

Propuesta **Plan Vida y Renta por Hospitalización**

Un producto diseñado
para cubrir las necesidades
de los subscriptores a los
servicios de Vanti.



PROPUESTA DE PRODUCTO

PLAN DE VIDA Y RENTA POR HOSPITALIZACIÓN

AMPARO BASICO DE VIDA PLUS

ZURICH ampara al asegurado contra el riesgo de fallecimiento legalmente comprobado, ocurrido como consecuencia de accidente o enfermedad, durante la vigencia de la póliza, y que no se encuentre excluido.

La cobertura opera bajo las siguientes condiciones:

- La muerte por homicidio está amparada siempre y cuando no sea causada por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.
- Al valor asegurado contratado en este amparo se le deducirá el valor de la indemnización pagada por los amparos adicionales contratados, si en ellos se indica que aplica una deducción sobre este amparo.
- Habrá restablecimiento del valor asegurado de este amparo, si así se pactara en condiciones particulares de la póliza y el certificado individual de seguro, o si así estuviera establecido en un amparo opcional contratado. El restablecimiento se efectuará en las condiciones indicadas en los amparos respectivos.

El amparo individual de cualquier de los asegurados termina por las siguientes causas:

- * Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por muerte o en el momento en que la indemnización de alguno de los amparos opcionales agote el valor asegurado del amparo básico de vida.
- * Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por incapacidad total y permanente.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

ZURICH ampara al asegurado y/o beneficiario por el valor diario establecido en el certificado individual de seguro, cuando por consecuencia de un accidente o enfermedad y/o padecimiento no preexistente no excluido, ocurrido durante la vigencia de la póliza, deba someterse a una hospitalización continua.

- La hospitalización del asegurado o beneficiario debe ser un hospital y/o clínica y debe ser superior a 24 horas.
- Los períodos sucesivos de hospitalización que provengan del mismo accidente y que estén separados por períodos menores de noventa (90) días calendario constituirán un solo periodo continuo de hospitalización y serán indemnizados hasta el límite de tiempo de la cobertura contratado.

- Los períodos sucesivos de hospitalización, que provengan del mismo accidente y que estén separados por períodos mayores de 90 días se considerarán como distintos períodos de hospitalización; cada uno de estos será indemnizados hasta el límite previsto para el tiempo de cobertura, siempre y cuando cumpla las condiciones establecidas en el presente amparo.

El deducible se aplicará una vez por cada dolencia o condición médica diagnosticada por el cual sea presentada una reclamación por hospitalización.

- Período de carencia: el asegurado no tendrá derecho a la indemnización, por tratamientos iniciados o realizados dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de su ingreso a la póliza.
- Se otorga cobertura por Covid

EXCLUSIONES

AMPARO BASICO DE VIDA PLUS

- El fallecimiento causado directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado o motín.
- El fallecimiento como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- El fallecimiento causado por la participación del asegurado en la comisión de actos delictivos, en actos terroristas, y/o por culpa grave del asegurado.
- El fallecimiento del asegurado que tenga como causa o sea consecuencia de enfermedades o patologías y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la vigencia del certificado individual de seguro.
- El suicidio, si el asegurado se quitare la vida antes de haber transcurrido un (1) año desde la fecha de inicio de la primera vigencia del certificado individual

Parágrafo: la compañía no estará obligada a proveer cobertura, realizar pagos, prestar servicios u otorgar beneficios al asegurado o a terceros, relacionados con la póliza, en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del tomador y/o asegurado, sea violatoria de leyes o regulaciones sobre sanciones económicas o comerciales, locales o internacionales que le sean aplicables a Zurich.

