

Póliza de Seguro de Vida Individual *Familia Vital Salud* Empleados TLMK

La protección y respaldo para los nuestros.



Índice

| | |
|--|----|
| 1. ¿Qué te cubrimos? | 3 |
| 2. ¿Qué no te cubrimos? | 7 |
| 3. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro | 8 |
| 4. Prohibición de modificación unilateral | 8 |
| 5. Declaración del estado de salud y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración | 9 |
| 6. ¿Cuándo se termina el seguro? | 9 |
| 7. ¿Qué hacer en caso de siniestro? | 10 |
| 8. Prima y Valor Asegurado | 11 |
| 9. Definiciones | 12 |
| 10. Asistencias del producto | 13 |

1. ¿Qué te cubrimos?

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

BBVA SEGUROS PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO, SI COMO ASEGURADO MUERES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

BBVA SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO, SI COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR TI Y QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN.

MUY IMPORTANTE

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECES O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL TE ENCUENTRES AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

B. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

SI COMO ASEGURADO SUFRES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SE TE PAGARÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO PREVISTO PARA CADA UNA DE ESTAS, RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

- POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.
- POR LA PÉRDIDA TOTAL O IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

MUY IMPORTANTE

TEN EN CUENTA QUE EL PAGO DE ESTA COBERTURA NO PUEDE SUPERAR EL 100 % DEL VALOR ASEGURADO.

ENFERMEDADES GRAVES

BBVA SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO, SI SE TE DIAGNOSTICA POR PARTE DE UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN Y POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, SIEMPRE QUE HAYA TRANSCURRIDO UN PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS COMUNES DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA:

A. CÁNCER

LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDO. ESTO INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN (LINFOGRANULOMA).

B. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

SE ENTIENDE POR TAL, EL QUE CAUSA LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS CORRESPONDIENTES DURANTE MÁS DE 24 HORAS. DEBE EXISTIR UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADO POR TROMBOSIS, HEMORRAGIAS O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL, ASÍ COMO PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

C. INSUFICIENCIA RENAL

EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LA CUAL HAY QUE EFECTUAR TRATAMIENTO DE DIÁLISIS O TRANSPLANTE DE RIÑÓN.

D. INFARTO AL MIOCARDIO

MUERTE DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO, DEBIDAMENTE DOCUMENTADA CON HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIO DE ALTERACIONES RECIENTES Y ENZIMAS CARDÍACAS ELEVADAS. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO CUMPLIDOS LOS 30 DÍAS COMUNES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO.

E. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (UNA O MÁS ARTERIAS OBSTRUIDAS) QUE REQUIERAN SER TRATADAS CON UNA OPERACIÓN DE BY PASS O PUENTE CORONARIO, POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADA POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS. EL RESULTADO DE LA ANGIOGRAFÍA, JUNTO CON EL INFORME MÉDICO, ESTARÁ A DISPOSICIÓN DE BBVA SEGUROS.

F. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ES UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA. DEBE CUMPLIR CON CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS POR LA COMUNIDAD CIENTÍFICA.

G. TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR

ES LA IMPLANTACIÓN DE UN ÓRGANO EXTRAÍDO DE UN DONANTE HUMANO EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES, ARTERIALES Y VENOSAS. LOS ÓRGANOS CUYO TRASPLANTE ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SON LOS SIGUIENTES: HÍGADO, CORAZÓN, MÉDULA ÓSEA, PÁNCREAS, PULMÓN E INTESTINO.

H. GRAN QUEMADO

QUE PRESENTE QUEMADURAS DE GRADO II Y III MAYORES AL 40% DE EXTENSIÓN CORPORAL TOTAL.

MUY IMPORTANTE

TEN EN CUENTA QUE EL PAGO DE ESTAS COBERTURAS NO SON ACUMULABLES CON LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, POR LO QUE UNA VEZ PAGADA, BBVA SEGUROS QUEDA LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A ESTE AMPARO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. EN RELACIÓN CON EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, EL PAGO QUE SE HAGA SERÁ UN ANTICIPO DE DICHO AMPARO.

