

Accidentes Personales

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022007798 / 0

Allianz

AP en tus manos

www.allianz.co

23 de Noviembre de 2016

Tomador de la Póliza

NOMBRE

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DIRECTOS NEGOCIOS

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	9
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	9
Capítulo III - Siniestros.....	23
Capítulo IV - Cuestiones Fundamentales de	24
Carácter Legal	

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por EL ASEGURADO, y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA EN CUMPLIMIENTO DE SU DEBER PRECONTRACTUAL HA PUESTO A CONSIDERACIÓN DEL TOMADOR DEL PRESENTE SEGURO LAS CONDICIONES GENERALES DEL MISMO DE MANERA ANTICIPADA, LAS CUALES SE LE HA INFORMADO SE ENCUENTRAN INCORPORADAS Y A SU DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA WWW.ALLIANZ.CO Y LE HA EXPLICADO DIRECTAMENTE Y/O A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO RESPECTIVO, EL CONTENIDO DE LA COBERTURA (RIESGOS QUE EL ASEGURADOR CUBRE), DE LAS EXCLUSIONES (CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES EL ASEGURADOR NO BRINDA COBERTURA) Y DE LAS GARANTÍAS (PROMESAS DEL ASEGURADO RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL RIESGO O AFIRMACIÓN O NEGACIÓN DE UNA SITUACIÓN DE HECHO) ALLÍ CONTENIDAS, ASÍ COMO SOBRE SU EXISTENCIA, EFECTOS Y ALCANCE. EN TODO CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUIETUD EL TOMADOR PODRÁ COMUNICARSE A NUESTRAS LÍNEAS DE ATENCIÓN INDICADAS EN ESTE MISMO CONDICIONADO.”

LA COMPAÑÍA NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA, (II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

* Grandes contribuyentes, régimen común. No sujeto a retención.

Capítulo I Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro: NOMBRE CC: 10
DIRECCION
BOGOTA
Teléfono: 5600600
Email: correo@hotmail.com

Asegurado: NOMBRE CC: 10
DIRECCION
BOGOTA
Teléfono: 5600600
Email: correo@hotmail.com

Beneficiario/s: NOMBRE DEL BENEFICIARIO
100,00 % participación

Póliza y duración: Póliza n°: 022007798 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 23/11/2016 hasta las 24:00 horas del 22/11/2017.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Crecimiento Valor Asegurado: 0%

Intermediario: DIRECTOS NEGOCIOS
Clave: 1000872
CR 13 A N 29 - 24 P 16 N
BOGOTA
CC: 9999993
Teléfonos: 5600600 0
E-mail: directos@allia2.com.co

Coberturas Contratadas

Amparos	Valor Asegurado
Muerte accidental	20.000.000,00
Incapacidad total y permanente por accidente	20.000.000,00
Desmembración accidental	20.000.000,00
Asistencias	Incluida

Liquidación de Primas**Nº de recibo: 878957317**

Período: de 23/11/2016 a 22/11/2017
 Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	84.000,00
IMPORTE TOTAL	84.000,00

Especificaciones Adicionales**Intermediarios:**

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1000872	NEGOCIOS , DIRECTOS	100,00

Servicios para el Asegurado**Urgencias y Asistencia**

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000523500

En Bogotá5941139

Desde su celular al #265

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

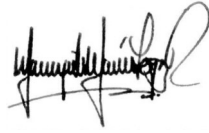
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
 El Tomador

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,

NOMBRE DIRECTOS NEGOCIOS Allianz Seguros de Vida S.A.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and strokes, positioned above the company name.

Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Capítulo II Objeto y Alcance del Seguro.

Allianz Seguros de Vida, S.A. quien en adelante se denominará "LA COMPAÑÍA", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

I. Amparos

1. Muerte Accidental
2. Incapacidad total y permanente por accidente.
3. Desmembración por accidente.
4. Asistencias.

II. Exclusiones para Todos los amparos

EXCLUSIONES DE LOS AMPAROS ASOCIADOS A MUERTE ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN POR ESTOS AMPAROS, SI LA MUERTE ES CONSECUENCIA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. CUANDO LAS LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO SEAN ANTERIORES A LA CONTRATACION DEL SEGURO O TENGAN COMO CAUSA, O SEAN UNA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.
2. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD, INCLUYENDO INFECCIONES VIRALES Y/O BACTERIANAS Y CUALQUIER EXAMEN DE CONTROL O PROCEDIMIENTO DE RUTINA RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE, INFECCIONES PIOGÉNICAS DERIVADAS DE CORTADURAS O HERIDAS ACCIDENTALES, CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DE SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS. ASÍ MISMO, EN CASO DE MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO. TAMPOCO SE OTORGARÁ COBERTURA EN CASO DE EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE

LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

3. MUERTE CAUSADA POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS CLÍNICOS O PARA CLÍNICOS O COMO CONSECUENCIA DE ELLOS, SALVO QUE LA INTERVENCIÓN O EL TRATAMIENTO OBEDEZCA A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H). QUEDA COMPRENDIDO DENTRO DE ESTA EXCLUSIÓN CUALQUIER GASTO O ACTIVIDAD ENCAMINADA AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO CURATIVO O PREVENTIVO, ASÍ COMO LAS SECUELAS O CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES EN CASO DE ACCIDENTE.
5. MUERTE ACCIDENTAL PRODUCIDA COMO CONSECUENCIA DE TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS Y EN GENERAL, POR CUALQUIER CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS ÁTOMOS O POR RAYOS IONIZADOS, DE CUALQUIER CLASE.
6. LESIÓN INTENCIONALMENTE INFLIGIDA A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTEMENTE.
7. GUERRA, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, INVASIÓN, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MANDO O USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO.
8. CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEÉ FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
9. DEL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIACTIVA ASÍ COMO LA DISPERSIÓN. DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS.

EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO POR ESTOS AMPAROS CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE HAYA SIDO:

1. INICIADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.
2. CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO, ESTANDO ÉSTE EN SU SANO JUICIO O EN ESTADO DE DEMENCIA, DEPRESIVO O ENAJENACIÓN MENTAL.

3. CAUSADA POR ACTOS DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DEL ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL O CUALQUIERA DE LOS SUCEOS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL.
4. PRODUCIDA COMO CONSECUENCIA DE TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS Y EN GENERAL, POR CUALQUIER CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS ÁTOMOS O POR RAYOS IONIZADOS, DE CUALQUIER CLASE.

EXCLUSIONES AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ NINGUNO DE LOS BENEFICIOS DESCRITOS EN LA RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES DEL PRESENTE AMPARO, SI LA PÉRDIDA DE MIEMBROS, ÓRGANOS O FACULTADES, ES CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.
2. TENTATIVA DE SUICIDIO, ESTANDO EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO O EN ESTADO DE DEMENCIA, DEPRESIVO O ENAJENACIÓN MENTAL O LAS LESIONES QUE ÉSTE SE CAUSE A SÍ MISMO.
3. CAUSADA POR ACTOS DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DEL ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL O CUALQUIERA DE LOS SUCEOS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL.
4. ACCIDENTES CAUSADOS POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS CLÍNICOS O PARA CLÍNICOS O COMO CONSECUENCIA DE ELLOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
5. ACCIDENTES PRODUCIDOS COMO CONSECUENCIA DE TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS Y EN GENERAL, POR CUALQUIER CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA, ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS ÁTOMOS O POR RAYOS IONIZADOS, DE CUALQUIER CLASE.

EXCLUSIONES DEL AMPARO DE ASISTENCIAS

ASISTENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA.

ESTA ASISTENCIA NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTRE LOS CUALES A TÍTULO ENUNCIATIVO, SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

1. TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS ESPECIALIDADES SIGUIENTES: CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA NO CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN EL NUMERAL III DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS, ASISTENCIAS, CONDICIÓN PRIMERA AMPARO DE LA ASISTENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA.
2. EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES: ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES. ESTA ASISTENCIA NO CUBRE ESTE TIPO DE EMERGENCIAS, YA QUE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA MÉDICA, AMPARADA POR PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y/O HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA, ADEMÁS REQUIERE DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO (CIRUJANOS PLÁSTICOS, TRAUMATÓLOGOS, CIRUJANOS MAXILOFACIALES Y ANESTESIOLOGOS) Y EL USO DE TECNOLOGÍA Y EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO SOFISTICADOS. EL TRATAMIENTO ES COMÚNMENTE QUIRÚRGICO Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.
3. ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS (NO OBSTANTE, NO TENDRÁN COSTO ALGUNO LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y AMPARADOS DE ACUERDO AL NUMERAL III DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS, ASISTENCIAS, CONDICIÓN PRIMERA AMPARO DE LA ASISTENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA, LUEGO DE ESTAR EL PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN).
4. DEFECTOS FÍSICOS.
5. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
6. RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.
7. ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN EL NUMERAL III DEFINICION DE LOS AMPAROS, ASISTENCIAS, CONDICION SEGUNDA DEFINICIÓN DE ESTA ASISTENCIA.

NO OBSTANTE, SI EL ASEGURADO REQUIERE TRATAMIENTOS O SERVICIOS QUE NO SE INCLUYAN EN ESTA ASISTENCIA, PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE A LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS DE LA RED, QUIENES EFECTUARÁN UN DESCUENTO DE ENTRE UN 10% Y UN 30%, RESPECTO DE SUS TARIFAS NORMALES, DEBIENDO EL ASEGURADO PAGAR TODOS LOS COSTOS QUE SE GENEREN POR DICHS TRATAMIENTOS NO AMPARADOS.

ASISTENCIA EDUCATIVA TELEFÓNICA.

