



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"

www.segurosmundial.com.co



C O N T E N I D O

		Pág.
SECCIÓN UNO	¿Cuáles son las coberturas de la Póliza?	4
1.1	¿Qué me cubre el amparo de muerte accidental?	4
1.2	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TELEMEDICINA MEDICINA GENERAL (ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA ILIMITADA)?	4
1.3	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA MÉDICO A DOMICILIO?	5
1.4	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TRASLADO EN AMBULANCIA (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE)?	5
1.5	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TELEMEDICINA PEDIATRÍA (ORIENTACIÓN PEDIÁTRICA)?	6
1.6	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA NUTRICIÓN Y VIDA SANA (ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA ILIMITADA)?	7
1.7	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TELEMEDICINA PSICOLOGÍA (ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA ILIMITADA)?	8
1.8	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA ENVÍO DE MEDICAMENTOS?	8
1.9	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA DE REFERENCIAS MÉDICAS ILIMITADO?	9
1.10	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA BENEFICIO POR PERMANENCIA DE 6 MESES EN LA PÓLIZA PARA TRASLADO A CITAS MÉDICAS?	9
1.11	¿Qué me cubre LA ASISTENCIA BENEFICIO POR PERMANENCIA 6 MESES EN LA PÓLIZA PARA TELEMEDICINA CON ESPECIALISTAS?	10
1.12	¿Qué me cubre la ASISTENCIA VIAJE INTERNACIONAL?	11
1.13	¿Qué me cubre la ASISTENCIA SALUD PREVENTIVA, BIENESTAR INTEGRAL Y ESTILOS DE VIDA?	12
1.14	¿Qué me cubre la ASISTENCIA MUNDO MASCOTAS	13
SECCIÓN DOS	¿Qué no me cubre la póliza? (Exclusiones)	14
2.1	¿Qué no me cubre el amparo de muerte accidental?	14
2.2	¿Qué no me cubren LAS ASISTENCIAS?	15
SECCIÓN TRES	Condiciones Generales	16
3.1	¿Cuál es la forma de pago de la póliza?	16
3.2	¿Qué personas no son asegurables?	17



C O N T E N I D O

		Pág.
3.3	¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?	17
3.4	¿Cuál es el monto individual máximo que la aseguradora paga en caso de siniestro?	17
3.5	¿Quiénes son los beneficiarios?	17
3.6	¿Qué documentos debo presentar en caso de reclamación por muerte?	17
3.7	Cómo realizo el proceso de Reclamación	19
3.8	¿Cuándo me dan respuesta?	19
3.9	¿Cómo seré indemnizado en caso de Siniestro?	19
3.10	¿Cómo hacer uso de los servicios de Asistencia?	20
3.11	Activación de la Asistencia Médico a Domicilio	20
3.12	Activación de la Asistencia Traslado en Ambulancia (Traslado Médico Terrestre)	20
3.13	Activación de Asistencia Envío de Medicamentos	21
3.14	Activación ASISTENCIA BENEFICIO POR PERMANENCIA 6 MESES TRASLADO A CITAS MÉDICAS	21
3.15	Activación Asistencia Viaje Internacional	21
SECCIÓN CUATRO	Otras Disposiciones	21
4.1	¿Cuándo se puede revocar el contrato?	21
4.2	Prescripción	22
4.3	Autorización de la información	22
4.4	Notificaciones	23
4.5	Disposiciones Legales	23
4.5.1	Declaración inexacta o reticente	23
4.5.2	Cambio de dirección de residencia o domicilio	24
4.5.3	Domicilio	24
4.5.4	Normas Supletorias	24
4.5.5	Cláusula Anticorrupción y Antisoborno	24
4.5.6	Cláusula Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo	24
	Definiciones	25



SECCIÓN I

¿CUÁLES SON LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA?

COBERTURAS AL AMPARO BÁSICO*

Amparo básico: Se conoce como amparo básico a la cobertura principal del seguro, la cual no puede ser modificada.

1.1 ¿Qué me cubre el amparo de muerte accidental?

El presente seguro cubre la muerte accidental* del asegurado siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días calendario, siguientes a la fecha en que el asegurado haya tenido el accidente.

Muerte Accidental: Para los efectos del seguro, se entiende como aquella muerte ocasionada por la acción de un evento externo, súbito, imprevisto, repentino o violento que no haya sido provocado deliberadamente, ajeno a la voluntad del asegurado y sin que medie intención propia o de terceros de causar daño.

ASISTENCIAS

1.2 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TELEMEDICINA MEDICINA GENERAL (ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA ILIMITADA)?

Se brindará al asegurado orientación médica telefónica, según la sintomatología o el evento reportado. El médico hará un diagnóstico y orientará al asegurado respecto de las conductas que debe asumir, las recomendaciones y signos de alarma, de acuerdo con el protocolo de manejo.

Esta asistencia está diseñada para atender consultas virtuales, con el fin de valorar, diagnosticar y ofrecer recomendaciones médicas según la sintomatología informada por el asegurado durante la consulta. Adicionalmente, se brindará información para resolver inquietudes relacionadas con temas generales de salud, prevención y/o síntomas que no estén asociados a situaciones de emergencia o accidentes que requieran atención presencial inmediata, sin que esto implique una obligación de atención médica presencial o tratamiento.

El tiempo máximo de espera para ser atendido bajo esta modalidad es de quince (15) minutos, y la duración de la atención no está restringida; estará sujeta a la pertinencia médica determinada por el profesional de la salud.



Este servicio no requiere agendamiento previo, y está disponible de lunes a domingo, las veinticuatro (24) horas del día, durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

La asistencia no contempla la formulación ni la orden de medicamentos, así como tampoco la expedición de incapacidades médicas.

1.3 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA MÉDICO A DOMICILIO?

