



VIGENCIA 2023 – 2024

**ASEGURADORA: ZURICH COLOMBIA
SEGUROS S.A.**

CONDICIONADO DE ASISTENCIA PROGRAMA DE PARQUES NATURALES

INTRODUCCIÓN.....	2
PLAN DE ASISTENCIA.....	2
ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO.....	2
OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	3
OBLIGACIONES ASUMIDAS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.....	4
PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA.....	4
ASISTENCIAS INCLUIDAS.....	5
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES.....	10
DEFINICIONES.....	16
EXCLUSIONES GENERALES.....	20

48horassdía



INTRODUCCIÓN

Con ocasión del seguro emitido por LA ASEGURADORA, entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, se prestará un servicio de asistencia (en adelante el (los) “Servicio (s)”) al ASEGURADO del seguro, que haya sido expresamente contratado por el tomador y/o asegurado. El servicio de asistencia será prestado al ASEGURADO, bajo las condiciones que se indican en el presente documento, los cuales serán prestados o coordinados a través de 48 HOORASS DIA (para el presente anexo será 48 HOORASS DÍA) designado por LA ASEGURADORA para la prestación del Servicio, denominado en adelante “48 HOORASS DIA (48 HOORASS DÍA)”.

PLAN DE ASISTENCIA

ASISTENCIA	Cobertura
Gastos médicos por accidente	COP 10.000.000
Gastos médicos por enfermedad	COP 5.000.000
Medicamentos	COP 1.000.000
Telemedicina	Incluida
Gastos traslados por accidente o enfermedad	COP 10.000.000
Traslado y estadía de un acompañante en caso de accidente	COP 10.000.000
Traslado y estadía de un acompañante en caso de muerte accidental	COP 10.000.000
Traslado de restos mortales	COP 10.000.000
Enfermera en casa en caso de accidente: máximo 3 días	COP 100.000 diarios
Hotel por convalecencia accidental	COP 2.000.000
Odontología de urgencia por accidente	COP 2.000.000
Cobertura geográfica	Santa Marta
Gastos de hotel por COVID-19 positivo	COP 800.000

AP	Cobertura
Muerte Accidental	COP 30.000.000
ITP Accidental	COP 30.000.000
Desmembración Accidental	COP 30.000.000
Asistencia Parques	COP 3.000.000

ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO

Las presentes Condiciones Generales, junto con la restante documentación se pone a disposición del asegurado al momento de la compra del plan, conforman el contrato de asistencia médica que



brinda LA ASEGURADORA. El afiliado declara conocer y aceptar las presentes Condiciones Generales, dicha aceptación queda ratificada por medio de cualquiera de los siguientes actos:

- El pago de los servicios contratados
- El uso o el intento de uso de cualquiera de los servicios contratados

En ambos casos, el asegurado reconoce que ha elegido, leído y que acepta todos los términos y condiciones de los servicios expresados en las presentes Condiciones Generales y que las mismas rigen la relación entre las partes en todo momento convirtiéndose en un contrato de adhesión.

En caso de que no exista cobertura geográfica en el lugar donde reside, la compañía previa autorización de la línea de atención y presentación de facturas, procede a reembolsar el valor de los gastos en que haya incurrido el titular hasta el límite máximo que se tenga contemplado en cada cobertura.

La cobertura es a nivel nacional para los servicios de teleasistencias y en ciudades principales para los servicios asistenciales.

El asegurado podrá renovar esta asistencia siempre que el estado de salud no se encuentre diagnosticado en fase terminal.

Los eventos no son acumulables en cada renovación.

No se cubren preexistencias.

Todo evento o suceso presentado, en la renovación será considerado como preexistencia.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En todos los casos, para la obtención de los servicios el ASEGURADO debe:

- Solicitar y obtener la autorización de 48 HOORASS DIA antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con los beneficios otorgados por el producto otorgado de asistencia. En los casos donde no se haya solicitado la autorización a 48 HOORASS DIA (48 HOORASS DÍA) ni se haya obtenido la autorización, no procederán pagos algunos, ni darán derechos a reclamos.
- La notificación a 48 HOORASS DIA resulta imprescindible, aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que ni **LA COMPAÑÍA** ni su proveedor de asistencias podrán tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización del PROVEEDOR DE ASISTENCIA.
- Solicitar y obtener la autorización de 48 HOORASS DIA antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con beneficios por el producto otorgado de asistencia. En los casos donde no se haya solicitado la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, ni se haya obtenido la autorización, no procederán pagos.
- las soluciones indicadas y recomendadas por LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencias y llegado el caso, consentir con la repatriación a su ciudad de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.
- Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual pago por 48



HOORASS DIA y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a 48 HOORASS DIA la evaluación del caso.