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO LOS SIGUIENTES HECHOS Y PRESTACIONES:

1. TODA ASISTENCIA SOLICITADA POR CUALQUIER MEDIO DIFERENTE AL TELÉFONO.

2. TODA ASISTENCIA SOLICITADA DESPUÉS DE LAS 10:00 P.M. Y ANTES DE LAS 6:00 A.M.

ASISTENCIA JURÍDICA TELEFÓNICA.

1. TODA ORIENTACIÓN SOLICITADA POR CUALQUIER MEDIO DIFERENTE AL TELÉFONO.
2. TODA ORIENTACIÓN SOLICITADA ENTRE LAS 10:01 PM Y LAS 5:59 AM.
3. CUALQUIER TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO PRESENCIAL A TODA CLASE DE DILIGENCIAS JUDICIALES, YA SEAN AUDIENCIAS, PROCESOS Y/O JUICIOS DE CUALQUIER ÍNDOLE.

III . Definición de los amparos.

Riesgos Amparados.

AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA PÓLIZA CUANDO, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLEZCA A CAUSA DE UN ACCIDENTE, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE SE PRESENTE DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE QUE LA CAUSÓ.

SALVO LAS EXCLUSIONES PREVISTAS, PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE TODO SUCESO PROVOCADO POR UNA ACCIÓN VIOLENTA, EXTERIOR, VISIBLE, SÚBITA, IMPREVISTA, REPENTINA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS, QUE PRODUZCA LA MUERTE DEL ASEGURADO.

- **MUERTE POR DESAPARECIMIENTO EN ACCIDENTE.**

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA PRINCIPAL, SI NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. COMO CONSECUENCIA DE SU DESAPARICIÓN EN UN HECHO ACCIDENTAL EN RÍO, LAGO O MAR.
2. LA DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL HUNDIMIENTO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO, RESPECTO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.
3. CUANDO FUERA VÍCTIMA DE UN HECHO CATASTRÓFICO NATURAL COMO TERREMOTO, INUNDACIÓN O MAREMOTO.

SI EL DESAPARECIMIENTO, CON BASE EN EL CUAL SE DECLARA JUDICIALMENTE LA MUERTE PRESUNTA, NO TIENE RELACIÓN CON ALGUNO DE LOS EVENTOS SEÑALADOS,

NO SE CONFIGURARÁ SINIESTRO.

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO DEBE DECLARARSE JUDICIALMENTE BAJO LO ESTABLECIDO EN LA LEY COLOMBIANA.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS EXCLUSIVOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, LA INVALIDEZ SUFRIDA POR EL ASEGURADO, CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN ESTÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, ORIGINADA EN LESIONES FÍSICAS GENERADAS POR UN ACCIDENTE Y NO CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO, QUE SE HAYA MANTENIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD, QUE SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE CALIFICADA CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (REGLAMENTADO POR EL DECRETO 917 DE 1999) CON UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

EL PORCENTAJE INDICADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR SERÁ VALIDADO, EN PRIMERA INSTANCIA, POR UN MÉDICO O UNA INSTITUCIÓN, NOMBRADOS POR LA COMPAÑÍA. EN SEGUNDA Y ÚLTIMA INSTANCIA, PODRÁ SER DEMOSTRADA MEDIANTE CERTIFICACIÓN DE EPS, ARL, AFP O JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA, SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y UN PIE.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN ASÍ:

- DE LAS MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA MUÑECA.
- DE LOS PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DEL TOBILLO.
- DE LOS DOS OJOS: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, POR ACCIDENTE SE ENTIENDE TODO SUCESO IMPREVISTO, EXTERIOR, VIOLENTO, VISIBLE, VERIFICABLE MEDIANTE EXAMEN MÉDICO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA EN LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL MISMO, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS INDICADAS.

PARÁGRAFO:

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE NO ES ACUMULABLE CON NINGÚN OTRO AMPARO BAJO EL MISMO CONTRATO DE SEGURO, Y ES EXCLUYENTE DE LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE POR DESAPARECIMIENTO EN ACCIDENTE Y DESMEMBRACION ACCIDENTAL, POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, EL CONTRATO DE SEGURO TERMINARÁ Y LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD.

AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

ESTE AMPARO CUBRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA DESMEMBRACIÓN O LESIÓN CORPORAL QUE SUFRA EL ASEGURADO A CAUSA DE UN ACCIDENTE QUE ORIGINE, DIRECTA E INDEPENDIEMENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA RELACIÓN RIESGOS E INDEMNIZACIONES CONSAGRADAS EN ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA DESMEMBRACIÓN O LESIÓN SE PRESENTE DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE QUE LA CAUSÓ.

SALVO LAS EXCLUSIONES PREVISTAS PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE TODO SUCESO PROVOCADO POR UNA ACCIÓN VIOLENTA, EXTERIOR, VISIBLE, SÚBITA, IMPREVISTA, REPENTINA E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS, QUE PRODUZCA LA DESMEMBRACIÓN O LA PERTURBACIÓN FUNCIONAL VERIFICABLE MEDIANTE EXAMEN MÉDICO REALIZADO POR UN MÉDICO.

RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

PORCENTAJE INDEMNIZACIÓN	PÉRDIDA
100%	PÉRDIDA DE AMBAS MANOS. PÉRDIDA DE AMBOS PIES. PÉRDIDA DE UNA MANO Y UN PIE. POR CEGUERA IRREPARABLE DE AMBOS OJOS. PÉRDIDA DE UNA MANO O DE UN PIE JUNTO CON LA CEGUERA IRREPARABLE DE UN OJO. POR DEMENCIA TOTAL PRESUMIBLEMENTE INCURABLE QUE IMPIDA TODO TRABAJO. POR PARÁLISIS TOTAL PRESUMIBLEMENTE INCURABLE QUE IMPIDA TODO TRABAJO. PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DEL HABLA. POR SORDERA BILATERAL TOTAL IRREPARABLE.
60%	PÉRDIDA DE UNA MANO O DE UN PIE. POR CEGUERA IRREPARABLE DE UN OJO.
20%	POR LA PÉRDIDA DE UN DEDO PULGAR, SIEMPRE QUE COMPRENDA LAS TOTALIDAD DE LAS DOS FALANGES.

15%	POR LA PÉRDIDA DE UN DEDO ÍNDICE, SIEMPRE QUE COMPRENDA LAS TRES FALANGES.
5%	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE UNA DE LAS MANOS, SIEMPRE QUE COMPRENDA LAS TRES FALANGES.
8%	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES.
5%	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE UNOS DE LOS PIES.

PARÁGRAFO 1:

PARA LOS EFECTOS DE LAS PÉRDIDAS DESCRITAS EN LA TABLA DE LA RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES, SE ENTIENDE POR PÉRDIDA DE LA MANO LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DE LA MUÑECA Y POR PÉRDIDA DEL PIE, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.

PARÁGRAFO 2:

TAMBIÉN SE ENTIENDE POR PÉRDIDA, LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

PARÁGRAFO 3:

EN LOS CASOS DE PÉRDIDA DE VARIOS MIEMBROS, ÓRGANOS O FACULTADES ENUMERADAS EN LA RELACIÓN DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES PRODUCIDAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ FIJADO SUMANDO LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNO, SIN QUE EN NINGÚN CASO EXCEDA DEL 100% DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA EL AMPARO.

PARÁGRAFO 4:

EN CASO DE QUE OCURRA MÁS DE UN (1) SINIESTRO DURANTE EL AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN SE CALCULARÁN CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO AL INICIO DE LA VIGENCIA Y NO EN EL SALDO DE ÉSTE DESPUÉS DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS. SIN EMBARGO, EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRACIONES POR UNO (1) O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, NO PODRÁ, EN NINGÚN CASO EXCEDER DEL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL PRESENTE AMPARO.

PARÁGRAFO 5:

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA PARA ESTA GARANTÍA NO ES ACUMULABLE AL PAGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y EL DE MUERTE POR ACCIDENTE, POR LO TANTO, AGOTADA LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA PARA ESTE AMPARO, EL CONTRATO DE SEGURO TERMINARÁ Y LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD.

DEDUCCIONES

EL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL NO ES ACUMULABLE CON LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE POR DESAPARECIMIENTO EN ACCIDENTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, POR LO TANTO, CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA POR EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL SE DEDUCIRÁ DE LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE POR DESAPARECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

ASISTENCIAS.

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA SE LIMITA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A TRAVÉS DE UN PROVEEDOR, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

SOLICITUD DE ASISTENCIAS.

LA COMPAÑÍA GARANTIZA LA PRESTACIÓN DE LAS ASISTENCIAS A TRAVÉS DE UN TERCERO CONTRATADO PARA TAL EFECTO, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "EL PROVEEDOR", DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO TENGA CONTRATADO Y SEÑALADO EL AMPARO DE ASISTENCIAS, EN LOS CONCEPTOS, TERMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN.

PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA, EL ASEGURADO DEBERÁ LLAMAR A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS:

A NIVEL NACIONAL: 018000523500
EN BOGOTÁ: 5941139

ASISTENCIA DE SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA.

LA COMPAÑÍA ASEGURA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA AL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

Condición Primera - Amparo:

SE AMPARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O ATENCIONES ODONTOLÓGICAS, SIEMPRE QUE SE ADECUEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN SEGUNDA - DEFINICIONES, ENUNCIADO EN ESTA ASISTENCIA.

LOS SERVICIOS CUBIERTOS SERÁN LOS SIGUIENTES:

- EMERGENCIAS GENERALES:
 - ELIMINACIÓN DE CARIES.
 - RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO.
 - OBTURACIÓN PROVISIONAL, OBTURACIÓN CON AMALGAMA, RESINA FOTOCURADA O VIDRIO IONOMÉRICO DE ACUERDO AL CASO.
- EMERGENCIAS PROTÉSICAS:
 - CEMENTADO PROVISIONAL O DEFINITIVO DE PRÓTESIS FIJAS.

- REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE (ÚNICAMENTE SUSTITUCIÓN DE DIENTES).
- EMERGENCIAS PERIODONTALES:
 - DETARTRAJE.
 - CURETAJES PERIODONTALES.
 - AJUSTES DE OCLUSIÓN.
- EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS
 - EXODONCIAS NO QUIRÚRGICAS.
 - CURETAJE POST EXODONCIA.
 - CONTROL DE HEMORRAGIAS.

CUANDO LA EMERGENCIA SEA PRODUCTO DE UN TRAUMATISMO O ACCIDENTE SE TENDRÁ COMO FINALIDAD SOLUCIONAR LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA CON LOS TRATAMIENTOS ANTES DESCRITOS, EXCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS POSTERIORES REQUERIDOS A CAUSA DEL ACCIDENTE O TRAUMATISMO.

Condición Segunda - Definiciones.

PARA TODOS LOS FINES Y EFECTOS RELACIONADOS EN ESTA ASISTENCIA, QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE SE ENTIENDE POR:

a) EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:

CUALQUIER OCASIÓN INESPERADA O REPENTINA QUE AMERITA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PALIATIVA URGENTE O APREMIANTE Y QUE ORIGINE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS AMPARADOS POR ESTA ASISTENCIA Y QUE SEAN INDICADOS PARA TRATAR EL DOLOR ORIGINADO POR LAS SIGUIENTES CAUSAS: INFECCIONES, ABSCESOS, CARIES, PULPITIS, INFLAMACIÓN O HEMORRAGIA.

b) RED DE PROVEEDORES:

PROVEEDORES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS CON LOS CUALES LA COMPAÑÍA HA ESTABLECIDO CONVENIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO DE ESTE CONTRATO.

Condición Tercera - Preexistencias.

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LAS AFECCIONES BUCO-DENTALES, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA CONDICION PRIMERA - AMPARO, AUN CUANDO SU ORIGEN SEA PREEXISTENTE A LA SUSCRIPCIÓN DE ESTA PÓLIZA.

Condición Cuarta - Prestación de Servicios.

LOS ASEGURADOS QUE REQUIERAN LOS SERVICIOS PROFESIONALES ODONTOLÓGICOS OFRECIDOS CON BASE EN LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO, PODRÁN SOLICITARLOS, ATENDIENDO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. LOS TRATAMIENTOS DEBERÁN SER REALIZADOS POR LOS ODONTÓLOGOS AFILIADOS A LA RED ESTABLECIDA POR EL PROVEEDOR. EL ASEGURADO PODRÁ ESCOGER EL ODONTÓLOGO DE SU PREFERENCIA O CONVENIENCIA, SIEMPRE QUE

SEA DE LOS AUTORIZADOS POR EL PROVEEDOR. TANTO ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., COMO EL PROVEEDOR NO SERÁN RESPONSABLES POR TRATAMIENTOS REALIZADOS EN OTROS CENTROS ODONTOLÓGICOS O POR OTROS ODONTÓLOGOS DIFERENTES A LOS DE LA RED, NI POR LOS TRATAMIENTOS NO CONTEMPLADOS EN ESTE CONTRATO, AÚN CUANDO LOS MISMOS SEAN REALIZADOS EN LOS CENTROS AUTORIZADOS.