La compañía, a través de su red de proveedores, pone a disposición del asegurado la asistencia de médico domiciliario, con el propósito de atender aquellos casos en los que el asegurado requiriera asistencia física en su lugar de residencia o donde se localice, siempre y cuando se encuentre dentro de la cobertura. Se coordinará el envío de un médico a domicilio para la atención médica oportuna; durante la visita, el médico podrá evaluar, diagnosticar y prescribir los medicamentos que considere pertinentes. Los medicamentos que se puedan suministrar en la visita domiciliaria para cubrir la urgencia presentada no tendrán cargo adicional, incluyendo medicamentos tales como: Antinflamatorios, analgésicos, antiespasmódicos, antipiréticos y antihistamínicos. En algunos casos se podrán realizar glucometrías, electrocardiogramas (EKG) y nebulizaciones, según el requerimiento médico.

LÍMITE DE EVENTOS: Hasta diez (10) eventos por cada año de vigencia de la póliza de acuerdo con el triage telefónico.

1.4 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TRASLADO EN AMBULANCIA (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE)?

La compañía, a través de su red de proveedores, pone a disposición del asegurado el servicio de traslado en ambulancia, con el propósito de atender aquellos casos en que el asegurado sufra un accidente o urgencia médica, que requiera a criterio del médico una atención presencial.

Se coordinará el traslado del asegurado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

El servicio no incluye el traslado interinstitucional, intermunicipal, de referencia o contra referencia, este servicio se prestará dentro del perímetro urbano en las siguientes ciudades capitales y municipios aledaños a las ciudades principales:

- **ANTIOQUIA:** Medellín, Bello, Envigado, Itagüí, Rio Negro, Sabaneta, Copacabana, Apartadó, La Estrella.
- **CUNDINAMARCA:** Bogotá D.C., Soacha, Chía, Mosquera, Girardot, Facatativá, Zipaquirá, Funza, Cajicá, Madrid, Fusagasugá, Cota, La Calera.



- VALLE DEL CAUCA: Cali, Palmira, Jamundí, Yumbo, Cartago, Buga, Tuluá.
- ATLÁNTICO: Barranquilla, Soledad, Córdoba, Candelaria, Malambo.
- BOLÍVAR: Cartagena.
- CÓRDOBA: Montería, Cereté.
- SANTANDER: Bucaramanga, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón, Pie de Cuesta, San Gil.
- NORTE DE SANTANDER: Cúcuta, Los Patios, Villa del Rosario, Pamplona, Ocaña.
- META: Villavicencio, Acacias, Restrepo, Cumaral, Puerto Gaitán, Puerto López.
- TOLIMA: Ibagué, Espinal, Melgar.
- CALDAS: Manizales, Chinchiná. HUILA: Neiva, Pitalito, Campo Alegre, Garzón, Rivera.
- RISARALDA: Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal, La Virginia.
- MAGDALENA: Santa Marta, Ciénaga.
- BOYACÁ: Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá.
- QUINDÍO: Armenia, Calarcá.
- CAUCA: Popayán.
- CESAR: Valledupar, Aguachica, San Martín, Agustín Codazzi.
- CASANARE: Yopal, Aguazul, SUCRE: Sincelejo, Corozal.
- NARIÑO: Pasto, Ipiales, Tumaco.

No obstante, no se extiende a zonas de conflicto armado, áreas con problemas de orden público, presencia de pandillas o cualquier otra área insegura que ponga en riesgo la integridad del equipo médico

La afiliación a la EPS es un requisito para poder acceder al servicio.

LÍMITE DE EVENTOS: El asegurado podrá acceder hasta a seis (6) traslados en ambulancia por cada año de vigencia de la póliza.

1.5 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TELEMEDICINA PEDIATRÍA (ORIENTACIÓN PEDIÁTRICA)?

El profesional en pediatría orientará ante problemas de salud agudos y urgentes en la población infantil, esto es, los menores de dieciocho (18) años, así como recomendaciones sobre tratamientos, uso de medicamentos y utilización de los servicios sanitarios.

La asistencia de telemedicina pediátrica consiste en la prestación de orientación médica virtual por parte de un profesional en pediatría, dirigida a menores de edad. El servicio comprende la valoración, diagnóstico presuntivo y emisión de recomendaciones médicas, conforme a la sintomatología informada por el asegurado durante la consulta.



El alcance de esta asistencia incluye la evaluación de afecciones infantiles, seguimiento del desarrollo y crecimiento, orientación sobre el uso de medicamentos y tratamientos, y educación en cuidados preventivos de la salud infantil. El servicio también contempla la resolución de inquietudes relacionadas con temas generales de salud y prevención, siempre que no se trate de situaciones de emergencia o accidentes que requieran atención presencial inmediata. La prestación de este servicio no implica obligación de atención médica presencial ni de tratamiento.

Para acceder a la consulta, el menor de edad deberá ingresar con su usuario y estar acompañado por un adulto responsable durante la atención.

La programación de la consulta requiere agendamiento previo en la plataforma dispuesta por la Compañía. El servicio estará disponible de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 9:00 p.m., y la atención se brindará en un plazo máximo de veinticuatro (24) a cuarenta y ocho (48) horas desde la solicitud, con una duración de treinta (30) minutos por consulta.

1.6 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA NUTRICIÓN Y VIDA SANA (ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA ILIMITADA)?

La asistencia de nutrición y vida sana consiste en la prestación de orientación nutricional virtual por parte de un profesional de la salud capacitado en el campo de la nutrición. El servicio comprende la valoración, diagnóstico presuntivo y emisión de recomendaciones nutricionales, conforme a la sintomatología informada por el asegurado durante la consulta.

El alcance de esta asistencia incluye la elaboración de planes de alimentación personalizados, orientación sobre dietas saludables, educación nutricional y recomendaciones para el manejo de enfermedades específicas relacionadas con la nutrición. El servicio también contempla la resolución de inquietudes relacionadas con temas generales de salud y prevención, siempre que no se trate de situaciones de emergencia o accidentes que requieran atención presencial inmediata. La prestación de este servicio no implica obligación de atención médica presencial ni de tratamiento.

Las valoraciones se realizarán de manera virtual, basándose en la información aportada por el asegurado. La atención estará orientada a brindar recomendaciones y buenas prácticas en relación con el caso expuesto.

