

# PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

## GRUPO CONDICIONES GENERALES

### 1. AMPARO BÁSICO

MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

### 2. EXCLUSIONES

NO SE INDEMNIZARÁ SUMA ALGUNA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI LA MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TIENE SU CAUSA O SON CONSECUENCIA DE UNO O ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

- 2.1 GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O ASONADA.
- 2.2 HALLARSE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 2.3 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN AQUELLOS NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIÓGENICAS, QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL); NI LOS EFECTOS PSÍQUICOS (EXCEPTO DEMENCIA INCURABLE) O ESTÉTICOS RESULTANTES DE CUALQUIER ACCIDENTE.
- 2.4 EMBARAZO, ABORTO O ALUMBRAMIENTO; NI LA AGRAVACIÓN EN LESIONES O LA MUERTE RESULTANTES DE ALGUNA DE TALES CAUSAS.
- 2.5 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O DE RESISTENCIA, USO DE MOTOCICLETAS, PLANEADORES Y COMETAS O ALAS DELTA.
- 2.6 ACCIDENTES DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O EN AERONAVES NO AUTORIZADAS OFICIALMENTE PARA OPERAR EN FORMA COMERCIAL EN EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- 2.7 SI MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE LA POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO FUERE LLAMADO A PRESTAR SERVICIO MILITAR O SE INCORPORA A CUALQUIER CUERPO ARMADO LA COMPAÑÍA LE DEVOLVERÁ LA PRIMERA LIQUIDADADA A PRORRATA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO NO CUBIERTO.
- 2.8 LAS LESIONES O LA MUERTE PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA, LO MISMO QUE EL SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO.
- 2.9 LAS HERNIAS, VÁRICES O EVENTRACIONES Y OCLUSIONES INTESTINALES.

### 3. COBERTURAS

#### 3.1 DEFINICIONES DE ACCIDENTES PERSONALES

PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SE CONSIDERAN COMO ACCIDENTE AQUELLAS LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA EXCLUSIVA DE CAUSAS EXTERNAS, FORTUITAS, VIOLENTAS E INDEPENDIENTES DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

### 3.2 MUERTE ACCIDENTAL

SI COMO CONSECUENCIA ÚNICA Y DIRECTA DE LAS LESIONES CORPORALES SUFRIDAS, EL ASEGURADO FALLECE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL CAPITAL ASEGURADO A LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

### 3.2 INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

SI LAS LESIONES CORPORALES, QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, CAUSAREN AL ASEGURADO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE, ALGUNAS DE LAS PÉRDIDAS O INUTILIZACIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ DE LA SUMA ASEGURADA POR ESTE AMPARO, EN LOS PORCENTAJES INDICADOS A CONTINUACIÓN:

- A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SUFRIDA POR EL ASEGURADO QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE DESEMPEÑAR SU OCUPACIÓN HABITUAL O EMPLEO PARA EL CUAL ESTÉ RAZONABLEMENTE CALIFICADO, U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA: 100%
- B. POR LA PÉRDIDA TOTAL Y IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS: 100%
- C. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES O DE UNA MANO JUNTO CON UN PIE: 100%
- D. POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO, CONJUNTAMENTE CON LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: 100%
- E. POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS: 100%
- F. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: 60%
- G. POR LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: 60%
- H. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DEL DEDO PULGAR DE UNA DE LAS MANOS: 20%
- I. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNO O CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LA MANO: 10%
- J. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE CADA UNO DE LOS DEDOS DE LOS PIES: 10%

### 4. RESPONSABILIDAD MÁXIMA

LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA POR VARIAS DE LAS PÉRDIDAS O INUTILIZACIONES ANATÓMICAS DESCRITAS EN EL NUMERAL 3.3. DE LA CLÁUSULA TERCERA, NO PODRÁ SER EN NINGÚN CASO SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO BÁSICO.