- El asegurado debe contactar a la línea de asistencias de LA ASEGURADORA en los casos en que necesite acceder a uno de los servicios que hacen parte de las coberturas de estos planes.

OBLIGACIONES ASUMIDAS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

- Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia de la póliza.
- 48 HOORASS DIA se obliga a analizar cada solicitud de pagos para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo a las presentes condiciones generales y montos de cobertura de la póliza contratado.
- Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en el marco del presente contrato, podrán ser abonados en moneda local (COP). Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:
 - 1) El ASEGURADO tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día finalización de la vigencia del producto otorgado para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso de pagos. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún pago.
 - 2) Una vez recibidos los documentos, **48 HOORASS DIA** tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Beneficiario.
 - 3) Con todos los documentos necesarios en mano, **48 HOORASS DIA** procederá durante los siguientes quince (15) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
 - 4) Siendo procedente el reembolso, **48 HOORASS DIA** procederá a efectuar el pago en 15 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

Nota: Los reembolsos pagados directamente por 48 HOORASS DIA pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. 48 HOORASS DIA asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del Beneficiario serán cubiertos por el mismo.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA

En caso de necesitar asistencia, el ASEGURADO contactará a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el ASEGURADO debe solicitar la llamada a los números habilitados indicados. Es obligación del asegurado siempre llamar y reportar la emergencia o por medio de los salvavidas o paramédicos en el caso de Tayrona y playas aledañas. En los casos en que el asegurado no pueda hacerlo personalmente debido a una emergencia vital,



deberá y podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar, pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las 24 horas de haber sucedido la emergencia, en caso de tratarse de una asistencia ambulatoria el aviso deberá hacerse inmediatamente.

Los teléfonos estarán al servicio de los clientes los 7 días de la semana, las 24 horas, todos los días del año.

Líneas de Asistencia

Línea Nacional: 01 8005185127

Nota: El ASEGURADO deberá comunicarse a los números indicados en el producto otorgado.

ASISTENCIAS INCLUIDAS

Cuando como consecuencia de un accidente o una enfermedad general, el usuario requiera una atención médica de urgencia, **48 HOORASS DIA** pondrá a su disposición la red de proveedores y servicios idóneos de acuerdo con cada caso y la cobertura contratada exclusivamente dentro del territorio nacional. Los servicios de Asistencia Médica serán prestados únicamente a través de la red de proveedores médicos, ambulancias y medios de transporte en general adscritos a la red de **48 HOORASS DIA**, estos servicios son:

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente, dicha atención por especialistas del campo de la salud.
- Atención por Especialistas: El ASEGURADO contará con personal capacitado ante cualquier emergencia en las ramas de la salud que requiera. Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

Internaciones: De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente, y siempre que 48 HOORASS DIA así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este servicio aplicará únicamente al asegurado del producto otorgado y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.

- Intervenciones Quirúrgicas: Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del ASEGURADO a su ciudad de origen.

Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad causada por accidente o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de 48 HOORASS DIA se autorizará este servicio.

NOTA: 48 HOORASS DIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación a la ciudad de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de 48 HOORASS DIA fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del ASEGURADO. Se prestarán los servicios



antes mencionados únicamente cuando sea indicada y autorizada por los servicios de asistencia de **la compañía** a través de su proveedor de asistencia o por el médico tratante.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD

- Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente, dicha atención por especialistas del campo de la salud.
- Atención por Especialistas: El ASEGURADO contará con personal capacitado ante cualquier emergencia en las ramas de la salud que competa. Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA a través de su PROVEEDOR DE ASISTENCIA.
- Internaciones: De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente, y siempre que 48 HOORASS DIA así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este servicio aplicará únicamente al ASEGURADO del producto otorgado y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.
- Intervenciones Quirúrgicas: Cuando sean autorizadas por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del ASEGURADO a su ciudad de origen.
- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad causada por accidente o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización de 48 HOORASS DIA se autorizará este servicio.