La programación de la consulta requiere agendamiento previo en la plataforma dispuesta por la Compañía. El servicio estará disponible de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 9:00 p.m., y la atención se brindará en un plazo máximo de veinticuatro (24) a cuarenta y ocho (48) horas desde la solicitud, con una duración de treinta (30) minutos por consulta.



1.7 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA TELEMEDICINA PSICOLOGÍA (ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA ILIMITADA)?

La asistencia de orientación psicológica telefónica consiste en la prestación de orientación psicológica telefónica dirigida al asegurado mayor de dieciocho (18) años. El servicio comprende la atención virtual para la orientación, acompañamiento y emisión de recomendaciones psicológicas, conforme a la sintomatología informada por el asegurado durante la consulta. La atención se brindará de manera virtual, basada en la información proporcionada por el asegurado, y estará orientada a ofrecer contención emocional y apoyo en situaciones de crisis, así como recomendaciones y buenas prácticas para el manejo del caso presentado.

Además, se brindará información para resolver inquietudes relacionadas con temas generales de salud mental, prevención y/o síntomas que no estén asociados a situaciones de emergencia psicológica que requieran atención inmediata presencial, La prestación de este servicio no implica obligación de atención médica presencial ni de tratamiento.

El tiempo máximo de espera para ser atendido bajo esta modalidad de atención inmediata es de quince (15) minutos, y la duración de la atención no está restringida, estando sujeta a la pertinencia determinada por el profesional de la salud.

Este servicio no requiere agendamiento previo y estará disponible de lunes a domingo, las veinticuatro (24) horas del día, durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

1.8 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA ENVÍO DE MEDICAMENTOS?

Se pondrá a disposición del asegurado el servicio de localización y envío de medicamentos, cubriendo la gestión de búsqueda y el envío por el medio más adecuado. Es importante destacar que los costos de los medicamentos serán asumidos directamente por el asegurado. La prestación de este servicio no implica responsabilidad alguna de la Compañía en caso de que el medicamento solicitado no se encuentre disponible.

Para realizar la solicitud, el usuario deberá contar con una orden o receta médica válida.

La programación de la solicitud requiere agendamiento previo, y el servicio estará disponible de lunes a domingo, en el horario de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

LÍMITE DE EVENTOS: El asegurado podrá acceder hasta a seis (6) servicios de envío de medicamentos por cada año de vigencia de la póliza.



1.9 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA DE REFERENCIAS MÉDICAS ILIMITADO?

La asistencia de referencias médicas proporciona al asegurado acceso a un directorio médico con información sobre especialistas de distintas áreas de la salud, incluyendo dermatología, endocrinología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética, pediatría y urología.

El servicio facilita al asegurado la localización de especialistas para sus necesidades médicas, a través de un directorio médico, permitiendo al asegurado seleccionar el especialista que considere más apropiado para su situación.

Este servicio actúa únicamente como facilitador, proporcionando acceso al directorio médico y la Compañía no asume responsabilidad alguna respecto de las condiciones, precios o calidad de los servicios que los profesionales puedan ofrecer en acuerdos directos con el asegurado.

La asistencia tiene únicamente fines de orientación y no incluye la interpretación de resultados médicos. La disponibilidad de los especialistas está sujeta a la agenda y disponibilidad de cada profesional.

1.10 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA BENEFICIO POR PERMANENCIA DE 6 MESES EN LA PÓLIZA PARA TRASLADO A CITAS MÉDICAS?

Se coordinará el medio de transporte para realizar el traslado de ida y regreso del asegurado siempre que hayan transcurrido 6 meses de vigencia de la póliza, el traslado se coordina desde su domicilio hasta el centro médico donde tenga programadas las citas médicas. El profesional encargado del traslado permanecerá en espera durante el tiempo de la cita, sin que ello implique la prestación de servicios de asistencia médica o de enfermería durante el proceso.

La duración máxima del servicio será de tres (3) horas, contadas desde la llegada al domicilio del asegurado hasta el regreso al mismo lugar.

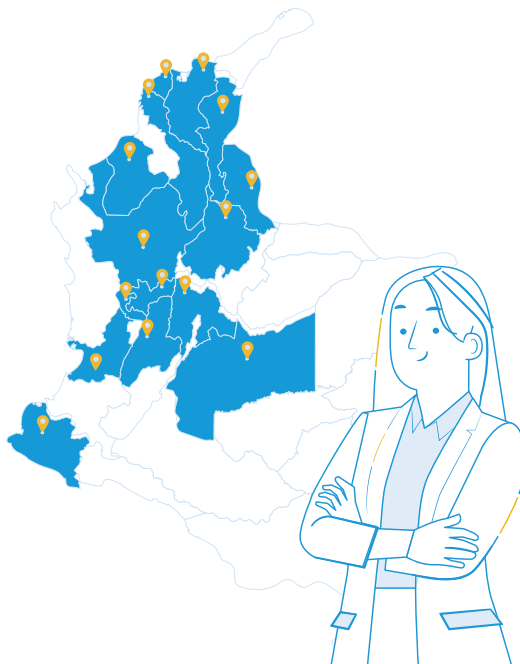
La programación de este servicio requiere agendamiento previo con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación. El servicio estará disponible de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.

LÍMITE DE EVENTOS: El asegurado podrá acceder hasta a tres (3) servicios de traslado a citas médicas por cada año de vigencia de la póliza.

La cobertura de este servicio incluye únicamente el perímetro urbano de las siguientes ciudades. No obstante, la cobertura no se extiende a zonas de conflicto armado, áreas con problemas de orden público, presencia de pandillas o cualquier otra área que represente un riesgo para la integridad del personal encargado de la prestación del servicio.



- Bogotá
- Medellín
- Cali
- Barranquilla
- Cartagena
- Cúcuta
- Bucaramanga
- Pereira
- Santa Marta
- Ibagué
- Manizales
- Villavicencio
- Pasto
- Montería
- Valledupar



1.11 ¿Qué me cubre LA ASISTENCIA BENEFICIO POR PERMANENCIA 6 MESES EN LA PÓLIZA PARA TELEMEDICINA CON ESPECIALISTAS?