### 5. DEFINICIÓN DE PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN

PARA EFECTOS DE LA CLÁUSULA TERCERA, NUMERAL 3.3, "PÉRDIDA", SIGNIFICA:

- A. PARA LA MANO: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA.
- B. PARA EL PIE: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR EL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.
- C. PARA LOS DEDOS DE LAS MANOS: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR LA COYUNTURA METACARPOFALANGIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- D. PARA LOS DEDOS DE LOS PIES: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR LA COYUNTURA METACARPOFALANGIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- E. DE IGUAL FORMA Y PARA EFECTO DE LA CLÁUSULA TERCERA, NUMERAL 3.3, "INUTILIZACIÓN", SIGNIFICA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL.

### 6. SEGUROS COEXISTENTES

CUANDO EL ASEGURADO ESTUVIERE AMPARADO POR OTROS SEGUROS QUE CUBRA "GASTOS MÉDICOS", DEBERÁ DECLARARLO EN LA SOLICITUD DE ESTE SEGURO Y AL PRESENTAR RECLAMACIÓN QUEDA LA COMPAÑÍA FACULTADA LEGALMENTE PARA REPETIR, PROPORCIONALMENTE CON LAS OTRAS ASEGURADORAS, LA INDEMNIZACIÓN HASTA LA CUANTÍA REAL DE LA PÉRDIDA, SIN EXCEDER DE LA SUMA ASEGURADA.

## 7. AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

EL ASEGURADO Y SUS BENEFICIARIOS DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN ANATÓMICA, DEBERÁN DAR AVISO A LA COMPAÑÍA DEL HECHO QUE PUEDA MOTIVAR UNA RECLAMACIÓN. AL RECIBIR EL AVISO, LA COMPAÑÍA ENTREGARÁ LOS FORMULARIOS NECESARIOS PARA GUIAR AL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN LA RECLAMACIÓN LOS CUALES IRÁN ACOMPAÑADOS DE LOS DOCUMENTOS Y OTRAS PRUEBAS QUE DEMUESTREN LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y PERMITAN FIJAR LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

EL ASEGURADO O BENEFICIARIOS PUEDEN REPORTAR EL SINIESTRO MEDIANTE:

LINEA EXCLUSIVA DE ATENCIÓN DE SINIESTROS: **6013077121**

LÍNEA A NIVEL NACIONAL: **018000934020**

SI REPORTAS TU SINIESTRO POR MEDIO DEL CORREO ELECTRÓNICO MENCIONADO ANTERIORMENTE, PARA MAYOR AGILIDAD Y CLARIDAD TE RECOMENDAMOS QUE EN EL ASUNTO IDENTIFIQUES TU CORREO COMO: AVISO DE SINIESTRO, NOMBRE DE PRODUCTO A RECLAMAR, NÚMERO DE LA PÓLIZA A RECLAMAR, NOMBRE COMPLETO DEL CLIENTE Y NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.

EN ESTE CORREO HAZ UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS QUE GENERARON EL EVENTO O LA PÉRDIDA, DONDE NOS DEJES CLARO LA FECHA Y LUGAR DE OCURRENCIA.

## 8. EXÁMENES MÉDICOS

LA COMPAÑÍA TENDRÁ EL DERECHO DE HACER EXAMINAR AL ASEGURADO CUANTAS VECES LO CONSIDERE NECESARIO MIENTRAS ESTÉ PENDIENTE CUALQUIER RECLAMACIÓN Y TAMBIÉN DE HACER PRACTICAR LA AUTOPSIA EN LOS CASOS QUE CREA NECESARIOS, A MENOS QUE LA LEY LO PROHIBA.