NOTA: 48 HOORASS DIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación a la ciudad de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de 48 HOORASS DIA fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del ASEGURADO. Se prestará los servicios antes mencionados únicamente cuando sea indicada y autorizada por el departamento médico d48 HOORASS DIA o por el médico tratante.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$5.000.000.

MEDICAMENTOS

Dentro de los límites de cobertura, 48 HOORASS DIA se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de Asistencia hasta los montos establecidos en los topes de cobertura del producto otorgado.

Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por el proveedor de asistencia, así hayan sido diagnosticados por el médico tratante de los servicios de asistencia. Se encuentran también excluidos los medicamentos



por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aún en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el departamento médico del proveedor de asistencia. Tampoco se cubrirán bajo ningún motivo las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar, así hayan sido diagnosticados por el médico tratante de los servicios de asistencia.

Nota: las prescripciones médicas destinadas a la recuperación inicial de los síntomas a causa de un accidente, sólo serán autorizadas por los primeros 15 días de tratamiento.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$1.000.000

ODONTOLOGÍA DE URGENCIA POR ACCIDENTE

En los límites de cobertura, 48 HOORASS DIA se hará cargo de los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y/o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente. Los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de la cobertura.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$2.000.000

GASTOS TRASLADOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

En caso de emergencia o de urgencia 48 HOORASS DIA lo juzgare necesario, se organizará el traslado del ASEGURADO al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que 48 HOORASS DIA considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por 48 HOORASS DIA solo cubrirá los servicios que han sido previamente autorizados. Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del ASEGURADO accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad de residencia habitual. Solamente 48 HOORASS DIA podrá autorizar a tomar todos los beneficios mencionados en esta cláusula.

48 HOORASS DIA únicamente cubre servicios previamente autorizados.

La repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante d48 HOORASS DIA en el caso en que el asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado o sin solicitar la opinión d48 HOORASS DIA el presente amparo no cubrirá al asegurado o sus familiares.

Cuando 48 HOORASS DIA en común acuerdo con el Médico Tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad de



residencia 48 HOORASS DIA se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un tiquete sin posibilidad de cambio. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por 48 HOORASS DIA desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de ruedas, caminador, acompañamiento médico, etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de un evento que figura dentro de las exclusiones generales.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000

TRASLADO DE RESTOS MORTALES

Se cubre en caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia del producto otorgado por 48 HOORASS DIA a causa de un evento no excluido en las condiciones generales. 48 HOORASS DIA organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte nacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso a la ciudad de residencia habitual del fallecido, hasta el monto especificado en los beneficios. Si el derechohabiente lo desea, dentro de esta misma cobertura, puede optar por la cremación del cuerpo y también estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y traslado de cenizas hasta la ciudad de residencia habitual del fallecido.

Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en la ciudad de residencia e inhumación no estarán a cargo LA COMPAÑÍA ni de su proveedor de asistencias.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

TRASLADO Y ESTADÍA DE UN ACOMPAÑANTE EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de muerte accidental o de que la hospitalización de un ASEGURADO por un accidente, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, 48 HOORASS DIA se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en el monto de beneficios de los productos, el ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 150.000 (ciento cincuenta mil pesos colombianos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000

TRASLADO Y ESTADÍA DE UN ACOMPAÑANTE EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso de muerte accidental o de que la hospitalización de un ASEGURADO por un accidente, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, 48 HOORASS DIA se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en monto de beneficios de los productos, el ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 150.000 (ciento cincuenta mil pesos colombianos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

HOTEL POR CONVALECENCIA ACCIDENTAL

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, el ASEGURADO hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (5) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, 48 HOORASS DIA cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su producto otorgado, con un máximo de 10 (diez) días. Este ítem aplicará únicamente al ASEGURADO del producto otorgado, y bajo ningún motivo se cubrirán los gastos para una persona acompañante. Se aclara que 48 HOORASS DIA (48 HOORASS DÍA) no asumirá ningún gasto de hotel por convalecencia cuando la internación haya sido suscitada por una exclusión del condicionado general. El ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 200.000 (doscientos mil pesos colombianos) diarios hasta por diez (10) días o hasta los días recomendados de convalecencia, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$2.000.000.