La asistencia de beneficio telemedicina con especialistas pone a disposición del asegurado y/o beneficiario siempre que hayan transcurrido 6 meses de vigencia de la póliza, el servicio de orientación médica virtual por parte de profesionales en las áreas de pediatría, psicología, nutrición, dermatología, medicina interna, endocrinología, gastroenterología, fisioterapia y ginecología dirigida al asegurado y/o beneficiario. La atención comprende la realización de evaluaciones o valoraciones virtuales, basadas en la información aportada por el asegurado, y está orientada a brindar recomendaciones y buenas prácticas en relación con el caso expuesto.

La programación de la consulta requiere agendamiento previo. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de veinticuatro (24) a sesenta (60) horas (dependiendo de la especialidad), y la duración de la atención será de treinta (30) minutos por consulta.

El servicio estará disponible de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.

LÍMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará 6 sesiones por cada año de vigencia de la póliza.

1.12 ¿Qué me cubre la ASISTENCIA VIAJE INTERNACIONAL?

La asistencia brinda al asegurado los servicios de atención médica y jurídica, únicamente en caso de enfermedad o accidente durante el transcurso de un viaje dentro del periodo de vigencia de la póliza.



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"



ASISTENCIAS	COBERTURA
Asistencia médica por accidente	USD 30,000
Asistencia médica por enfermedad no preexistente (Incluye COVID-19 y medicamentos)	USD 30,000
Emergencia dental	USD 300
Traslado sanitario	USD 30,000
Traslado de familiar por hospitalización	Tkt aéreo económico
Gastos del familiar por convalecencia	USD 450
Acompañamiento de menores	Tkt aéreo económico
Repatriación funeraria	Incluido
Viaje de regreso por fallecimiento de un familiar	Tkt aéreo económico
Regreso anticipado por siniestro en domicilio	Tkt aéreo económico
Gastos por vuelo demorado o cancelado	USD 150
Cancelación de viaje contratado / Cancelación de viaje x Covid hasta los 74 años	USD 500
Sustitución de ejecutivo	Tkt aéreo económico + hotel
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Orientación en caso de extravío de equipaje/documentos	Incluido
Línea de consultas del servicio de asistencia Internacional 24 Horas	Incluido
Compensación complementaria por pérdida total de equipaje en línea aérea	USD 500
Gastos por demora en la devolución del equipaje (primeras 6 horas)	USD 100
Gastos por demora en la devolución del equipaje (luego de 6 horas y hasta 36 horas)	USD 100
Transferencia de fondos	USD 2,000
Transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito	USD 5,000
Asistencia legal por accidente de tránsito	USD 1,500
Asistencia médica por enfermedad preexistente	USD 300
Cobertura Air Help - Vuelo demorado o cancelado	Incluido
Cobertura Geográfica	Mundial, con excepción del país de Residencia

EDAD MÁXIMA DE COBERTURA 75 AÑOS

Condiciones:

- **Periodo de carencia:** La cobertura de asistencia en viaje internacional iniciará treinta (30) días calendario después de la fecha de contratación de la póliza y se podrá activar para cada viaje que realice el asegurado durante la vigencia de la póliza.



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"



- Los servicios de asistencia médica se limitan expresa y únicamente a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están orientados únicamente a la asistencia primaria en viaje de eventos súbitos e imprevisibles considerados accidentes o donde se haya diagnosticado una enfermedad o condición médica clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad o condición médica no se encuentre en la lista de las exclusiones.
- El asegurado reconoce que esta cobertura es una asistencia en viajes y no un seguro médico internacional.
- La asistencia se prestará por un máximo de noventa (90) días consecutivos por viaje, durante la vigencia de la póliza.
- La cobertura se otorga únicamente para viajes de carácter turístico. Esta disposición aplica igualmente a aquellas personas que no estén vinculadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta como trabajadores independientes o en situación migratoria o laboral ilegal.
- La activación de la asistencia se deberá realizar con mínimo tres (3) días antes de iniciar el viaje.
- El periodo de carencia solo aplica para pólizas nuevas.
- Esta asistencia solo aplica para el titular de la póliza..

1.13 ¿Qué me cubre la ASISTENCIA SALUD PREVENTIVA, BIENESTAR INTEGRAL Y ESTILOS DE VIDA?

La asistencia de salud preventiva, bienestar integral y estilos de vida comprende los siguientes servicios, de acuerdo con la cobertura definida en la carátula de la póliza:

Wikidoc: Acceso a materiales informativos y educativos relacionados con la salud y el bienestar, orientados a promover la educación en salud, la toma de decisiones informadas, la prevención de enfermedades y el fomento de estilos de vida saludables.

Smartcheck: Poner a disposición de los usuarios una herramienta que utiliza inteligencia artificial para la lectura de más de 10 signos vitales, diseñada para promover la prevención y el cuidado de la salud de manera efectiva.

Los servicios no requieren agendamiento, y están disponibles en el horario de lunes a domingo, 24 HORAS.

Wellness - Agendable: Acceso a sesiones virtuales ilimitadas de bienestar integral, mediante plataforma web, en las siguientes modalidades: yoga, entrenamiento personal, mindfulness y pilates.

- **Entrenador personalizado:** Orientación en técnicas para la pérdida de peso y ganancia de masa muscular, elaboración de planes de entrenamiento y acompañamiento virtual en la ejecución de ejercicios.
- **Pilates:** Orientación en ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y equilibrio.
- **Yoga:** Orientación en ejercicios para el bienestar mental y físico, mejora de la flexibilidad, postura y balance.



- **Mindfulness:** Orientación en ejercicios mentales para el aumento de la autoconciencia y la reducción de síntomas asociados al estrés.