NOTA: Se dejan sin efecto las siguientes exclusiones contenidas en el condicionado general de la póliza para la presente cobertura:

- D. El fallecimiento por participación del asegurado en riñas.
- E. El fallecimiento por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

Para este amparo son aplicables, en lo que corresponda, las exclusiones del amparo básico de la póliza a la cual accede este amparo opcional y en adición a dichas exclusiones no hay cobertura para los siguientes eventos:

- Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza.
- Hospitalizaciones consecuencia de tratamientos psiquiátricos o psicológicos,
- Estados de demencia, curas de sueño, reposo o descanso.
- Hospitalizaciones consecuencia de y/o drogadicción.
- Hospitalizaciones y/o cirugías consecuencia de obesidad de cualquier tipo, incluyendo la obesidad mórbida.
- Hospitalizaciones por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el virus de inmunodeficiencia humana (vih) o sida.
- Hospitalización por cirugías consecuencia de defectos de refracción visual.
- Tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos orientados al feto.
- Hospitalización por los reconocimientos médicos o exámenes de chequeo general o de rutina, de tamizaje o preventivos.
- La hospitalización por un periodo continuo o sucesivo derivada de lesiones
- accidentes ocasionados por el mismo asegurado o beneficiario con la intención de suicidarse, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
- Mutilación voluntaria o lesiones intencionalmente infringidas, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia
- Hospitalizaciones y/o cirugías a consecuencia de tratamientos por infertilidad y/o planificación familiar.
- Tratamientos hospitalarios médicos o quirúrgicos consecuencia de complicaciones del embarazo o parto.
- Tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos relacionados o consecuencia de tratamientos odontológicos.
- Cirugía estética para fines de embellecimiento, cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sea a consecuencia directa de enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de este anexo y cubiertos por el mismo.
- Hospitalización domiciliaria o en instituciones no autorizadas para la prestación de servicios médicos.
- Hospitalizaciones a consecuencia de la participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, Motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de

deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.

EDADES

AMPARO BASICO DE VIDA PLUS

- Mínima de Ingreso: 18 años
- Máxima de Ingreso: 69 años
- Máxima de Permanencia: 80 años 364 días

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

- Mínima de Ingreso: 18 años
- Máxima de Ingreso: 65 años
- Máxima de Permanencia: 65 años 364 días

DOCUMENTOS PARA ATENCION DE SINIESTROS

AMPARO BASICO DE VIDA PLUS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Fotocopia del registro civil de defunción.
- Historia clínica con antecedentes.
- En caso de muerte presunta, sentencia proferida por autoridad judicial.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.
- En caso de muerte accidental: Certificación de Fiscalía y croquis en caso de accidente de tránsito.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PLUS

- Carta de reclamación.
- Historia clínica completa o diagnóstico médico.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Copia de la factura de gastos clínicos donde conste el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado.

Así mismo, en caso de ser necesario y las circunstancias lo ameriten, se podrán solicitar documentación adicional para la acreditación del siniestro y de su cuantía si fuera necesario.

CLAUSULAS ADICIONALES

CONDICION DE NO DILIGENCIAMIENTO DE SOLICITUD DE SEGURO:

La compañía aseguradora conviene con el tomador y/o asegurado en no exigir el diligenciamiento de la solicitud de seguro por los solicitantes del seguro, salvo que el solicitante padezca o haya padecido o le hayan sido diagnosticadas enfermedades mentales, cerebrovasculares, renales, cáncer, cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, hipertensión arterial, diabetes, alcoholismo, tabaquismo drogadicción, Sida, y en general, cualquier otro tipo de enfermedad o patología pre-existente a la fecha de iniciación del amparo individual o incremento de valor asegurado, caso en el cual deberá declarar estos hechos.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El amparo individual de cualquier de los asegurados termina por las siguientes causas:

- A. Por falta de pago de la prima, una vez vencido el periodo de gracia estipulado.
- B. Cuando el asegurado solicite por escrito la revocación del seguro.
- C. Cuando el Tomador solicite revocar la póliza o no renovar.
- D. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por muerte o en el momento en que la indemnización de alguno de los amparos opcionales agote el valor asegurado del amparo básico de vida.
- E. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por incapacidad total y permanente.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro de acuerdo con lo establecido por el artículo 1058 del Código de Comercio.

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por ZURICH.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo pero ZURICH sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio, el cual indica que transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del

perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (Artículo 1058, Código de Comercio).