ENFERMERA EN CASA EN CASO DE ACCIDENTE

En aquellos casos que el ASEGURADO, debido a un accidente, requiriera la asistencia de una enfermera para un acompañamiento en sus terapias, administración de medicamentos y cuidados que requieran la condición del paciente. Este servicio se prestará por máximo 3 días, y la cobertura diaria no podrá exceder el monto de COP 100.000 (cien mil pesos colombianos).

NOTA: A través del servicio de Telemedicina, o por recomendación del Médico Tratante, 48 HOORASS DIA define la autorización de un enfermero(a) según la condición médica del ASEGURADO.



Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$100.000 diarios, por máximo 3 días.

TELEMEDICINA

El ASEGURADO tendrá el servicio disponible las 24 horas del día los 365 días al año, con el propósito de atender citas virtuales de medicina general por parte de un Especialista en Telemedicina sobre su patología a través de una consulta médica. El ASEGURADO es valorado, diagnosticado y tratado, con las recomendaciones y prescripciones de medicamentos apropiadas, según las necesidades de su sintomatología.

Desde la comodidad de su vivienda el ASEGURADO de 48 HOORASS DIA podrá solicitar una asistencia médica virtual con alguno de los profesionales en la salud de **LA COMPAÑÍA** a través de su proveedor de asistencia; de acuerdo con la disponibilidad del usuario se pacta un horario de encuentro con el doctor. Un link es generado y enviado al ASEGURADO con el fin de iniciar la asistencia médica virtual.

NOTA: 48 HOORASS DIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico.

Límite de Eventos: N/A

Monto Límite por evento: Ilimitado

GASTOS DE HOTEL POR COVID-19 POSITIVO

Si el ASEGURADO es diagnosticado positivo para COVID-19, y el Médico Tratante le indica que debe permanecer en aislamiento, 48 HOORASS DIA cubrirá los gastos de Hotel, siempre y cuando la reserva ya paga por el pasajero haya finalizado. El ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 800.000 (ochocientos mil pesos colombianos) hasta por quince (15) días o hasta los días recomendados de aislamiento, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$800.000.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

DOCUMENTOS PARA ATENCION DE SINIESTRO Y ASISTENCIA

MUERTE ACCIDENTAL

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado o documento de identidad.



- Acta de levantamiento de cadáver, Necropsia, informe de autoridad competente Fiscalía o fotocopia legible del croquis de tránsito, según el caso.
- Fotocopia del registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Copia de la historia clínica con antecedentes.
- Copia de la declaración del médico tratante.
- Dictamen de Junta calificadora medica regional, EPS o ARL donde indica porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, fecha de dictamen y fecha de estructuración. (incluyendo la respectiva ponencia)

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

- Carta del reclamante presentando la solicitud de indemnización
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Historia clínica completa, incluyendo informe médico en el cual se indique el origen, evolución y naturaleza de la desmembración.
- Dictamen de pérdida de incapacidad por la ARL, EPS, o junta regional o nacional de calificación de invalidez.

MUERTE ACCIDENTAL

ZURICH ampara el riesgo de fallecimiento accidental del asegurado producido por un accidente no excluido, ocurrido dentro de la vigencia del seguro, siempre y cuando la muerte suceda durante los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del hecho accidental.

- Para efectos del amparo de vida por fallecimiento accidental, se entenderá por accidente, el hecho exterior, independiente, imprevisto, repentino, comprobable y fortuito ajeno a la voluntad del asegurado.
- La muerte causada por suicidio, homicidio o su tentativa, estarán amparados sólo si en el certificado de seguro expresamente se incluye su cobertura.
- Al valor asegurado contratado en este amparo se le deducirá el valor de la indemnización pagada por los amparos adicionales contratados, si en ellos se indica que aplica una deducción sobre este amparo

Límite de edad: Desde 1 año hasta 84 años más 364 días

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura

Monto Límite por evento: COP \$30,000,000

Exclusiones

- a) Eventos causados directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición,



- asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado, motín
- b) Prestación del servicio militar, en servicio activo y/o en ejercicio de sus funciones como militar, naval, aéreo o de policía, miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante.
 - c) Participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.
 - d) Participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo.
 - e) Por accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.
 - f) Fisión o fusión nuclear o radioactividad, sea en forma directa o indirecta.
 - g) Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
 - h) Intoxicación, salvo que se trate de envenenamiento causado por un tercero cuando el amparo de muerte por homicidio haya sido contratado.
 - i) Estrangulamiento de hernias de cualquier clase.
 - j) Infección bacteriana y tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente amparado por esta cobertura; cualquier enfermedad corporal o mental, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, pandemias y epidemias.
 - k) Lesiones corporales (internas o externas) que sufra el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, o que tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.
 - l) Enfermedades producidas por la picadura de insectos (vectores) que causen enfermedades tales como, pero sin limitarse a paludismo, la leishmaniasis, enfermedad de chagas, la tripanosomiasis africana, dengue, fiebre amarilla, chikunguña, filarisis linfática, entre otras.

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

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

ZURICH ampara la incapacidad total y permanente, que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente no excluido, cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva del accidente, se estructure dicha incapacidad y siempre y cuando la fecha de esta estructuración se encuentre dentro de la vigencia del certificado individual de seguro. La calificación de la incapacidad debe realizarse por la junta regional o nacional de calificación de invalidez de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez).



Para los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente, la pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%, producida por las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales cuando se produzcan como consecuencia del accidente. Para este evento la fecha del siniestro es la fecha de estructuración.

También se considera incapacidad total y permanente cualquiera de los siguientes eventos que sean consecuencia de un accidente:

- A. La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos
- B. La amputación de ambas manos o de ambos pies
- C. La pérdida de toda una mano y de todo un pie
- D. La pérdida de toda una mano o de todo un pie y la visión por un ojo
- E. La pérdida total del habla
- F. La pérdida total de la audición por ambos oídos.

La calificación de la pérdida de capacidad laboral de ser realizada por la EPS, ARL, o entidad del régimen general de pensiones y en caso de discrepancia por parte de la compañía, la calificación definitiva para este amparo será la establecida por el dictamen de la junta regional o nacional de calificación de invalidez que se encuentre en firme.

La incapacidad total y permanente no debe ser consecuencia directa de cualquier patología y/o lesiones por accidente que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual.

La incapacidad total y permanente por accidente debe tener una causa distinta a las lesiones ocasionadas por el asegurado.

La incapacidad total y permanente que sea consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.

Para efectos de lo anterior, se considerará como fecha de siniestro la fecha en que se haya presentado la pérdida. Hay pérdida cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- A. Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana o más proximal.
- B. Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana o más proximal.
- C. Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

El valor asegurado del amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por accidente plus, no es acumulable con el amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, el valor de la indemnización que se pague por este amparo será deducido del valor del amparo básico de muerte accidental. El valor de la indemnización corresponderá al valor asegurado del presente amparo menos el valor de las indemnizaciones pagadas por el amparo opción al de desmembración si este fuera contratado.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura

Monto Límite por evento: COP \$30,000,000

Límite de edad: Desde 1 año hasta 84 años más 364 días. Edades entre a 1 a 17 años las coberturas se proporcionan al 50%



Exclusiones

- a) Eventos causados directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado, motín
- b) Prestación del servicio militar, en servicio activo y/o en ejercicio de sus funciones como militar, naval, aéreo o de policía, miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante.
- c) Participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.
- d) Participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo.
- e) Por accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.
- f) Fisión o fusión nuclear o radioactividad, sea en forma directa o indirecta.
- g) Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- h) Intoxicación, salvo que se trate de envenenamiento causado por un tercero cuando el amparo de muerte por homicidio haya sido contratado.
- i) Estrangulamiento de hernias de cualquier clase.
- j) Infección bacteriana y tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente amparado por esta cobertura; cualquier enfermedad corporal o mental, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, pandemias y epidemias.
- k) Lesiones corporales (internas o externas) que sufra el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, o que tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.
- l) Enfermedades producidas por la picadura de insectos (vectores) que causen enfermedades tales como, pero sin limitarse a paludismo, la leishmaniasis, enfermedad de chagas, la tripanosomiasis africana, dengue, fiebre amarilla, chikunguña, filariasis linfática, entre otras.