AUXILIO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

BBVA SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO, POR EL NACIMIENTO DEL HIJO O HIJOS VIVOS O/Y FALLECIDOS, DICHO PAGO SE REALIZARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO HAYA COMENZADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. COMO ASEGURADO RECIBIRAS POR PARTE DE LA COMPAÑÍA UN AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD, POR TÚ EMBARAZO O EL EMBARAZO DE TÚ CÓNYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE, POR EL NACIMIENTO DEL HIJO O HIJOS VIVOS O/Y FALLECIDOS, DICHO PAGO SE REALIZARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO HAYA COMENZADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

NOTA

SE CONSIDERA COMO UN SOLO EVENTO EL PARTO SIN TENER EN CUENTA EL NÚMERO DE HIJOS QUE NAZCAN EN EL MISMO.

EN CASO QUE EL HIJO O HIJOS FALLEZCAN EN EL MOMENTO DEL PARTO O NAZCA SIN VIDA, SE OTORGARA DICHO AUXILIO SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA CULMINADO EL PERIODO DE GESTACIÓN **(MÍNIMO 36 SEMANAS)**.



2. ¿Qué no te cubrimos?

PARA NINGUNO DE LOS AMPAROS SE CUBRIRÁN HECHOS DERIVADOS DE HOMICIDIO O SUICIDIO, ACAECIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGURO, AÚN EN GRADO DE TENTATIVA.

TAMPOCO SERÁ OBJETO DE COBERTURA BAJO NINGUNO DE LOS AMPAROS:

- GUERRA (DECLARADA O NO), INVASIÓN, GUERRA CIVIL, TUMULTO, REVOLUCIONES, CONMOCIÓN CIVIL E INSURRECCIÓN.
- LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.
- LOS ACTOS CAUSADOS POR INOBSERVANCIA DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL, DE PARTE DEL ASEGURADO.
- ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA INUTILIZACIÓN O LA DESMEMBRACIÓN.
- RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÓN NUCLEAR, O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.

NO SE CUBRE RESPECTO DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL VIH, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O O CON RESULTADO POSITIVO.
- EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), SUS TRATAMIENTOS, COMPLICACIONES, SECUELAS Y/O ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE.
- CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LO ANTERIOR.
- CÁNCER DE SENO O DE CUELLO DE LA MATRIZ.
- TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
- CÁNCER IN SITU NO INVASIVO.
- CUANDO LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ELLA ANTES DEL INICIO DE LA COBERTURA.

3. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro

Ten en cuenta las siguientes edades de ingreso y permanencia en el seguro:



Edad mínima de ingreso
18 años



Edad máxima de ingreso
64 años y 364 días



Edad máxima de permanencia

| Amparos | Edades |
|---|--|
| Muerte por Cualquier Causa | Un día antes de cumplir los 70 años de edad |
| Incapacidad total y permanente, desmembración | |
| Enfermedades graves (pago anticipado del 60%) o inutilización | Un día antes de cumplir los 66 años de edad. |
| Auxilio de Maternidad o Paternidad | |

4. Prohibición de modificación unilateral

BBVA Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme el Parágrafo 1. Art. 2.31.2.2.2 del D. 2555 de 2010.

5. Declaración del estado del riesgo y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración

Muy Importante

Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, independientemente de que BBVA SEGUROS efectúe o no exámenes médicos. Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a BBVA SEGUROS a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.



6. ¿Cuándo termina tu seguro?

En adición a las causales que fija la ley, tu seguro terminará:

- Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia prevista en la condición tercera de esta póliza.
- Por muerte del asegurado, o por el pago total del valor asegurado respecto de las coberturas de Incapacidad Total y Permanente.

7. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Reporta fácil y rápido tu siniestro mediante:

-  Línea exclusiva de siniestros: **6013077121**
-  Línea a nivel nacional: **018000934020**

Para mayor agilidad y claridad te recomendamos tener a la mano la siguiente información:

Nombre completo del cliente, número de documento de identificación del cliente.

Recuerda en la llamada realizar una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, aclarando la fecha y el lugar de la ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que te asiste, podrás acompañar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo reclamado:

Documentos necesarios para la reclamación de cualquiera de los amparos

- Carta reclamación.
- Certificación bancaria.
- Copia documento del asegurado o beneficiario.

Adicionalmente a los documentos anteriores se requieren los siguientes:

Muerte por cualquier causa:

- Registro civil de defunción.
- Acta de Levantamiento del Cadáver (Muerte accidental).
- Epicrisis sobre la causa del fallecimiento.
- Documentos de los beneficiarios de ley (Demostrando parentesco).