2. LOS ODONTÓLOGOS Y CENTROS ODONTOLÓGICOS ATENDERÁN A LOS ASEGURADOS EN LOS HORARIOS ESPECIFICADOS POR EL PROVEEDOR.
3. POR CUANTO LOS SERVICIOS PROFESIONALES QUE SE BRINDAN EN VIRTUD DE LA PRESENTE ASISTENCIA ESTÁN A CARGO DE ODONTÓLOGOS EGRESADOS DE UNIVERSIDADES, QUIENES ACTÚAN EN LIBRE EJERCICIO DE SUS FACULTADES Y EXPERIENCIA PROFESIONAL, ES CLARA Y PERFECTAMENTE ENTENDIDO QUE LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL AQUÍ ASUMIDA POR LA COMPAÑÍA EN NINGÚN CASO Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE EXTIENDE A CUBRIR, DIRECTA NI INDIRECTAMENTE, ASÍ COMO PRÓXIMA O REMOTAMENTE, LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL QUE LES CORRESPONDE A LOS ODONTÓLOGOS EN RAZÓN Y CON FUNDAMENTO EN EL O LOS TRATAMIENTOS QUE PRACTIQUEN O HAGAN AL ASEGURADO.
4. CUANDO EL ASEGURADO REQUIERA ALGUNO DE LOS TRATAMIENTOS AMPARADOS POR ESTA ASISTENCIA, DEBERÁ COMUNICARSE TELEFÓNICAMENTE A LAS LÍNEAS INDICADAS EN LA SOLICITUD DE ASISTENCIA, EN DONDE SE LE REFERIRÁ AL ODONTÓLOGO PERTENECIENTE A LA RED CUYO CENTRO O CONSULTORIO QUEDE UBICADO EN UN LUGAR CONVENIENTE PARA EL ASEGURADO. EL ASEGURADO DEBERÁ DIRIGIRSE AL CENTRO O CONSULTORIO ESCOGIDO DONDE, PREVIAMENTE IDENTIFICADO CON SU CÉDULA DE CIUDADANÍA, RECIBIRÁ LA ATENCIÓN DEL ODONTÓLOGO SELECCIONADO POR ÉL. DICHO PROFESIONAL SOLICITARÁ AL PROVEEDOR LA CLAVE DE AUTORIZACIÓN PARA INICIAR EL TRATAMIENTO AL ASEGURADO.
5. PARA EMERGENCIAS NOCTURNAS O DURANTE FINES DE SEMANA O DÍAS FESTIVOS, EL ASEGURADO DEBERÁ COMUNICARSE TELEFÓNICAMENTE A LAS LÍNEAS INDICADAS EN LA SOLICITUD DE ASISTENCIA, DONDE UN FUNCIONARIO ENCARGADO LOS REFERIRÁ A UN CENTRO O CONSULTORIO DISPONIBLE, DONDE RECIBIRÁN LA ATENCIÓN NECESARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA.
6. EL ASEGURADO QUE NO PUEDA ACUDIR A LAS CITAS PREVIAMENTE ACORDADAS CON EL ODONTÓLOGO TRATANTE, DEBERÁ NOTIFICARLO CON AL MENOS CUATRO (4) HORAS DE ANTELACIÓN.
7. CUALQUIER RECLAMACIÓN, OBSERVACIÓN O QUEJA EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS, DEBERÁ REALIZARLOS EL ASEGURADO AL PROVEEDOR (CON COPIA A LA COMPAÑÍA) POR ESCRITO Y DENTRO DE UN PLAZO NO MAYOR DE DIEZ (10) DÍAS, DESPUÉS DE HABERSE RECIBIDO EL SERVICIO O DE LA OCURRENCIA DE LA CAUSA QUE ORIGINA DICHA RECLAMACIÓN.

Condición Quinta - Casos Excepcionales de Reembolso.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE LOS TRATAMIENTOS AMPARADOS POR ESTA ASISTENCIA Y NO EXISTAN, EN LA LOCALIDAD DONDE ÉL SE ENCUENTRE, CENTROS, CONSULTORIOS Y ODONTÓLOGOS AFILIADOS A LA RED DE PROVEEDORES ESTABLECIDA POR EL PROVEEDOR, O SI EN EL CENTRO, CONSULTORIO U ODONTÓLOGO AFILIADO A DICHA RED DE PROVEEDORES NO PRESTEN LOS SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA ASISTENCIA, EL ASEGURADO PODRÁ RECIBIR EL SERVICIO ODONTOLÓGICO NECESARIO PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO, CONSULTORIO O POR PARTE DEL ODONTÓLOGO ESCOGIDO POR ÉL.

LOS “GASTOS RAZONABLES” INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR TAL SERVICIO DE EMERGENCIA LE SERÁN REEMBOLSADOS POR EL PROVEEDOR, UNA VEZ QUE PRESENTE LA FACTURA ORIGINAL, INFORME ODONTOLÓGICO, RADIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE PUDIESE REQUERIR, TENDIENTE A LA COMPROBACIÓN DE LA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, EL GASTO INCURRIDO Y EL EVENTO MISMO EN QUE SE PRODUJO.

EL PROVEEDOR PUEDE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL HASTA EN UNA (1) OPORTUNIDAD MÁS, EN UN TIEMPO MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE ENTREGA DEL ÚLTIMO RECAUDO SOLICITADO.

SE ENTIENDE POR “GASTOS RAZONABLES” EL PROMEDIO CALCULADO POR EL PROVEEDOR EN GASTOS ODONTOLÓGICOS FACTURADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SESENTA (60) DÍAS EN CENTROS, CONSULTORIO Y ODONTÓLOGOS AFILIADOS A LA RED DE PROVEEDORES, DE CATEGORÍA EQUIVALENTE A AQUEL DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, EN LA MISMA ZONA GEOGRÁFICA Y POR UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE EQUIVALENTE NATURALEZA LIBRE DE COMPLICACIONES, CUBIERTO O AMPARADO POR ESTA COBERTURA.

QUEDA ENTENDIDO, SEGÚN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA, QUE EL PAGO CONTRA REEMBOLSO SERÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN EL CASO REFERIDO EN ESTA CONDICIÓN Y CUYOS GASTOS SE ORIGINEN EN COLOMBIA.

Condición Sexta - Obligaciones del asegurado en relación con el servicio prestado en la presente asistencia.

