales), excepto las prácticas recreativas que sí serán cubiertas. Por recreativo deberá entenderse que las actividades realizadas no constituyen el motivo del viaje, sino que son un pasatiempo que surge de manera espontánea y ocasional y siempre y cuando las mismas sean realizadas en los ámbitos autorizados a tal fin.

xiii) De consecuencias derivadas de la práctica de deportes peligrosos o de alto riesgo (sea o no profesional), incluyendo pero no limitado a buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, planeadores, automovilismo, motociclismo, boxeo, aladeltismo, parapente, jet-ski, ski acuático y el uso de motos de agua, surf, navegación en corrientes rápidas (balsas, gomones, etc.) bungeejumping, aviación, rugby, así como deportes invernales como ski, snowboard, etc., practicados fuera de pistas reglamentarias.

xiv) De accidentes o las consecuencias derivadas de cualquier tipo de ejercicio o juego atlético de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas, cualquier clase de competencia o exhibición de pericia o velocidad con vehículos mecánicos.

xv) Accidentes, enfermedades y todo hecho producido como consecuencia de catástrofes climáticas de cualquier tipo, eventos climáticos fortuitos o hechos de fuerza mayor, tales como fenómenos sísmicos, terremotos de cualquier intensidad, inundaciones, huracanes, avalanchas y otros fenómenos atmosféricos, acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

xvi) Accidentes, enfermedades y todo hecho producido por actos que impliquen alteración del orden público por cualquier causa, guerra civil o internacional declarada o no, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, invasión, hostilidades (guerra declarada o no), revolución, insurrección militar o usurpación del poder, vandalismo, guerrilla o terrorismo tanto en condición individual como general cualquiera sea su exteriorización (física, química o biológica), movilizaciones de carácter político o gremial (huelgas, lock out), en los que haya participado el Asegurado como elemento activo; secuestros, duelo, riña.

xvii) Enfermedades ocurridas durante un viaje realizado contra prescripción médica.

xviii) Tratamientos que se encuentren en cualquier fase de investigación o experimental, sin limitación alguna (por ejemplo: drogas, prótesis, procedimientos, etc.), por lo que el Asegurado deberá abstenerse de optar por la utilización de los mismos, aún en el caso de que el prestador que lo aplique fuera contratado por la prestadora.

CHUBB

xix) Accidentes que el Asegurado, por acción u omisión, provoque dolosamente o con culpa grave, o el Asegurado los sufra en empresa criminal. A los efectos de este ítem, se entiende por “culpa grave” a la acción groseramente negligente cometida por el Asegurado, cuyo resultado, de obrar de esa manera, hubiera sido previsto por cualquier persona razonablemente diligente.

xx) Actos ilícitos del Asegurado contrarios a la Ley del país en el cual la enfermedad o lesión ocurre, inclusive la conducción de cualquier tipo de vehículo con un nivel de alcohol en la sangre más alto que el permitido.

xxi) Accidentes, enfermedades y todo hecho producido como consecuencia de la participación del Asegurado en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica, de la intervención en ascensiones aéreas (excepto aerossillas o funiculares) o en operaciones o viajes submarinos, del uso de aeronaves, incluyendo helicópteros, a menos que sea como pasajero que paga boleto en un avión de línea aérea o en compañía de vuelo con la debida autorización para el transporte frecuente de pasajeros, o en un helicóptero que opera solamente entre aeropuertos o helipuertos comerciales y con la debida autorización para el transporte frecuente de pasajeros que pagan boleto.

xxii) Accidentes, enfermedades y todo hecho producido como consecuencia del desempeño de las profesiones de acróbata, domador de potros o fieras y tareas de manipuleo de explosivos o exposición a radiaciones atómicas.

xxiii) Los chequeos y tratamientos prolongados y las visitas médicas de control que no sean consecuencia de la patología que motivó la consulta que autorizó la prestadora y/o correspondan a dolencias preexistentes o expresamente excluidas; los chequeos médicos de rutina o cualquier otro examen en los

cuales no existan indicaciones de trastornos de salud.