La programación de este servicio requiere agendamiento previo en la plataforma. La oportunidad de encontrar una agenda disponible será de entre 24 y 48 horas, sin importar el profesional ni la especialidad de bienestar. La duración de la atención será de 30 minutos para entrenador personal, meditación y pilates, y de 1 hora para la sesión de yoga.

El servicio estará disponible de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 09:00 p.m.

Cantidad de servicios: Ilimitados.

1.14 ¿Qué me cubre la ASISTENCIA MUNDO MASCOTAS?

La asistencia Mundo Mascotas comprende los siguientes servicios, de acuerdo con la cobertura definida en la carátula de la póliza:

- **Etólogo Veterinario – Agendable:** El asegurado podrá acceder a consultas virtuales ilimitadas con expertos en etología veterinaria, mediante la plataforma web dispuesta por la Compañía. Este servicio está orientado a la evaluación y orientación sobre el comportamiento de mascotas, incluyendo la identificación y manejo de problemas de conducta, recomendaciones para la socialización, entrenamiento y enriquecimiento ambiental, así como consejos para mejorar la relación entre la mascota y su propietario. Las valoraciones se realizarán de manera virtual, basándose en la información aportada por el asegurado, y estarán encaminadas a brindar recomendaciones y buenas prácticas en relación con el caso expuesto.

La programación de este servicio requiere agendamiento previo. La oportunidad de encontrar una agenda disponible será de un máximo de cuarenta y ocho (48) a sesenta (60) horas, y la duración de la atención será de treinta (30) minutos por consulta. El servicio estará disponible de lunes a domingo, en el horario de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

- **Orientación Veterinaria – Agendable:** El asegurado podrá acceder a consultas virtuales ilimitadas con profesionales veterinarios, mediante la plataforma web dispuesta por la Compañía. Este servicio está orientado a la orientación en el manejo de dolores y síntomas, guía en tratamientos, control de patologías, conductas, desparasitación, vacunación y otros aspectos relacionados con la salud de la mascota.

La programación de este servicio requiere agendamiento previo en la plataforma. La oportunidad de encontrar una agenda disponible será de un máximo de cuarenta y ocho (48) a sesenta (60) horas, y la duración de la atención será de treinta (30) minutos por consulta. El servicio estará disponible de lunes a domingo, en el horario de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Cantidad de servicios: Ilimitada.



SECCIÓN II

¿QUÉ NO ME CUBRE LA PÓLIZA? (EXCLUSIONES)

EXCLUSIONES* AL AMPARO BÁSICO

Exclusión: Hechos o circunstancias que no están incluidos en las coberturas de la póliza.

2.1 ¿Qué no me cubre el amparo de muerte accidental?

Las indemnizaciones previstas en este amparo no se pagarán, cuando la muerte accidental sea consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, o cuando ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Fenómenos sísmicos o volcánicos, inundaciones o lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
- b. Cuando el asegurado se encuentre bajo el influjo de bebidas embriagantes, drogas tóxicas o alucinógenas o por infracción de la ley, esto es, conductas tipificadas como delito o contravención.
- c. Cuando el siniestro ocurra estando el asegurado en representación de equipos deportivos profesionales, ligas menores o inferiores y mayores.

EXCLUSIONES A LAS ASISTENCIAS

2.2 ¿Qué no me cubren LAS ASISTENCIAS?

No se prestará asistencia en los siguientes casos:

- a. Accidentes ocasionados bajo los efectos del alcohol, drogas y cualquier clase de narcóticos, y cuando se encuentre conduciendo un vehículo de tracción, sólo se cubre a quien no está conduciendo (copiloto y pasajeros). Asimismo, accidentes ocasionados por infringir la ley.
- b. Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, entre otros.
- c. Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"



- d. Los eventos y consecuencias de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones entre otros.
- e. El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del usuario y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del usuario de la asistencia.
- f. Los tratamientos que a causa de un accidente requieran control de enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas, enfermedades preexistentes o crónicas, conocidas o no por el usuario.
- g. Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo, todo tipo de chequeos preventivos, hernias y sus consecuencias, de curación total, o exámenes y/o hospitalizaciones después de superada la emergencia.
- h. No se cubrirán servicios de asistencia cuando el motivo de la solicitud sea la ejecución de trabajos o tareas que impliquen riesgo profesional, ni las lesiones clasificadas como resultado de esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas con el trabajo, lesiones por trauma continuado o continuo, o similares, así como sus consecuencias posteriores, incluyendo tratamientos quirúrgicos en cualquier momento.
- i. No se brindará asistencia de ningún tipo al asegurado en situación migratoria o laboral ilegal.
- j. Accidentes, u otros casos que requieran atención médica inmediata presencial.
- k. Tratamientos y/o especialidades no contempladas o especificadas en este documento.
- l. Los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como telemedicina o teleorientación virtual.
- m. Se excluye la transcripción de incapacidades, los medicamentos y los exámenes que se hayan podido formular.
- n. Problemas de salud mental que requieran intervención de urgencia o evaluación presencial.
- o. Atención de enfermedades crónicas que necesiten una gestión continuada y presencial según las pautas médicas estándar.
- p. Problemas de salud que requieran pruebas físicas o diagnósticos que no puedan realizarse de manera remota.
- q. Medicamentos controlados que requieren una evaluación física antes de la prescripción y, por lo tanto, no pueden ser manejados completamente a través de la telemedicina.
- r. Los gastos incurridos por la compra de medicamentos o la realización de exámenes de laboratorio que se hayan podido formular.
- s. Cualquier gasto derivado a un proceso clínico, paraclínico y/o terapéutico que deba realizarse el asegurado, así como los medicamentos no suministrados en la visita domiciliaria, deberán ser asumidos directamente por el asegurado.
- t. Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del asegurado, se encuentran excluidos de toda asistencia.



- u. Quedan excluidos los viajes realizados con fines laborales, profesionales, o aquellos que impliquen actividades de alto riesgo en donde se exponga la vida, se esté expuesto a sustancias peligrosas, al manejo de maquinarias pesadas o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos, que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra un accidente o una enfermedad consecencial, quedará excluido de los servicios asistenciales, y en estos casos será obligación patronal asumirlos a través de su plan de responsabilidad de riesgos profesionales.