Aunque ZURICH prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 del Código de Comercio, ni de las sanciones a las que su infracción dé lugar. ZURICH se reserva el derecho a solicitar la información médica requerida del asegurado con el fin de verificar las declaraciones presentadas.

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1161 del Código de Comercio.

ERRORES U OMISIONES

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo según la solicitud de seguro suscrita por él. la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidas por LA COMPAÑIA la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas produce la nulidad relativa del seguro. sin embargo, si el tomador incurriere en errores o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el presente contrato no será nulo ni habrá lugar para la aplicación del inciso tercero del código de comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada.

ERROR EN LA DECLARACION DE EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1161 del Código de Comercio, que indica que, si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- 1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 (Nulidad relativa del contrato del seguro);
- 2) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y
- 3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

IRREDUCTIBILIDAD

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error

inculpable en la Declaración de Asegurabilidad o en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

JURISDICCIÓN, NOTIFICACIONES Y DOMICILIO

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador. La notificación se realizará en la última dirección registrada por el asegurado o Tomador, respectivamente.

Sin perjuicio de las disposiciones correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

La eventual reticencia o inexactitud solo podrá ser alegada por la aseguradora si tal error en la declaración del estado del riesgo tiene relación de causalidad con el siniestro, por lo que, en caso contrario, la aseguradora reconocerá el valor asegurado.

De acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio se presenta reticencia o inexactitud cuando el tomador o asegurado omite declarar hechos o circunstancias acerca del estado del riesgo, que, de haber sido conocidos por el asegurador al momento de contratar, éste se hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia sobre el tema de prevención de lavados de activos, el Tomador, el (los) asegurado (os) y el (los) beneficiario (s), según sea el caso, se obligan a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

REPORTE DE ASEGURADOS

El reporte de valores asegurados del mes inmediatamente anterior se hará de manera vencida los primeros 15 días del mes siguiente.

Este archivo deberá contar con la siguiente información:

No. cédula, nombre del asegurado, fecha de nacimiento, valor asegurado, género y correo electrónico (se requiere el correo para el envío de los certificados individuales según sea el caso, aplicando lo indicado en la circular 040 de la Super Financiera).

REVOCAION

El tomador y/o asegurado podrán revocar el seguro y quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por ZURICH o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde y el tomador será responsable de pagar a la compañía todas las primas debidas en esa fecha. El presente contrato no podrá ser revocado unilateralmente por el asegurador en el amparo básico de muerte.

Tratándose de los amparos adicionales, ZURICH podrá revocarlos mediante aviso escrito al tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, ZURICH devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación. En caso de que ZURICH reciba suma alguna después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

FORMA DE PAGO DE PRIMAS Mensual

PLAZO DE PAGO DE PRIMAS

La compañía otorga un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de emisión del anexo de producción.

PLAZO DE PAGO DE SINIESTROS

ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada, descontando el valor de las indemnizaciones pagadas por los amparos adicionales contratados si en ellos se indica que aplica dicha deducción. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de treinta (30) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

AVISO DE SINIESTROS

El Tomador o Asegurado, deberán dar aviso a LA COMPAÑIA de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer de esta. En caso de muerte, esta obligación corresponderá al Tomador.

CANALES DE ATENCIÓN DIRECTO Y GENERALES

- Para radicación envía la documentación a avisosdesiniestro@zurich.com
- Para validar estado de la reclamación comunicarse a la línea 01 8000 112 723 o desde celulares Claro, ETB, Movistar y Tigo marque el #723

- Para quejas o reclamos enviar correo a atencioncliente@zurich.com
- Atención en línea: página web <https://www.zurichseguros.com.co/> o WhatsApp 317 364 31 85
- Para resolver dudas, comentarios y sugerencias, comuníquese a la línea de atención PBX (571) 5188482 – (571) 3190730
- Asistencias VANTI: Línea 578005184758

CONDICIONES ECONOMICAS

PRODUCTO 3: VIDA + RENTA POR HOSPITALIZACIÓN				
COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Vida	3.000.000	5.000.000	8.000.000	10.000.000
Renta Diaria por Hospitalización*	30.000	30.000	30.000	30.000
Asistencia Médica y Odontológica	SI	SI	SI	SI
Prima Mensual	23.900	25.990	29.990	32.990