xxiv) Las visitas a profesionales o especialistas cuando el objeto es la reposición de medicamentos, lentes, lentes de contacto, etc. por pérdida, robo u olvido de los mismos, exámenes médicos preescolares/universitarios, aplicación de vacunas, instrumental descartable, toda práctica de enfermería (acompañamientos, aplicaciones inyectables, nebulizaciones, drenajes, vendajes, curaciones, controles de glucosa, de presión, etc.), excepto que tales actos hagan parte de las atenciones autorizadas por la prestadora.

xxv) Los gastos de prótesis y órtesis (implantes internos y permanentes) de todo tipo, incluyendo pero no limitados a artículos de ortopedia, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, etc.

xxvi) Los gastos de hotel y medios de transporte que no hayan sido expresamente autorizados por la prestadora así como los de restaurantes.

xxvii) En los casos de internación se encuentran excluidos los gastos extras (incluidos la diferencia de tarifa entre una habitación individual de una compartida) y de acompañantes.

xxviii) Aquellos gastos de cualquier índole incurridos por el Asegurado a causa de incumplimiento o quiebra de compañías de transporte (marítimo, aéreo o terrestre), agencias de viaje u operadores con el que hubiera contratado su tour o excursiones.

xxix) En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad de base, y/o que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con una dolencia previa, la prestadora queda relevada de prestar sus servicios. A tal fin la prestadora se reserva el derecho de estudiar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

PARTE III – Consideraciones adicionales

- **Deducible:** Los servicios asistenciales no tendrán un deducible alguno a cargo del Asegurado.
- **Servicios no acumulativos:** En ningún caso la prestadora prestará los servicios de asistencia al viajero establecidos en las presentes Condiciones Generales, ni efectuará reintegro de gastos de ningún tipo, en tanto y cuanto el Asegurado solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa de asistencia en viaje, antes, durante o después de haberlas solicitado a la prestadora, sin perjuicio de los servicios a los que pueda tener derecho el Asegurado, de acuerdo con el numeral 34).
- **Reserva:** La prestadora se reserva el derecho de exigir al Asegurado el reembolso de cualquier gasto efectuado indebidamente, en caso de haberse prestado servicios no contratados o en forma diferente a lo establecido. El tipo de cambio a aplicarse en tales supuestos será el vigente al momento del reembolso en favor de la prestadora.
- **Hechos de fuerza mayor:** La prestadora queda eximida de toda responsabilidad cuando por circunstancias de casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como guerra, huelgas, actos de sabotaje, etc., les fuera imposible prestar los servicios en el tiempo y la forma pactada. Cuando se produjeran circunstancias de esta naturaleza, la prestadora se compromete a efectuar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible.
- **Subrogación:** Cuando las prestaciones establecidas en estas Condiciones Generales estén también cubiertas total o parcialmente por una póliza de seguros o cualquier otro medio, el Asegurado se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la compañía de seguros o tercero que corresponda para lograr que estos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes, funcionando los beneficios otorgados por este servicio en exceso de los pagos que el Asegurado reciba de los aseguradores u otros prestadores. Asimismo, la prestadora se subroga contra cualquier tercero, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención los cuales son cedidos irrevocablemente desde ya por el Asegurado o sus herederos, hasta el costo total de los servicios por ella suministrados, si así resultara procedente. El Asegurado se compromete y obliga a formalizar la subrogación o cesión a favor de la prestadora dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas corridas de intimado el Asegurado al efecto.
- **Cúmulo por evento:** En caso de accidente que involucre y afecte a más de un Asegurado, la responsabilidad máxima de la prestadora y el límite de gastos detallado en la presente no excederá en conjunto y para todos los Titulares que se vean involucrados la suma por evento de USD 500.000, importe que se distribuirá entre todos los Asegurado a prorrata, manteniéndose el límite máximo por persona que corresponda según el producto contratado para cada Asegurado.
- **Jurisdicción:** Para todas las cuestiones de derecho, relativas a la relación contractual entre “los Asegurado” y la prestadora queda pactada la aplicación de la legislación Colombiana y la jurisdicción de los tribunales de Colombia, con exclusión de cualquier otro fuero o jurisdicción, renunciándose en forma expresa a cualquier otra que pudiere corresponder.
- **Atención médica en Estados Unidos de Norteamérica:** si Ud. ha sido atendido por un profesional, Hospital o Emergency Room en los Estados Unidos, no debe sorprenderse si al regresar a su país recibe las facturas por cargos de la sala de emergencia, radiografías, estudios