## 9. TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO

EL PRESENTE SEGURO TERMINA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A. EN EL ANIVERSARIO MÁS PRÓXIMO A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD DE 70 AÑOS.
- B. POR EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR MUERTE ACCIDENTAL O POR EL PAGO DEL 100% DEL VALOR DEL AMPARO CONTRATADO, EN LOS EVENTOS PREVISTOS EN LOS LITERALES A.,B.,C.,D. Y E. DE LA CLÁUSULA TERCERA.
- C. POR SOLICITUD ESCRITAS DEL ASEGURADO EN CUALQUIER MONTO. EN ESTE EVENTO, LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ LAS PRIMAS PAGADAS Y NO DEVENGADAS CALCULADAS A LA TARIFA A CORTO PLAZO.
- D. POR DECISIÓN DE LA COMPAÑÍA, MEDIANTE AVISO ESCRITO CON ANTICIPACIÓN DE DIEZ (10) DÍAS A LA FECHA DE TERMINACIÓN. LA TERMINACIÓN DEL PRESENTE SEGURO PERJUDICARÁ LAS RECLAMACIONES ORIGINADAS CON ANTERIORIDAD A DICHA TERMINACIÓN.

PARÁGRAFO: EL HECHO DE QUE LA COMPAÑÍA HAYA RECIBIDO UNA O MÁS PRIMAS POR ESTE AMPARO DESPUÉS DE QUE HAYA SIDO REVOCADO O TERMINADO, NO OBLIGARÁ A CONCEDER LOS BENEFICIOS AQUÍ ESTIPULADOS NI ANULARÁ TAL REVOCACIÓN O TERMINACIÓN. CUALQUIER PRIMA PAGADA POR UN PERIODO POSTERIOR A LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN SERÁ REEMBOLSADA.

## 10. RENOVACIÓN

EL PRESENTE SEGURO PODRÁ RENOVARSE DURANTE SU VIGENCIA POR ACUERDO ESCRITO ENTRE LAS PARTES MEDIANTE EL PAGO DE LA NUEVA PRIMA.

## 11. PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL PRESENTE SEGURO SE REGIRÁ POR EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

## 12. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

## ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR EL PRESENTE ANEXO HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES Y QUEDA SUJETO A SUS ESTIPULACIONES Y EXCEPCIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

### 1. AMPARO

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD NO EXCLUIDOS POR EL PRESENTE ANEXO, Y CUYA OCURRENCIA HAYA SIDO DESPUÉS DE LA VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO HAYA ALCANZADO LA EDAD DE 65 AÑOS, ESTE RESULTARE INTERNADO DE MODO NECESARIO Y CONTINUO EN UN CENTRO HOSPITALARIO POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS POR RECOMENDACIÓN DE UN MÉDICO EN EJERCICIO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA, POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA HOSPITALIZADO BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA, PERO SIN QUE DICHS PAGOS EXCEDAN DE UN PERIODO MÁXIMO DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS, COMO RESULTADO DEL MISMO ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD. ESTE AMPARO DE COBERTURA A LA MUJER EMBARAZADA AL MOMENTO DEL PARTO (NORMAL O POR CESÁREA), CON MÁXIMO TRES (3) DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, SIEMPRE Y CUANDO DICHO EMBARAZO SE INICIE COMO MÍNIMO CON 30 DÍAS DE ANTELACIÓN A LA TOMA DEL SEGURO.

### 2. EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGO ALGUNO POR RECLAMACIONES PRESENTADAS CON RELACIÓN A:

2.1 ABORTO.

2.2 EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA O CUALQUIER CASO CUANDO HAYA INDICIOS OBJETIVOS DE

DETERIORO EN EL ESTADO DE SALUD NORMAL, EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X, EXCEPTO EN EL CURSO DE UNA DOLENCIA COMPROBADA MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN DE UN MÉDICO Y QUE ESTÉ CUBRIERTA POR EL PRESENTE ANEXO.

2.3 LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO, ESTÉ O NO EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO, O CUALQUIER ACTO RELACIONADO CON TALES SUCESOS.

2.4 CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, EXCEPTO LA QUE FUERE MOTIVADA POR EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.