*Con 3 días de deducibles y 15 días máximos de hospitalización (2 eventos por vigencia anual)

CLAUSULA DE REVISION Y AJUSTE DE TERMINOS

La presente póliza contempla revisión de términos y condiciones, durante la vigencia se analizará específicamente lo relacionado con la siniestralidad, la cual se calculará tomando los siniestros incurridos divididos entre las primas devengadas. Si como resultado del análisis mencionado la siniestralidad incurrida (siniestros pagados más saldo de reservas de siniestros pendientes más IBNR calculado bajo la metodología vigente en la Compañía) llega a ser igual o superior al 15% de las primas devengadas del periodo evaluado.

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. presentará los términos y condiciones modificados que pondrá a consideración del tomador y de común acuerdo se realizarán los ajustes correspondientes al mes siguiente del análisis. Asimismo, la cantidad de personas con edad 65 años o más no podrá superar el 15% de la población en suma asegurada.

PRIMA La prima es el precio del seguro. La prima del presente seguro podrá ser ajustado de acuerdo con lo pactado con el tomador, por IPC u otros motivos como resultado de la cuenta o variación de nómina, en la anualidad de la vigencia e informado a los asegurados.

NOTA

En cuanto a la duplicidad de seguro, las personas podrán estar asegurada en un producto de vida y en un producto de AP.

ANEXO ASISTENCIAS

DEFINICIONES PARA ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS EN EL PRODUCTO DE ACCIDENTES PERSONALES

Para acceder a estas asistencias se debe tener en cuenta que la misma se haya incluido en el cuadro de amparos de tu certificado individual de seguro, sujeto a las condiciones que se señalan a continuación. Para solicitar los servicios de asistencias debes comunicarte sin ningún costo a la línea local y a la línea gratuita indicada en tu certificado individual de seguro.

ASISTENCIA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA

La compañía prestará los siguientes servicios en caso de sufras un accidente o enfermedad y requieras una atención médica u odontológica de urgencia:

ASISTENCIA MÉDICA

a) **Orientación con médico general por teléfono o video llamada.**

Cuando requieras una orientación médica no presencial, La compañía te pondrá en teleconferencia o videoconferencia (a tu elección) con un médico general, para orientarte en manejos primarios ante una emergencia en salud o un dolor latente, o en su defecto, solucionar dudas de tipo médico en cuanto a la ingesta de medicamentos, síntomas, revisión de exámenes básicos, prevención de enfermedades o información general.

El médico te podrá brindar consejos o recomendar medicamentos de uso común, con el fin de solventar el problema de forma temporal o definitiva, únicamente cuando lo crea conveniente, entendiendo que se aplica el término de la pertinencia médica como premisa fundamental. De igual forma, por evaluación del triage internacional, el médico podrá sugerirte que asistas de forma presencial a una institución prestadora de salud.

El horario de atención para este servicio es 24 horas al día, 7 días a la semana.

Tu solicitud será atendida en un tiempo no mayor a 60 minutos.

La orientación tendrá una duración máxima de 30 minutos por evento.

Tienes derecho a 6 eventos por vigencia de la póliza, máximo 3 SMDLV por cada evento.

b) **Orientación con nutricionista por teléfono o video llamada.**

Cuando requieras una orientación médica no presencial, especializada en temas relacionados con nutrición, La compañía te pondrá en teleconferencia o videoconferencia (a tu elección) con un profesional especializado.

El nutricionista te podrá brindar apoyo frente a preguntas en temas de hábitos de alimentación, consumo de suplementos o proteínas, medición de porcentajes de grasa corporal y recomendaciones generales para una vida sana.

La compañía no cubrirá los costos de plan nutricional o procedimientos derivados de la atención, se entiende que es un servicio de medios y no de resultado

El horario atención para este servicio es de lunes a viernes de las 08:00 a las 18:00 horas. Tu solicitud será atendida en un tiempo no mayor a 24 horas hábiles.