CHUBB

especializados, etc. Según el criterio administrativo del sistema de salud en Estados Unidos, primero debe recibir las facturas el paciente y luego la prestadora de servicios, como ser en este caso Universal Travel Ace Assistance S.A.S. Esta rutina administrativa puede tomar 5 meses o más hasta que el hospital envíe las facturas a nuestra Central Operativa. Si en el ínterin Ud. ha recibido dichas facturas, le rogamos se contacte telefónicamente con nuestras oficinas de representación local para verificar el estado de las mismas en nuestros registros.

PARTE IV – Cuadro de prestaciones.

Los montos en Euros son aplicables a prestaciones que ocurran dentro de los países de la Comunidad Schengen; y los montos en Dólares Estadounidenses son aplicables a prestaciones que ocurran en el resto de los países del mundo (excepto Colombia).

Límite máximo global de gastos para asistencia médica por enfermedad o accidente Servicios cubiertos con cargo al límite máximo global para asistencia médica por enfermedad o accidente	Asistencia internacional con topes hasta:
Asistencia médica en caso de enfermedad no preexistente	Hasta 30.000 euros
Asistencia médica en caso de accidente	Hasta 30.000 euros
Asistencia médica en caso de enfermedad preexistente*	Hasta 300 euros
Medicamentos ambulatorios *	Hasta 500 euros
Días complementarios por internación *	5 días
Terapia recuperación física / hasta 10 sesiones*	10 sesiones de EUR 150 c/u
Odontología *	Hasta 250 euros
Traslado y/o repatriación sanitaria o de restos mortales *	Incluido
Gastos de hotel por convalecencia *	Hasta 500 euros/ máximo 5 días
Gastos de hotel familiar acompañante *	Hasta 500 euros x día / máximo 5 días
Practica recreativa de deportes *	Hasta 8.000 euros

CHUBB

Límite máximo global de gastos para asistencia médica por enfermedad o accidente Servicios cubiertos con cargo al límite máximo global para asistencia médica por enfermedad o accidente	Asistencia internacional con topes hasta:
Asistencia embarazadas hasta la semana 25 *	Hasta 8.000 euros
Compensación por pérdida de equipaje complementaria	Hasta 800 euros
Garantía Gastos cancelación / interrupción con restricción de causa	Hasta 1.000 euros
Gastos por demora de equipaje	Hasta 150 euros
Gastos por vuelo demorado	Hasta 100 euros
Asistencia legal en caso de accidente de tránsito	Hasta 800 euros
Secure gift	Hasta 300 euros
Límite de edad	Hasta 70 años
Localización de equipaje	Incluido
Regreso anticipado por fallecimiento o enfermedad de familiar	Incluido
Regreso anticipado por siniestro en domicilio	Incluido
Traslado de familiar en caso de hospitalización	Incluido
Acompañamiento de menores y/o mayores	Incluido
Trasmisión de mensajes urgentes	Incluido
Anticipo de fondos para fianzas	USD 10.000 o EUR 10.000
Transferencia de fondos	USD 2.000 o EUR 2.000
Asistencia en caso de extravío de documentos	Incluido
Interconsulta con médico de cabecera	Incluido
Línea de consulta	Incluido
Segunda opinión medica	Incluido

* Incluido dentro del tope de asistencia médica por enfermedad o accidente

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

CHUBB

**EN LO NO PREVISTO EN ESTAS
CONDICIONES PARTICULARES, SE
APLICARAN AL PRESENTE
AMPARO, LAS ESTIPULACIONES
CONTENIDAS EN LAS
CONDICIONES GENERALES DE LA
PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL
PRESENTE ANEXO ASÍ MISMO SE
REGIRÁN POR LAS CONDICIONES
ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE
COMERCIO.**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO - Chubb Seguros
Colombia S.A. Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 - 51. Oficina 203 - Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164 Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

01/11/2016-1305-P-31-CLACHUBB20160071
30/08/2015-1305-NT-31-APMAFORMANT00002
01/11/2016-1305-A-34-CLACHUBB20160074
30/08/2015-1305-NT-31-APITPAFORMANT002