- 2.5 ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS, O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- 2.6 CUALQUIER DESORDEN MENTAL, NERVIOS O CURAS DE REPOSO.
- 2.7 LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR ACTOS DE GUERRA, INVASIONES, HOSPITALIDADES, HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA; NI MIENTRAS EL ASEGURADO CUMPLA EL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIER RAMA DE LAS FUERZAS ARMADAS NACIONALES O EXTRANJERAS, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
- 2.8 LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR CONSPIRACIÓN CIVIL, HUELGA, INSURRECCIÓN, MOTÍN, PRISIÓN, SABOTAJE O USURPACIÓN DEL PODER CUANDO EL ASEGURADO HAYA PARTICIPADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN TALES HECHOS.
- 2.9 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

### 3. EXTENSIÓN DE COBERTURAS

- 3.1 DOBLE PAGO POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTE ANEXO, LA PERSONA ASEGURADA REQUIERE SER INTERNADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS,  
LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EL DOBLE PAGO DE LA RENTA DIARIA HASTA POR UN PERIODO MÁXIMO DE 60 DÍAS.
- 3.2 ATENCIÓN Y CUIDADO DIARIO  
LA INDEMNIZACIÓN NO SERÁ PAGADA SI LA PERSONA ASEGURADA NO SE ENCUENTRA BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- 3.3 INCAPACIDAD DOMICILIARIA  
LA COBERTURA OTORGADA POR ESTE ANEXO SE EXTIENDE A INDEMNIZAR LA RENTA DIARIA CONTRATADA POR UN PERIODO DE INDEMNIZACIÓN IGUAL A CUATRO (4) DÍAS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO PRINCIPAL HAYA PERMANECIDO HOSPITALIZADO POR LO MENOS CUATRO (4) NOCHES CONSECUTIVAS.  
SI SE TRATA DE UN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE SE ENCUENTRE REGISTRADO EN LA PÓLIZA, ESTA INDEMNIZACIÓN SERÁ EQUIVALENTE A DOS (2) DÍAS. ESTA RENTA ADICIONAL SE RECONOCERÁ HASTA POR DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA. EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR LA INCAPACIDAD MÉDICA EMITIDA POR EL MÉDICO TRATANTE.
- 3.4 PERIODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN  
LOS PERIODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A LAS MISMAS CAUSAS RELACIONADAS ENTRE SÍ, SE CONSIDERAN COMO RESULTANTES DEL MISMO ACCIDENTE O DE LA MISMA ENFERMEDAD, CASO EN EL CUAL SE INDEMNIZARÁ COMO MÁXIMO LAS PRIMERAS DOS (2) HOSPITALIZACIONES, HASTA POR EL TIEMPO FIJADO POR EL MÉDICO TRATANTE, SIN EXCEDER EN CONJUNTO DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS. PASADOS SEIS (6) MESES SIN INTERNAMIENTO ALGUNO DESPUÉS DE HABER TERMINADO UN PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN, LOS PERIODOS SUBSIGUIENTES SE CONSIDERAN COMO UN NUEVO RECLAMO.

### 4. DEFINICIONES

- A. CLÍNICA U HOSPITAL:  
ESTABLECIMIENTO QUE FUNCIONA LEGALMENTE PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS ENFERMAS O LESIONADAS, COMO PACIENTES DEL MISMO, CON MEDIOS ORGANIZADOS PARA DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA MAYOR, CON SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS

POR PROFESIONALES MÉDICOS, LEGALMENTE CALIFICADOS EN MEDICINA, Y POR ENFERMERAS U ENFERMEROS GRADUADOS.

LA PALABRA "MÉDICO" SIGNIFICA UNA PERSONA CON TÍTULO UNIVERSITARIO VIGENTE, CAPACITADO PARA EJERCER LA MEDICINA, Y QUE NO SEA EN CALIDAD DE ASEGURADO NI MIEMBRO FAMILIAR INMEDIATO DELA.