Incapacidad total y permanente, desmembración o Inutilización:

- Calificación de la incapacidad (Emitida por EPS, ARL, AFP ó la Junta
- Medica Regional o Nacional).
- Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (Si aplica).

Enfermedades Graves

- Diagnóstico de enfermedad grave, expedida por médico especialista.

Auxilio de Maternidad o Paternidad

- Registro civil de nacimiento y/o acta de defunción del o los hijo(s).
- Historia clínica donde se evidencie fecha de inicio de la gestación.

***BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.** se reserva el derecho de solicitar cualquier documento adicional necesario para el trámite de la reclamación.

Una vez recibidos los documentos necesarios, **BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.** emitirá su decisión dentro de los 15 días hábiles siguientes.

8. Primas y Valor Asegurado

El valor asegurado y por consiguiente el valor de la respectiva prima del seguro, se reajustará en la renovación de cada certificado con base en el IPC del año inmediatamente anterior fijado por el DANE, edad alcanzada y de acuerdo a las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación.

9. Definiciones que debes tener en cuenta para tu seguro

Para tener un mejor conocimiento de este seguro, resaltamos las siguientes definiciones:

ACCIDENTE:

Hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza, y que le cause al asegurado lesiones o muerte.

ASEGURADO:

Es el cliente titular del seguro.

BENEFICIARIO:

Persona a la que se le pagará el valor asegurado en caso de reclamación.

INUTILIZACIÓN:

Para este seguro es la pérdida funcional total.

DESMEMBRACIÓN:

Pérdida de una o más extremidades, Para este seguro es: (I) Para la mano: la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o por encima de esta; (II) Para el pie: la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o por encima de este.

PRIMA:

Costo final del seguro.

SINIESTRO:

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de la indemnización.

TOMADOR:

Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

VALOR ASEGURADO:

Valor máximo que se paga por la ocurrencia del siniestro, y será el vigente a la ocurrencia del mismo. Se encuentra reflejado, para cada amparo, en la póliza de seguros.

10. Asistencias de tu producto

Mediante el presente documento, BBVA SEGUROS, en adelante La Compañía, asegura los servicios de asistencia contenidos en las siguientes cláusulas:

Objeto del Documento

En virtud del presente documento, la Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación de servicios cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrida en su domicilio habitual, (todo aquel evento súbito e imprevisto a los que se vea enfrentado el asegurado, y cuya asistencia pueda ser prestada a través de las coberturas como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrida en su domicilio habitual, en su lugar de trabajo, siempre y cuando el origen de la urgencia no tipifique un accidente laboral, una enfermedad profesional y/o accidente de tránsito, y se cuente con la privacidad mínima para la valoración médica de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente documento y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo).

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado y estará sujeto a circunstancias de tiempo, modo y lugar, como por ejemplo situaciones de orden público, condiciones meteorológicas, zonas rurales de difícil acceso, disponibilidad y oferta de recursos en la zona, normatividad del sistema de referencia y contrareferencia, IPS en emergencia funcional y en general todas aquellas situaciones extraordinarias de orden natural, público y administrativo que limiten o no permitan la prestación del servicio.

Definiciones

Para los efectos de este documento se entenderá por:

A. Tomador de seguro

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

B. Asegurado

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- El titular de la póliza.
- El cónyuge menor de 70 años.
- Hijos menores de 25 años.
- Padres menores de 70 años.

Se aclara que el asegurado deberá tener un POS vigente (régimen subsidiado o contributivo).

C. Urgencia

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas." (Decreto 1761 de 1990).

D. Emergencia

Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

E. Traslado médico

Es el traslado del paciente desde el lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (Traslado Primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

Edades de Ingreso y Permanencia

En todos los casos el asegurado principal debe ser mayor de 18 años al ingreso a la póliza y los beneficiarios no pueden ser mayores a 65 años. Las demás condiciones de edades de ingreso y permanencia serán las definidas en las condiciones particulares de la póliza.