- a) EL ASEGURADO QUE NO PUEDA ACUDIR A LAS CITAS PREVIAMENTE CONVENIDAS CON EL ODONTÓLOGO TRATANTE O QUE NO PUEDA HACERLO A LA HORA ESTABLECIDA, DEBERÁ NOTIFICARLO CON AL MENOS CUATRO (04) HORAS DE ANTICIPACIÓN.
- b) EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A SOMETERSE A CUALQUIER TIPO DE EXAMEN QUE LE SEA EXIGIDO POR EL ODONTÓLOGO PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS AMPARADOS.
- c) EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A ENTREGAR TODOS LAS FACTURAS REQUERIDAS POR EL PROVEEDOR EN CASO DE QUE PROCEDA EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA Y A SOMETERSE A LAS EVALUACIONES NECESARIAS QUE EL MISMO ESTIME, PARA

PROCEDER AL REEMBOLSO DE “GASTOS RAZONABLES” A LOS CUALES SE HACE REFERENCIA EN LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTA ASISTENCIA.

Condición Séptima - Terminación de los servicios establecidos en esta cobertura

ADEMÁS DE LAS CAUSALES DE TERMINACIÓN ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PARA LA PRESENTE ASISTENCIA APLICARÁN LAS SIGUIENTES, DE MANERA AUTOMÁTICA:

1. POR LA TERMINACIÓN DEL SEGURO.
2. POR EL CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO.

ASISTENCIA EDUCATIVA TELEFÓNICA

LA COMPAÑÍA, OTORGA ASISTENCIA EDUCATIVA, CONTENIDO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

Condición Primera - cobertura

LA COMPAÑÍA BRINDARÁ ASISTENCIA TELEFÓNICA A TRAVÉS DE UN PROVEEDOR, POR MEDIO DEL CUAL PROFESIONALES ESPECIALIZADOS BRINDARÁN ATENCIÓN, ASESORÍA Y TUTORÍA EN TAREAS Y EN MATERIAS DE PRIMARIA, SECUNDARIA Y BÁSICAS UNIVERSITARIAS.

Condición Segunda – Condiciones

EL SERVICIO SÓLO PUEDE SER SOLICITADO POR EL ASEGURADO A TRAVÉS DE TELÉFONO, PARA LO CUAL DEBERÁ COMUNICARSE A LAS LÍNEAS INDICADAS EN LA SOLICITUD DE ASISTENCIA.

ESTE SERVICIO OPERA DE LUNES A DOMINGO (INCLUIDOS FESTIVOS) DESDE LAS 6:00 A.M. HASTA LAS 10:00 P.M.

ASISTENCIA JURÍDICA TELEFÓNICA.

LA COMPAÑÍA, OTORGA ASISTENCIA JURIDICA TELEFONICA, CONTENIDO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

Condición primera - Cobertura

LA COMPAÑÍA BRINDARÁ ASISTENCIA TELEFÓNICA A TRAVÉS DE UN PROVEEDOR POR MEDIO DEL CUAL UN EQUIPO DE ABOGADOS EN DIFERENTES ESPECIALIDADES BRINDARÁ LA ORIENTACIÓN AL ASEGURADO. ESTA ASISTENCIA ÚNICAMENTE BRINDA UNA ORIENTACIÓN JURÍDICA GENERAL FRENTE A ALGUNA SOLUCIÓN A UN PROBLEMA O INQUIETUD QUE ESTÉ RELACIONADO CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES: DERECHO LABORAL, DERECHO DE FAMILIA, OPCIONALMENTE, SI EL TITULAR LO DESEA PODRÁ ACCEDER DIRECTAMENTE CON EL PROFESIONAL A QUIEN PODRÁ SOLICITAR UN CONCEPTO JURÍDICO FORMAL, NO OBSTANTE LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS HONORARIOS O CUALQUIER OTRO CONCEPTO

QUE SE GENEREN.

Condición Segunda - Condiciones

EL SERVICIO SÓLO PUEDE SER SOLICITADO POR EL ASEGURADO A TRAVÉS DE TELÉFONO, PARA LO CUAL DEBERÁ COMUNICARSE A LAS LÍNEAS INDICADAS EN LA SOLICITUD DE ASISTENCIA

ESTE SERVICIO OPERA DE LUNES A DOMINGO (INCLUIDOS FESTIVOS) DESDE LAS 6:00 A.M. HASTA LAS 10:00 P.M.

IV. Terminación de la póliza.

Cuando el seguro o amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, LA COMPAÑÍA notificará dicha terminación al TOMADOR/ASEGURADO.

Los amparos otorgados por la presente póliza, terminan por las siguientes causas:

1. Al término de la vigencia (anualidad) en que EL ASEGURADO cumpla 65 años de edad.
2. Por mora en el pago de las primas correspondientes a la póliza de seguro.
3. Al momento del fallecimiento del ASEGURADO.
4. Si el ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda por el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente.
5. Si el ASEGURADO hubiere recibido la indemnización que corresponda al 100% del valor asegurado de la cobertura de Desmembración accidental.
6. A partir de la fecha indicada por EL ASEGURADO, cuando solicite por escrito la terminación del seguro.

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO.