La orientación tendrá una duración máxima de 60 minutos por evento. Tienes derecho a 6 eventos por vigencia de la póliza, máximo 3 SMDLV por cada evento.

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

1. Orientación con odontólogo por teléfono.

Cuando requieras una orientación odontológica no presencial, La compañía te pondrá en teleconferencia, con un profesional para que te brinde apoyo frente a consultas relacionadas con tratamientos odontológicos, dolores puntuales, higiene oral, definición para direccionamiento a especialidades dentro de la rama de la odontología y solución de inquietudes generales.

El horario de atención para este servicio es 24 horas al día, 7 días a la semana. Tu solicitud será atendida en un tiempo no mayor a 60 minutos. La orientación tendrá una duración máxima de 30 minutos por evento.

Tienes derecho a 6 eventos por vigencia de la póliza, máximo 3 SMDLV por cada evento.

2. Coordinación de traslado básico de urgencia a clínica o consultorio odontológico.

Si requieres trasladarte a un centro o consultorio odontológico, La compañía coordinará y pagará el transporte dentro de la ciudad en que te encuentres, hasta el lugar más cercano donde puedas recibir atención dental.

El horario de atención para este servicio es 24 horas al día, 7 días a la semana. La solicitud será coordinada en un tiempo no mayor a 2 horas.

El tiempo máximo de respuesta para la atención es de 3 horas. Tienes derecho a máximo 5 SMDLV por cada evento.

3. Atención por urgencia dental en consultorio o clínica.

Si requieres atención odontológica prioritaria, La Compañía coordinará una cita para que seas atendido en el lugar donde te brindarán diagnóstico y cuidados dentales.

Este servicio incluye:

- A. EXÁMENES DE IMÁGENES (RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES INDIVIDUALES Y CORONALES)
- B. ANESTESIA, ANALGÉSICOS Y ANTINFLAMATORIOS.
- C. MATERIAL DE USO ODONTOLÓGICO.
- D. CIRUGÍA – EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES

Cuando requieras la extracción o exodoncia simple de alguna pieza dental, ya sea dientes permanentes, dientes temporales, dientes fracturados o restos radiculares (exceptuando muelas cordales), La compañía te coordinará la cita en una clínica o consultorio odontológico y pagará por el procedimiento.

El horario de atención para este servicio es 24 horas al día, 7 días a la semana.

El tiempo máximo de respuesta para la atención prioritaria es de 24 horas, y de 3 días hábiles para exodoncias o extracciones.

La solicitud será coordinada en un tiempo no mayor a 24 horas.

Los servicios de Traslado terrestre para atención odontológica y Atención por urgencia dental en consultorio o clínica se prestarán en concepto de bolsa o conjunto.

Tienes derecho a 2 eventos por vigencia de la póliza entre los dos, máximo 15 SMDLV por cada evento.

4. Limpieza Odontológica básica.

Cuando requieras una limpieza odontológica básica, La compañía coordinará y pagará el servicio.

El traslado y su costo al lugar de la atención, corre por tu cuenta.

El periodo de carencia para solicitar los servicios de asistencia odontológica es de sesenta (60) días después de adquirir el programa de asistencia.

El horario de atención para este servicio es 24 horas al día, 7 días a la semana

El tiempo máximo de respuesta para la atención es de 48 horas hábiles.

La solicitud será coordinada en un tiempo no mayor a 24 horas.

Tienes derecho a 1 evento por vigencia de la póliza, máximo 3 SMDLV por cada evento.

CONSIDERACIONES DE LAS ASISTENCIAS

Debes de tener en cuenta lo siguiente para los servicios de asistencias:

- Proporcionar información veraz y oportuna, que permita atender debidamente la asistencia.
- Notificar a LA COMPAÑÍA si modificas tus datos de contacto.
- Los debes solicitar siempre a través de la línea de atención.
- Operan por reembolso solo si cuentas previamente con autorización expresa de La Compañía, presentas las facturas y cuentas con los requerimientos en cada caso.
- Los límites en eventos o salarios de un servicio no son acumulables para ser utilizados en otro servicio.
- Los servicios se agotan indistintamente si son utilizados por el afiliado o beneficiarios.