SECCIÓN III

CONDICIONES GENERALES

3.1 ¿Cuál es la forma de pago de la póliza?

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual deberá efectuarse contra entrega de la póliza, o en su caso, de los certificados o anexos expedidos con fundamento en la misma.

3.2 ¿Qué personas no son asegurables?

- No son personas asegurables, clientes reportados en cualquier lista vinculante para Colombia*, o aquellas personas que dentro de las debidas comprobaciones que efectúa la Compañía se encuentren vinculadas en actividades al margen de la ley, delitos o situaciones relacionadas con actividades ilícitas o delictivas.

Lista Vinculante: Son aquellas bases de datos nacionales e internacionales que recogen información, reportes y antecedentes de diferentes organismos, tratándose de personas naturales y jurídicas, que pueden presentar actividades sospechosas y/o lavado de activo.

3.3 ¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?

- Edad mínima de ingreso:** Dieciocho (18) años.
- Edad máxima de ingreso:** Setenta y cuatro (74) años más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- Edad permanencia:** Hasta los Setenta y cinco (75) años más trescientos sesenta y cuatro (364) días.

3.4 ¿Cuál es el monto individual máximo que la aseguradora paga en caso de siniestro?

El monto máximo para cada asegurado en caso de siniestro será el establecido en el certificado individual de



seguros y constituirá la máxima responsabilidad de pago de la Compañía.

3.5 ¿Quiénes son los beneficiarios?

Las personas designadas por el asegurado como beneficiarios en el certificado individual de seguro, o en su defecto, aquellas que determine la ley conforme a la normativa vigente.

3.6 ¿Qué documentos debo presentar en caso de reclamación por muerte?

Sin perjuicio de la libertad probatoria, los documentos que el asegurado o beneficiario debe aportar para presentar la reclamación son, entre otros, los que a continuación se mencionan, en todo caso le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

Los beneficiarios deben acreditar:

- El fallecimiento accidental del asegurado
- Su calidad de beneficiario del asegurado

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR EL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO:

- Carta formal de reclamación relatando los hechos.
- Copia del registro civil de defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad y original del registro civil de nacimiento del asegurado, según corresponda (mayor o menor de edad).
- Copia de la historia clínica completa.
- Formato SARLAFT debidamente diligenciado por el o los beneficiarios.
- Copia del acta de levantamiento del cadáver para el caso de muerte accidental.
- Copia del informe de necropsia.
- Documentos que acrediten parentesco. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de 7 años, copia de la tarjeta de identidad para los menores de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de edad. Copia auténtica del registro civil de matrimonio o declaración extra juicio en caso de unión marital de hecho.
- Certificación bancaria del reclamante.



DOCUMENTOS PARA ACREDITAR LA CALIDAD DE BENEFICIARIO (CÓNYUGE O HIJO DEL ASEGURADO FALLECIDO):

- **HIJOS:**
Copia auténtica del registro civil de nacimiento, y fotocopia del documento de identificación para los beneficiarios mayores de edad.
- **ESPOSOS O COMPAÑEROS PERMANENTES:**
Copia auténtica del registro civil de matrimonio o declaración extrajuicio, en caso de unión marital de hecho. Diligenciar y adjuntar el formulario SARLAFT que le entregará la aseguradora y una certificación bancaria por cada uno de los beneficiarios.

La compañía se reserva el derecho de solicitar, a su consideración, documentos adicionales o aclaración de los aportados, en caso de que así lo amerite la reclamación.

3.7 Cómo realizo el proceso de Reclamación:

3.7.1 Procedimiento ágil de reclamación

Los beneficiarios deberán presentar la reclamación a través del siguiente enlace: [https://www.segurosmondial.com.co/personas/seguros-personales/accidentes-y-salud/ap-emergencias-medicas/Radica aquí tu siniestro](https://www.segurosmondial.com.co/personas/seguros-personales/accidentes-y-salud/ap-emergencias-medicas/Radica_aquí_tu_siniestro). Se deben anexar los documentos requeridos y necesarios que acrediten la ocurrencia y cuantía del siniestro y la calidad de beneficiario.

Una vez completado el proceso de radicación de la reclamación, el beneficiario recibirá la notificación de radicación de la solicitud correspondiente en la dirección de correo electrónico registrada. En caso de no recibir notificación de radicación de solicitud, se recomienda revisar la bandeja de correo no deseado.

3.8 ¿Cuándo me dan respuesta?

La Compañía emitirá respuesta a la reclamación dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación de los documentos requeridos, a través de correo certificado notificacionessalud@segurosmondial.com.co la respuesta puede ser:

- **APROBADO:** En este caso, el pago del valor asegurado se realizará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la aprobación.



- **NO APROBADO:** Se enviará una comunicación escrita al reclamante, explicando de manera detallada las razones por las cuales lo reclamado no cuenta con cobertura.

3.9 ¿Cómo será indemnizado en caso de Siniestro?

En caso de ocurrir el evento amparado por la presente Póliza, Seguros Mundial efectuará el pago de la indemnización **dentro de los 15 días hábiles siguientes** a la fecha en que se haya comprobado plenamente el derecho del asegurado o beneficiario para afectar la póliza.

Conforme a la estipulación anterior, el pago por muerte se hará al (los) beneficiario(s) del Asegurado previa acreditación de la ocurrencia y cuantía del siniestro y del parentesco.

3.10 ¿Cómo hacer uso de los servicios de Asistencia?

La compañía pone a disposición del asegurado la herramienta web/ecosistema para acceder a los servicios de asistencia, siguiendo el procedimiento descrito a continuación:

1. Ingresar a través del Link <https://emergenciamedicamundial.medismart.live/>
2. Ingresar el usuario (número de Documento)
3. Ingresar clave (seis (6) primeros dígitos del documento)
4. Hacer Clic en "Ingresar" para acceder a las asistencias.