Ámbito Territorial

El derecho a las coberturas de orientación médica telefónica y telemedicina, se brindarán a las personas que residan en cualquier lugar del Territorio Colombiano; las demás prestaciones se brindarán en las zonas relacionados a continuación:

Bogotá, La Calera, Cota, Cajicá, Chía, Soacha, Fusagasugá, Mosquera(Cundinamarca), Madrid, Facatativá, Subachoque, Tocancipá, Tabio, Tausa, Tenjo, El Rosal, Medellín, Bello, Envigado, Itagüí, Rionegro (Antioquia), La Ceja, Sabaneta (Antioquia), La Estrella, Cartago, Copacabana, Malambo, Tubará, Dosquebradas, Barranquilla, Puerto Colombia, Cartagena, Bucaramanga, Girón, Pereira, Manizales, Chinchina, Cali, Yumbo, Turbo, Tuluá, Jamundí, Ibagué, Floridablanca, Piedecuesta, Soledad, San Gil, Sabanagrande, Flandes, Valledupar, Cúcuta, Neiva, Yopal, Aguazul, Villavicencio, Barrancabermeja, Buga, Palmira, pasto, Montería, Riohacha, Santa Marta, Galapa, Pamplona, Tunja, Buenaventura, Sincelejo, Sahagún (Córdoba), Armenia, Filandia, Duitama, Popayán, Puerto Lopez, Barrancas, Acacias, Zipaquirá, Funza, Socorro, Sogamoso, Granada, Montelibano, Girardot, Villeta, Aguachica, Albania (la guajira), Espinal, Ubaté, Tuquerres,

Mariquita, Fonseca, melgar, Ipiales, Maicao, Paipa, Sampues, Luruaco, Calarcá, Aracataca, Honda, Sopo, Rivera, Campoalegre, Circasia, Guacarí, Sesquilé, Barichara, Cajamarca, Girardota, Monquirá, Roldanillo, Tolú, zarzal, Guaduas, Aquitania, Caloto, Dagua, Fresno, Marinilla, Roncesvalles, Silvia, Arcabuco, Corinto, Salento, Supia, Támesis, Sabanalarga (Atlántico), San Andrés.

Los servicios requeridos por los asegurados que se encuentren en zonas diferentes a las relacionadas previamente se prestarán bajo las condiciones relacionadas en la cláusula decima del presente documento (Reembolsos).

Límites de Coberturas

| COBERTURAS | LÍMITE | LÍMITE DE EVENTOS |
|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Orientación Médica Telefónica | Incluido | Ilimitada |
| Asistencia Médica Domiciliaria | Incluido | 12 |
| Telemedicina (Médico General) | | |
| Traslados Médicos de Emergencia | Incluido | 12 |
| Toma de exámenes básicos a domicilio | Incluido | 4 |
| Enfermera a domicilio | Máximo 6 horas por evento | 4 |
| Empleada doméstica por incapacidad | Máximo 6 horas por evento | 4 |

Coberturas

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son las relacionadas en este artículo, y se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

A. Orientación médica básica telefónica

La Compañía pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que reciben la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalarios de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el beneficiario recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al asegurado o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

B. Asistencia médica domiciliaria

Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio del asegurado, el titular o beneficiario requieran de una consulta médica de urgencia, la Compañía pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención, serán cubiertos por la Compañía.

La Compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos

que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico - paciente.

C. Telemedicina (Médico General)

La Compañía pone a disposición del Cliente, el servicio de orientación médica básica virtual las 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que atienden la videollamada, según la sintomatología dada por el Cliente, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalario de emergencia médica.

Los servicios de Telemedicina se relacionan a continuación:

- Video consulta sobre urgencias médicas y primeros auxilios.
- Orientación sobre medicación, efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.
- Envío de Recetas Médicas.
- Solicitud de exámenes complementarios de acuerdo con la evaluación del médico.
- Generación de incapacidades médicas.
- Acceso al historial clínico desarrollado en video consulta y que podrá ser ampliado con la información que el beneficiario desee incluir como alergias, enfermedades preexistentes, plan de vacunación, medicaciones actuales, patologías familiares y personales, recetas médicas emitidas por otros especialistas y demás información que considere el Beneficiario relevante para la evaluación del médico en el video consulta.

Parágrafo: Tal como se relaciona en la cláusula quinta (Límites de cobertura), las coberturas de asistencia médica domiciliaria y telemedicina tendrán un límite de servicios compartido, de hasta 12 eventos por vigencia anual; es decir, el límite de eventos no aplica de forma independiente para cada

cobertura y el cliente podrá distribuir los 12 servicios entre ambas coberturas de acuerdo con sus necesidades.