**B. CENTRO DE CIRUGÍA**

ES UNA INSTITUCIÓN QUE REÚNE LOS SIGUIENTE REQUISITOS:

1. TIENE PERSONAL MÉDICO QUE INCLUYE: MÉDICOS, ENFERMERAS Y ANESTESISTAS, DEBIDAMENTE LICENCIADOS EN SU PAÍS DE RESIDENCIA O DONDE ESTÉ EJERCIENDO SU PROFESIÓN
2. DEBERÁ TENER COMO MÍNIMO DOS SALAS DE CIRUGÍA Y UNA SALA DE RECUPERACIÓN
3. QUE CUENTE CON LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICO Y SALAS DE RADIOLOGÍA.
4. ESTÉ CONVENIENTEMENTE EQUIPADO PARA ASISTENCIA DE EMERGENCIAS.
5. MANTIENE ARCHIVOS MÉDICOS O HISTORIAS CLÍNICAS.
6. QUE POSEA REGISTROS Y LICENCIA DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES Y REGULATORIAS DEL PAÍS.

**C. CIRUGÍA:**

PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO REALIZADO EN UNA SALA DE OPERACIONES DE UN HOSPITAL O CLÍNICA.

**D. DÍA DE HOSPITALIZACIÓN:**

PARA EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO SE ENTIENDE COMO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN LA ESTANCIA HOSPITALARIA QUE INCLUYE LA NOCHE.

## EDADES LÍMITES Y DOCUMENTOS NECESARIOS PARA UNA RECLAMACIÓN

### EDADES LIMITES Y DOCUMENTOS EN CASO DE RECLAMACIÓN

#### EDADES DE COBERTURA

EDAD DE INGRESO Y DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA TABLA DE PRIMAS

EDAD DE PERMANENCIA PARA ANEXO: HASTA SESENTA Y CINCO (65) AÑOS EXCEPTO EXEQUIAS

### DOCUMENTOS EN CASO DE RECLAMACIÓN

SIN DESCONOCER LA LIBERTAD PROBATORIA QUE CONSAGRA LA LEGISLACIÓN VIGENTE, AL ASEGURADO O BENEFICIARIO SEGÚN EL CASO PODRÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA PRESENTANDO, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

#### MUERTE

- CARTA DE RECMACIÓN
- REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA
- REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO O SU EQUIVALENTE
- DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO FALLECIDO
- REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- ORIGINAL O COPIA DE LA SOLICITUD/CERTIFICADO
- DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

#### **EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL**

TODOS LOS DOCUMENTOS ANTERIORES, MÁS:

- ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER
- CERTIFICADO DE NECROPSIA

#### **EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

- CARTA DE RECLAMACIÓN
- ORIGINAL O COPIA DE LA SOLICITUD/CERTIFICADO
- CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN, POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL
- FOTOCOPIA CÉDULA DE CIUDADANÍA
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

#### **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

- CARTA DE RECLAMACIÓN
- CERTIFICACIÓN DE LA CLÍNICA U HOSPITAL SOBRE LA CAUSA Y TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (DÍA A DÍA); EN CASO DE U.C.I., HISTORIA CLÍNICA CON EVALUACIÓN
- ORIGINAL O COPIA DE LA SOLICITUD/CERTIFICADO
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
- DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO AFECTADO

#### **ENFERMEDADES GRAVES**

- CARTA DE RECLAMACIÓN
- DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD POR EL MÉDICO TRATANTE
- ORIGINAL O COPIA DE LA SOLICITUD/CERTIFICADO
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y AFECTADO HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

#### **IMPORTANTE**

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE HARÁ MEDIANTE ABONO EN LA CUENTA DEL BENEFICIARIO, POR LO TANTO, ESTE DEBERÁ INFORMAR LA ENTIDAD FINANCIERA, LA CLASE DE CUENTA Y NÚMERO DE LA MISMA.

BBVA SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO O CERTIFICADO ADICIONAL QUE CONSIDERE NECESARIO PARA EL TRÁMITE DE LA DECLARACIÓN.