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

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

ZURICH ampara la desmembración cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva de un accidente amparado y no excluido por esta póliza, el asegurado sufriera lesiones corporales (internas o externas). La desmembración debe ocurrir dentro de la vigencia del certificado individual de seguro.



La compañía pagará las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza para el amparo opcional de desmembración, los porcentajes que a continuación se describen:

Pérdida o inutilización Indemnización

1. Enajenación mental incurable: 100 %
2. Pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos: 100 %
3. Pérdida total e irrecuperable de la visión de un ojo: 50 %
4. Catarata traumática bilateral operada: 20 %
5. Catarata traumática unilateral operada: 10 %
6. Pérdida o inutilización de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie: 100 %
7. Pérdida o inutilización de una mano o de un pie junto con la pérdida de la visión por un ojo: 100 %
8. Pérdida total e irrecuperable del habla: 50 %
9. Pérdida total e irrecuperable de la audición por ambos oídos: 50 %
10. Pérdida total e irrecuperable de la audición por un oído: 25 %
11. Pérdida total e irrecuperable del olfato o del gusto: 5 %
12. Ablación o extirpación de la mandíbula inferior: 30 %
13. Pérdida o inutilización de una mano o de un pie: 50 %
14. Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de las manos: 25 %
15. Pérdida o inutilización de un dedo de cualquiera de las manos: 5 %
16. Pérdida o inutilización del dedo gordo de cualquiera de los pies: 10 %
17. Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de los pies: 5 %
18. Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de su capacidad, o pérdida de un riñón: 50 %

Se entiende por: a) manos: a la altura de la muñeca o por encima de ella; pies: a la altura del tobillo o por encima de él; dedos: al nivel de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsfalángicas o por encima de ellas.

Se entiende como pérdida o desmembración, la separación completa por amputación, o la inhabilidad total e irreparable por impotencia funcional. Para el caso de los dedos y artejos se entenderá por pérdida o desmembración la separación completa por amputación de la totalidad de las falanges.

La desmembración accidental causada por tentativa de homicidio, estará amparada sólo si el asegurado contrató el amparo opcional de muerte por homicidio.

El valor asegurado del amparo opcional de desmembración accidental no es acumulable con el amparo básico de muerte accidental y/o del amparo opcional por incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, el valor de la indemnización será deducido del valor asegurado de tales amparos.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura

Monto Límite por evento: COP \$30,000,000

Límite de edad: Desde 1 año hasta 84 años más 364 días. Edades entre a 1 a 17 años las coberturas se proporcionan al 50%

Exclusiones

- a) Eventos causados directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado, motín
- b) Prestación del servicio militar, en servicio activo y/o en ejercicio de sus funciones como militar, naval, aéreo o de policía, miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante.
- c) Participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo.
- d) Participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo.
- e) Por accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.
- f) Fisión o fusión nuclear o radioactividad, sea en forma directa o indirecta.
- g) Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- h) Intoxicación, salvo que se trate de envenenamiento causado por un tercero cuando el amparo de muerte por homicidio haya sido contratado.
- i) Estrangulamiento de hernias de cualquier clase.
- j) Infección bacteriana y tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente amparado por esta cobertura; cualquier enfermedad corporal o mental, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, pandemias y epidemias.
- k) Lesiones corporales (internas o externas) que sufra el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, o que tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.
- l) Enfermedades producidas por la picadura de insectos (vectores) que causen enfermedades tales como, pero sin limitarse a paludismo, la leishmaniasis, enfermedad de chagas, la tripanosomiasis africana, dengue, fiebre amarilla, chikunguña, filariasis linfática, entre otras.

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

DEFINICIONES

Asistencia Programa de Asistencias de Parques Naturales: Conjunto de servicios asistenciales descritos en el presente documento, ofrecido por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, a los ASEGURADOS que ingresarán a los Parques Naturales.



Accidente: Es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Asegurado, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos y visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. 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. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Asegurado tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.

Accidente Grave: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, 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 infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Proveedor de Servicios de Asistencia: Es la oficina de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA que coordina la prestación de los servicios requeridos por el ASEGURADO con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.