Tener en cuenta que cada sesión de orientación por teleconferencia o videoconferencia cuenta como un evento.

AMBITO TERRITORIAL DE LAS ASISTENCIAS

Los servicios de asistencia médica se prestan en:

- Antioquia: Medellín, Sabaneta, Envigado, Bello, Copacabana, Girardota, Barbosa, La Estrella, Itagüí, Rionegro, Marinilla, La Ceja, Caldas, La Unión.
- Arauca: Arauca.
- Atlántico: Barranquilla, Soledad, Puerto Colombia, Galapa, Malambo.
- Bolívar: Cartagena, Turbaco.
- Boyacá: Tunja, Duitama, Sogamoso, Paipa.
- Caldas: Manizales. Quindío: Armenia, Quimbaya, Salento, Calarcá, Circasia.
- Caquetá: Florencia.
- Casanare: Yopal.
- Cesar: Valledupar.
- Cauca: Popayán.
- Córdoba: Montería, Cereté, Loricá.
- Cundinamarca: Bogotá D.C., Facatativá, Soacha, Funza, Mosquera, Chía, La Calera.
- Guajira: Riohacha.
- Huila: Neiva, Pitalito.
- Magdalena: Santa Marta.
- Meta: Villavicencio.
- Nariño: Pasto, Ipiales.
- Norte de Santander: Cúcuta.
- Risaralda: Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal.
- Santander: Bucaramanga, Piedecuesta, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón.
- Sucre: Sincelejo, Corozal.
- Tolima: Ibagué, Flandes, Melgar.
- Valle del Cauca: Santiago de Cali, Yumbo, Jamundí, Palmira, Buenaventura, Tuluá, Cartago, Buga, Candelaria, Florida, El Cerrito, Pradera, El Zarzal, Sevilla, La Unión, Dagua, Guacarí, Roldanillo, Caicedonia, Alcalá, Ginebra, Bugalagrande, Ansermanuevo, San Pedro, Trujillo, Andalucía, Toro, Yocoto, Restrepo, Calima, Obando, Riofrío, Bolívar, La Victoria, La Cumbre, Vijes, El Águila, El Cairo.

EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS

- LA COMPAÑÍA no prestará los servicios de asistencia cuando el accidente
- enfermedad sea causa directa o indirecta de:
- Cuando los servicios los hayas contratado por tu cuenta sin previo consentimiento de LA COMPAÑÍA, salvo en los casos de fuerza mayor que te impidan comunicarte con LA COMPAÑÍA.
- Cuando te niegues a colaborar con los abogados y en general con el personal designado por LA COMPAÑÍA para la prestación de los servicios de asistencia.
- Cuando el evento haya ocurrido de mala fe.
- Cuando hayan ocurrido fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas y caídas de cuerpos siderales, que imposibiliten la prestación de la asistencia.

- Cuando las asistencias comprometan la seguridad del prestador del servicio por prestarse en zonas de alto riesgo o donde no exista un acceso transitable por carretera.
- Cuando en el territorio colombiano se presenten emergencias de salud pública, actos de terrorismo, guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- Cuando se presente fisión o fusión nuclear o radioactividad.
- Cuando por razones administrativas, políticas o de mercado no se pueda proceder con la prestación asistencial.
- Más allá del reembolso regulado en este documento, LA COMPAÑÍA no pagará ningún otro costo o perjuicio derivado de la no prestación directa de los servicios.
- En las zonas donde no se cuente con la disponibilidad para la prestación de servicios médicos y veterinarios, el asegurado debe trasladarse a la ciudad principal o si por el contrario el asegurado cuenta o conozca un profesional de su confianza procederíamos con el reembolso.
- En las zonas donde no se cuente con la disponibilidad para la prestación de servicios al hogar y el asegurado cuenta o conozca un profesional de su confianza procederíamos con el reembolso.