3.11 Activación de la Asistencia Médico a Domicilio

El asegurado y/o beneficiario debe acceder a la herramienta web/ecosistema utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Atención Inmediata con Médico General". En este espacio, el profesional de la salud llevará a cabo una valoración del paciente a través de una video consulta y, en caso de ser necesario según su diagnóstico, activará la valoración presencial del médico a domicilio, sujeto a la cobertura geográfica del servicio.

Este proceso puede requerir un tiempo estimado de 2 a 5 horas, desde el momento en que el médico activa el servicio a domicilio hasta activación del servicio hasta la llegada del médico al lugar de atención.

Este servicio se activará desde la herramienta dispuesta a cada asegurado y es el médico por video consulta quien determinará y activará el envío de un médico según la condición del usuario.



3.12 Activación de la Asistencia Traslado en Ambulancia (Traslado Médico Terrestre)

El asegurado debe acceder a la herramienta web/ecosistema utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Atención Inmediata con Médico General". En este espacio, el profesional de la salud llevará a cabo una valoración del paciente a través de una video consulta y, en caso de ser necesario según su diagnóstico, activará el servicio de traslado en ambulancia hasta el centro médico más cercano.

Este proceso puede demandar un tiempo estimado de 2 a 5 horas, desde que el médico activa el servicio de traslado en ambulancia hasta que se concluye todo el procedimiento necesario para garantizar la recogida del paciente, y posterior traslado al centro médico más cercano. Este tiempo puede variar según la ubicación y disponibilidad de ambulancias en la zona de atención.

La activación se realiza desde la atención de fila única y es el médico por video consulta quien determina y activa el envío de la ambulancia de transporte asistencial básico (TAB), según la condición del asegurado.

3.13 Activación de Asistencia Envío de Medicamentos

El asegurado debe acceder a la herramienta web/ecosistema utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Envío de Medicamentos". En este espacio, el asegurado deberá completar un formulario con la información requerida para que el centro de experiencia autorizado por la Compañía lo contacte a través de una llamada en menos de 12 horas y coordine el servicio. Es necesario programar el servicio con al menos cuarenta y ocho (48) horas hábiles de anticipación.

3.14 Activación ASISTENCIA BENEFICIO POR PERMANENCIA 6 MESES TRASLADO A CITAS MÉDICAS

El asegurado debe acceder a la herramienta web/ecosistema utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Traslado a Citas Médicas". En este espacio, el asegurado deberá completar un formulario con la información requerida para que el centro de experiencia autorizado por la Compañía lo contacte a través de una llamada en menos de 12 horas, y coordine el servicio. Es necesario programar el servicio con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación.

3.15 Activación Asistencia Viaje Internacional

El asegurado debe acceder a la herramienta web/ecosistema utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Asistencia Viaje Internacional". En este espacio, el asegurado deberá



completar un formulario con la información requerida para que el centro de experiencia autorizado por la compañía lo contacte a través de una llamada en menos de 12 horas, y coordine el servicio. Es indispensable que la solicitud del servicio se realice con al menos setenta y dos (72) horas hábiles de anticipación.



SECCIÓN IV

OTRAS DISPOSICIONES

4.1 ¿Cuándo se puede revocar el contrato?

En concordancia con lo previsto por el artículo 1071 del Código de Comercio, el presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por 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; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso, la revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la 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 prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tarifa de Seguros a corto plazo: Será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual, en caso de siniestro, indemnizable a la luz del contrato, la prima se entenderá totalmente devengada por Seguros Mundial.

4.2 Prescripción

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por el artículo 1081 del Código de Comercio: "La prescripción ordinaria será de dos 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.

Prescripción: Modo de pérdida de vigencia o eficacia de un derecho u acción como consecuencia de haber dejado pasar el plazo que la Ley determina para su ejercicio.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes."



4.3 Autorización de la información

El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario al solicitar la póliza, autorizará de forma previa, expresa e informada a Seguros Mundial en calidad de responsable a realizar el tratamiento de los datos personales, los cuales son recolectados, custodiados, gestionados y circulados para la prestación de los servicios inherentes a la actividad aseguradora y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cuál puede ser consultada en: <https://www.segurosmondial.com.co/proteccion-de-datos/>.

Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos personales, de la misma manera los canales y procedimientos definidos para garantizar el derecho al habeas data.

Finalmente, manifiesta que, los datos personales suministrados son veraces, completos, exactos y actualizados.

4.4 Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito, con excepción del aviso del siniestro, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo electrónico o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes ya sea física o digital. Para tal efecto, en la carátula de la póliza se indica la dirección de Seguros Mundial para la notificación.

4.5 Disposiciones Legales

La presente póliza y sus anexos se regirán por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias aplicables.

4.5.1 Declaración inexacta o reticente

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Seguros Mundial.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Seguros Mundial, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. 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 Seguros Mundial 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.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual. Las sanciones anteriores no son aplicables si Seguros Mundial, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

4.5.2 Cambio de dirección de residencia o domicilio

El tomador deberá comunicar por escrito a SEGUROS MUNDIAL sobre cualquier cambio de dirección de residencia, domicilio o correo electrónico. Todas las comunicaciones serán enviadas a la última dirección (física o electrónica) comunicada por el Tomador; en consecuencia, SEGUROS MUNDIAL no será responsable, en ningún caso, por la remisión de comunicaciones a la dirección antigua, cuando el tomador hubiere incumplido con esta obligación, y dará por conocido el contenido de estas.

4.5.3 Domicilio

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de esta.

4.5.4 Normas Supletorias

Para lo no previsto en las condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del código de comercio colombiano, y demás normas que lo notifiquen o adicionen.

4.5.5 Cláusula Anticorrupción y Antisoborno

En aquellos eventos en los que el Tomador y/o Asegurado, con ocasión de la celebración o ejecución del contrato, reciba un beneficio indebido de forma directa o indirecta, o incumpla las disposiciones legales



vigentes en materia de lucha contra la corrupción, la presente póliza no otorgará cobertura, ni el Asegurador será responsable de pagar indemnización o beneficio alguno.