Cobertura Geográfica: La cobertura geográfica será en Magdalena, Colombia y los diferentes Parque Nacionales, la cobertura se dará a partir de los 100 km contados desde el lugar de residencia habitual del ASEGURADO. En todos los casos de asistencia brindada por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA DE ASISTENCIA será siempre y sin excepción, complementaria y en subsidio a la responsabilidad económica que pudiere corresponderle a la empresa de medicina prepaga y/u obra social, y/o seguro de salud, y/o póliza de seguro de cualquier tipo y/o servicio alguno de los cuales les hiciera parte el ASEGURADO.

Departamento Médico: Grupo de profesionales médicos DE ASISTENCIAS, que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

Deportes Amateur: Es el practicado por aficionados, por ocio y/o actividades recreativas.

Deportes Profesionales: Es el practicado 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 pudiere 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.

Enfermedad o Condición Médica Preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca 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, 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 vigor 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 con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Asegurado del servicio de asistencia médico para el Programa Parques Naturales.

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: La que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.

Gastos de Primera Necesidad: Gastos realizados por la compra de elementos de uso personal e intransferible. Se entienden por estos, única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (shampoo, acondicionador, jabón líquido, en barra, en polvo, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitado, máquina de afeitado, productos de higiene femenina) y maquillaje. Cualquier otro elemento no considerado dentro del listado anteriormente indicado, se entenderá como excluido de cualquier tipo de cobertura.

LA COMPAÑÍA: La Aseguradora

Límite de Eventos: Cantidad de asistencias a la cual tiene derecho el ASEGURADO dentro de la vigencia especificada en el detalle de las condiciones de prestación cada servicio de asistencia contados a partir de la fecha de venta.

Médico Tratante: Profesional médico provisto o autorizado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA que asiste 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.

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 del voucher, siempre que ASEGURADO ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

Red de Proveedores: Los proveedores de servicios de las diferentes especialidades y de salud con los cuales LA COMPAÑÍA ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del documento.

Rescate: Consiste en la aplicación de técnicas de estabilización, remoción, penetración, extracción de víctimas por desastres o accidentes, que se encuentran atrapados o aprisionados por estructuras, vehículos (aéreos, terrestres o acuáticos) o perdidos en zonas destinadas a la actividad ecoturística establecidas en el plan de manejo o en el plan de ordenamiento ecoturístico.

Salvavidas y/o paramédicos: Es el personal médico que se encontrará ubicado en el Parque Tayrona y playas aledañas, el cual se encargará de atender a los asegurados y brindarle una atención médica y determinar si es necesario la evacuación para utilización de los servicios de asistencias.

Situaciones de emergencia: Cualquier suceso, acontecimiento, situación o hecho de los descritos en el presente documento causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente, que le otorgue el derecho al ASEGURADO a recibir los Servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el período de vigencia y en las ciudades consignadas en el Ámbito Territorial.

Topes Máximos: Montos máximos de cobertura por parte de LA COMPAÑÍA indicados en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro para cada prestación y según el producto de asistencia contratado

Vigencia: Es el lapso en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados en los planes de un servicio de asistencia médica LA COMPAÑÍA, incluyendo éste, es el que transcurre desde las cero horas del día 20 de julio del 2022 hasta las 24 (23.59) horas del día 20 de julio del 2023. Los planes de la póliza operan bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un plan, no es posible interrumpir la misma. Los periodos de días no utilizados no son reembolsables. El propósito del viaje tendrá que ser turístico y en ningún momento podrá garantizar a personas que ejerzan una actividad profesional en el territorio nacional. Si el motivo del viaje del ASEGURADO fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización 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.

PARQUE TAYRONA Y PLAYAS ALEDAÑAS AL PARQUE:

- Cañaveral
- Arrecifes
- Cabo San Juan del Guía
- Bahía Concha
- Nenguanje



- Playa Cristal
- Piscina
- Arenilla
- Bahía Gayraca
- Buritaca
- Plata
- Rodadero
- Palomino
- Minca
- Taganga
- Playa Blanca, El Rodadero
- Playa de Don Diego
- Paso del Mango
- Mendihuaca
- Altos Guachaca.