D. Traslados médicos de emergencia.

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera de los beneficiarios, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario; la Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

- **Traslado básico:** Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la Compañía pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un Taxi o una ambulancia básica.
- **Traslado médico en ambulancia:** Una vez clasificada la situación médica del paciente, la Compañía coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

E. Toma de exámenes básicos a domicilio.

En caso de que el asegurado lo requiera el servicio de toma de exámenes para ser realizados en su domicilio, se coordinará la toma de la muestra de laboratorio correspondiente por medio de la red disponible. La orden médica

no deberá superar los 30 días de expedición, debe tener firma y sello del médico con el diagnóstico explícito y examen que requiere puntualmente.

Los exámenes cubiertos en este caso son:

- Glicemia en ayunas
- Cuadro hemático
- Colesterol total
- Triglicéridos
- Creatinina

Este servicio se prestará a domicilio de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 3:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. y deberá ser solicitado con 24 horas de anterioridad al evento en Bogotá y 72 horas en las demás ciudades.

F. Enfermera a domicilio.

Cuando el asegurado presente una incapacidad médica, que requiera administración de medicamentos parenterales y/o clínica de heridas, La compañía pondrá a su disposición el servicio de un profesional en enfermería, que le brindará atención y acompañamiento de acuerdo con el procedimiento requerido, brindando la atención directamente en el domicilio del asegurado.

G. Empleada doméstica por incapacidad.

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad, el asegurado debe permanecer incapacitado en su domicilio por un periodo igual o superior a 3 días, la Compañía le enviará una empleada doméstica quien realizará las labores de aseo de la vivienda del asegurado. Esta jornada incluye el valor de la mano de obra, los materiales necesarios deberán ser suministrados por el asegurado y se amparan los siguientes servicios:

- Retirar polvo y aplicar soluciones para el mantenimiento y desinfección de muebles y enseres.
- Limpiar vidrios internos.
- Aspirado de alfombras y tapetes.
- Barrido, trapeado y lavado de pisos y baños.
- Recolección de basuras en el hogar.

La jornada de aseo se prestará durante 6 horas por cada uno de los eventos disponibles para este servicio.

Esta cobertura aplica solo cuando la persona que se encuentra incapacitada es el titular de la póliza; es decir, no es extensible a beneficiarios.

EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia, las prestaciones y hechos siguientes:

- Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.
- Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, diferentes a los señalados en la cobertura del presente documento, (orientación médica básica telefónica, asistencia médica domiciliaria, traslados médicos urgencia y emergencia), sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
- Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado). A los efectos del presente documento, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del presente documento; como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del presente documento.
- La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.

- La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
- Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o alto riesgo.
- No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
- Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, cuando la urgencia sea consecuencia de una patología preexistente, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente documento las consecuencias de los hechos siguientes:

- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
- Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.



OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia a los teléfonos de asistencia debiendo informar el nombre de beneficiario, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

INCUMPLIMIENTO

La compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este documento.

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones

LIMITE DE RESPONSABILIDAD

La Compañía responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente documento. En consecuencia, no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.

REEMBOLSOS

Si por condiciones de modo, tiempo y/o lugar, a La Compañía no puede prestar el servicio a través de su red de proveedores, le reembolsará al asegurado, el valor que éste hubiese pagado por la ocurrencia de alguno de los servicios contratados, siempre y cuando cumpla con las siguientes obligaciones:

- El asegurado deberá solicitar la autorización a través de la línea de asistencia, informando el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.
- Una vez reciba la solicitud previa, La Compañía le dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección de correo electrónico que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización.
- En ningún caso, La Compañía realizará un reembolso sin que el asegurado se haya comunicado a la línea de asistencia y haya remitido las facturas originales correspondientes al servicio autorizado.

Todo lo no previsto en esta póliza se regulará por las disposiciones del *Código de Comercio.*

Para mayor información de nuestros productos y servicios:

Puedes comunicarte al **01 8000 934 020** a nivel nacional, al **6013078080** en Bogotá, para asistencia al **#370** desde un celular, escríbenos al buzón **clientes@bbvaseguros.com.co** o ingresa a nuestra página web **www.bbvaseguros.com.co**