Según lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, La Compañía pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio

El asegurado y/o su(s) beneficiario(s) se comprometen con LA COMPAÑÍA a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación, entendiéndose que para tal efecto autorizan la consulta de todo el historial médico.

AVISO DE SINIESTRO.

A la luz del artículo 1072 del código de Comercio, se denomina siniestro a la realización del riesgo asegurado.

En tal medida, una vez ocurrido el siniestro, el Asegurado o el Beneficiario con fundamento en lo contemplado en el artículo 1075 del Código de Comercio, deberán dar aviso de forma verbal o escrita, al Área de indemnizaciones de LA COMPAÑÍA sobre su ocurrencia.

Con el aviso de siniestro el asegurado estará en la obligación de declarar a LA COMPAÑÍA los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada de conformidad con lo establecido en el artículo 1076 del Código de Comercio.

PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1078 del Código de Comercio, la mala fe del Asegurado o de (los) Beneficiario(s) en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

El Asegurado o el Beneficiario, en su caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o en el apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS.

Para acreditar el derecho a la indemnización, EL ASEGURADO o el(los) beneficiario(s) presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación soportada con los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Capítulo IV

Cuestiones Fundamentales de Carácter Legal

INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

La opción de cobertura seleccionada en la solicitud de seguro, entrará en vigencia a partir de la hora 00:00 del día de la fecha de iniciación de vigencia de la póliza que se indique en la caratula de la póliza.

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, EL ASEGURADO está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según cuestionario que sea propuesto por EL ASEGURADOR. La reticencia o la inexactitud sobre los 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.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si EL ASEGURADO 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 ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero EL ASEGURADOR sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta cláusula no se aplican si EL ASEGURADOR, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

EDADES

La edad mínima de ingreso a la presente póliza es de dieciocho (18) años de edad. La edad máxima para ingreso es de sesenta y cuatro (64) años de edad. Este seguro finaliza, al término de la (vigencia) anualidad en que el ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la declaración de asegurable se aplicarán las siguientes normas:

1. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio, mencionada en el aparte Declaración Inexacta o

Reticente de las Condiciones Generales de la póliza.

2. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que el valor asegurado guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
3. Si la edad verdadera es menor que la declarada, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 2.

VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia del seguro será de un (1) año.

VALOR ASEGURADO.

Para efectos de este seguro los valores asegurados se encontrarán consignados en las condiciones particulares; los cuales corresponderán al valor de la opción tomada por el ASEGURADO presentada y aprobada por LA COMPAÑÍA.

PRIMAS.

1. **CÁLCULO:** La prima se establece teniendo en cuenta la opción de cobertura escogida por el ASEGURADO y estipulada en las condiciones particulares de la póliza.
2. **RECAUDO:** El pago de la prima correspondiente deberá efectuarse según la forma de pago de prima estipulada en la póliza.
3. **PLAZO DE GRACIA:** La prima o cuota de prima en caso de fraccionamiento deberá pagarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de la vigencia estipulada en las condiciones particulares de la póliza.

El no pago de las primas o cuotas correspondientes en los tiempos establecidos, ocasionará la terminación automática de la póliza de conformidad con lo establecido en el artículo 1068 del Código de Comercio.

Si después de la terminación del contrato de seguro, LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

PARÁGRAFO:

En caso de siniestro se deducirá de la indemnización las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

BENEFICIARIOS

Mientras esta póliza se encuentre vigente, EL ASEGURADO podrá designar un nuevo beneficiario o beneficiarios del seguro mediante una comunicación escrita dirigida a LA COMPAÑÍA. El cambio de beneficiario surtirá efecto desde el momento en que dicha

comunicación sea recibida por LA COMPAÑÍA.

PRESCRIPCIÓN.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 de Código de Comercio, las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma 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 prescripción extraordinaria será de (5) cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

De acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio, el contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por parte de LA COMPAÑÍA, mediante notificación escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; y por parte del Tomador o del Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a LA COMPAÑÍA.

En el primer caso, la revocación dará derecho al Asegurado a recuperar la prima no devengada, es decir, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la fecha de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo entre las partes.

En el segundo caso, el importe de la primera devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

La responsabilidad máxima de LA COMPAÑÍA no excederá la suma estipulada para cada amparo indicado en las condiciones particulares de la póliza, ni los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales que resulten aplicables, como domicilio contractual se fija la ciudad que figure en las condiciones particulares de la póliza.

NOTIFICACIONES.

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones de esta póliza, deberá consignarse por escrito, salvo el aviso del siniestro al que hace referencia el artículo 1075 del código del comercio y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito dirigido a la última dirección

registrada por las partes.

NORMAS REGULADORAS

Lo no previsto en las condiciones generales o particulares se regirá por lo dispuesto en la ley colombiana.

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



DIRECTOS NEGOCIOS

CC: 9999993
CR 13 A N 29 - 24 P 16 N
BOGOTA
Tel. 5600600
E-mail: directos@allia2.com.co

Allianz Seguros de Vida S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860027404 - 1