4.5.6 Cláusula Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo

La presente póliza no otorgará cobertura, ni el Asegurador será responsable de pagar reclamación o beneficio alguno en aquellos casos en los que el pago de dichas reclamaciones o el otorgamiento de dichos beneficios puedan exponer al Asegurador a una sanción, prohibición o restricción a nivel local y/o internacional relacionada con el delito de Lavado de Activos y/o la Financiación del Terrorismo.

El Tomador y/o Asegurado manifiesta bajo la gravedad del juramento que sus actividades provienen de actividades lícitas y no se encuentra incluido en ninguna lista restrictiva, para lo cual autoriza a la Aseguradora para realizar la respectiva consulta en las mismas. El tomador y /o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta a al tomador/ asegurado, este deberá informar tal circunstancia a SEGUROS MUNDIAL, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.



DEFINICIONES

- **Asegurado:** Es la persona natural o jurídica que recibe la cobertura del seguro por estar expuesta en si misma o en sus bienes al riesgo.
- **Aseguradora:** Compañía vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia que asume el riesgo asegurado y se compromete a pagar a indemnización en caso de que ocurra un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura por la póliza.
- **Tomador:** Es la persona mayor de 18 años que contrata el seguro al asegurador, y se obliga al pago de la prima.
- **Póliza:** Es el contrato entre el asegurado y la aseguradora, en este documento constan las condiciones del contrato de seguro en las que sea reflejan las normas que regulan las relaciones contractuales entre el asegurador y asegurado. Documento legal que detalla los términos y condiciones del seguro.
- **Prima:** Es el monto o aportación económica que debe pagar el contratante del seguro a la compañía aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura del riesgo que este le ofrece.
- **Cobertura:** Es la obligación principal del asegurador en un contrato de seguro, consistente en hacerse cargo, hasta el límite de la suma asegurada, de las consecuencias económicas que se deriven de un siniestro. También es, la protección específica que ofrece la póliza frente a ciertos riesgos.



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"



- **Siniestro:** Es el evento o suceso que activa la cobertura de la póliza y genera la obligación del asegurador de indemnizar.
- **Indemnización:** Es el pago que realiza la aseguradora al asegurado o beneficiario tras la acreditación de la ocurrencia de un siniestro.
- **Beneficiario:** Persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
- **Exclusiones:** Son las situaciones o eventos que no están cubiertos por la póliza.
- **Reclamación:** Solicitud formal del asegurado o beneficiario para recibir una indemnización.
- **Valor asegurado:** Es el valor máximo por el cual un bien o persona está asegurado en la póliza. Es el límite de la responsabilidad de la aseguradora
- **Vigencia:** Período de tiempo en el que el contenido del contrato de seguro surte plenos efectos de obligatorio cumplimiento por las partes.

DEFINICIONES APLICABLES A LA ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL

- **Accidente:** Evento que genera un daño corporal al asegurado, causado por agentes extraños, fuera de control. en movimiento, violentos, visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes y no de otra causa. Si el daño corporal es producido por causas diferentes a las anteriores mencionadas, el asegurado tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad descrito en la póliza.
- **Accidente grave:** Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva. En general todo accidente en el cual este en riesgo la vida del paciente.
- **Catástrofe:** Suceso que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.
- **Deportes amateurs:** Actividad deportiva practicada por aficionados, con fines recreativos u ocio.
- **Deportes profesionales:** Actividad deportiva practicada con o sin ánimo de lucro, realizado en cualquier tipo de competencia como Intercolegiados, torneos, campeonatos, deportes que supongan un alto riesgo, entre otros.
- **Enfermedad o condición médica aguda:** Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiese interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.
- **Enfermedad congénita:** Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.
- **Enfermedad crónica:** Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"



- **Enfermedad o condición médica preexistente:** Todo proceso físico patológico con un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del asegurado antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, también se consideran preexistentes las enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.
- **Enfermedad o condición médica recurrente:** Regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad o condición luego de haber sido tratada.
- **Enfermedad o condición médica repentina o imprevista:** Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída por el asegurado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del servicio de asistencia médica para viajes.
- **Enfermedad grave:** Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestadas por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible es decir cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes o no permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para cualquier actividad y requiera o no la asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida.
- **Fuerza mayor:** Evento que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.
- **Médico tratante:** Profesional médico provisto o autorizado por la Compañía que presta servicios médicos al asegurado en el lugar donde se encuentra este último.
- **Paciente estable:** Que no presenta variación de su estado de salud y suele hacer referencia a que los síntomas y signos no han cambiado recientemente.
- **Plan o producto de asistencia:** Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del asegurado.
- **Plazo o período de carencia:** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"



póliza, siempre que el asegurado ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

- **Vigencia – validez:** Transcurre desde las cero horas del día de comienzo de la vigencia de la póliza, estando el asegurado en territorio extranjero, hasta las 24 (23.59) horas del día del fin de dicha validez. La finalización de la vigencia implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia.
- **Ciudad de residencia:** La ciudad de domicilio habitual y permanente de un Beneficiario que en este caso debe ser en Colombia.
- **Prestación:** Es el momento en el cual el asegurado presenta solicitud para acceder a los servicios del programa de asistencia.
- **Período de vigencia del servicio:** El asegurado podrá hacer uso del servicio de asistencias solamente dentro de la vigencia del certificado individual de seguro a la cual accede estas asistencias.



¿DÓNDE PUEDO COMUNICARME?

Para cualquier solicitud o inquietud, puede hacerlo a través de las siguientes opciones:



LÍNEAS DE ATENCIÓN EN BOGOTÁ
(+601) 327 4712 / OPCIÓN 2-2

LÍNEA NACIONAL
01 8000 111 935

Firma Autorizada

Angela Munar
Representante Legal
Compañía Mundial de Seguros S.A.



COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

TOMADOR



Póliza de Seguro
Accidentes Personales
"Emergencias Médicas"