PARQUES NATURALES:

- Parque Cocuy
- Parque Chicaque
- Parque Chingaza
- Parque Los Nevados
- Parque Río Melcocho
- Parque Guatapé
- Cascada de Sueva
- Guasca
- Los Estoraques.
- Caminatas Ecológicas en Departamentos de Cundinamarca, Bogotá y La Calera.

EXCLUSIONES GENERALES

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia 48 Hoorass Día los eventos siguientes:

- a) Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia 48 Hoorass Día, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
- b) Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
- c) Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa (riesgos laborales), intento o acción criminal o penal del usuario, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
- d) 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.



- e) Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.
- f) Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen, exceptuando los casos que sean derivados de accidentes cubiertos. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.
- g) Todo tipo de enfermedades mentales.
- h) El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Servicios de Asistencia.
- i) Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento 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 etc.
- j) 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.
- k) Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del usuario o de sus apoderados. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el usuario desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Servicios de Asistencia de 48 Hoorass Día tales como servicio de ambulancia terrestre y/o similar.
- l) Los tratamientos que a causa de un accidente precise del control de enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas, enfermedades preexistentes o crónicas, conocidas o no por el usuario.
- m) Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares.
- n) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el usuario hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del usuario, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.
- o) Cualquier gasto o asistencia que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Servicios de Asistencia 48 Hoorass Día.
- p) Las indemnizaciones, multas o sanciones a que fuere condenado el usuario.
- q) Cualquier gasto judicial o tributario en el cual pueda incurrir el usuario.
- r) Los beneficios no cubren informes, cambios, gestiones, demandas, defensas, registros tributarios ni ningún tipo de operación diferente a la orientación telefónica.
- s) 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 del accidente.
- t) Riesgos profesionales: si el motivo del servicio del usuario fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por



trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.

- u) Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos sin licencia de conducir
- v) No se brindará asistencia de ningún tipo al usuario en situación migratoria o laboral ilegal
48 Hoorass Día no tomará a su cargo costos por fisioterapias
- w) Que el asegurado se encuentre en situación migratoria o laboral ilegal.
- x) 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.





ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

TOMADOR AVIATUR			DIRECCION AV 19 NO 4 62		
IDENTIFICACIÓN T	860000018	TELÉFONO SIN TELEFONO	CIUDAD BOGOTA		
TOMADOR			CIUDAD BOGOTA		
ASEGURADO AVIATUR			DIRECCIÓN AV 19 NO 4 62		
IDENTIFICACIÓN T	860000018	TELÉFONO SIN TELEFONO	CIUDAD BOGOTA		
ASEGURADO			CIUDAD BOGOTA		

BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN
--------------	----------------	-----------------

MONEDA :	COP	FECHA EXPEDICIÓN	VIGENCIA				No. DIAS
TASA DE CAMBIO	1	2023/09/15	DESDE 2023/08/22	HORAS 00:00	HASTA 2024/08/21	HORAS 24:00	366

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES			
		Valor /	Porc.	Tipo	Mínimo
Muerte Accidental - Grupo	\$	0		.01	
Incapacidad Total Y Permanente (Itp) - Grupo	\$	0		.01	
Desmembracion - Grupo	\$	0		.01	
Asistencia Grupo	\$	0		.01	

FORMA DE PAGO	Cash	DETALLE DEL PAGO	
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARADERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMADEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.		PRIMA	\$
		DESCUENTOS	0
		IVA EN PESOS	\$
		VALOR TOTAL A PAGAR	\$
		VALOR TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$

INTERMEDIARIOS		
CLAVE	NOMBRE	% PARTICIPACIÓN
10003C23	AVIA CORREDORES DE SEGUROS	100

COASEGURO				
CODIGO	NOMBRE	% PARTICIP.	VR. ASEGURADO	VR.PRIMA

OBJETO DEL SEGURO

CONDICIONES PARTICULARES

TOMADOR
 PARQUES NATURALES – AVIATUR - NIT 860000018
 CORREDOR DE SEGUROS
 Avia corredores de seguros SA - Nit 860056784-7
 GRUPO ASEGURADO
 VISITANTES A LOS PARQUES
 BENEFICIARIOS
 LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO / LOS DE LEY
 MODALIDAD DE COLOCACION
 SEGURO MANDATORIO
 VERSION CLAUSULADO
 06/08/2021-1309-P-31-AP-PLUS-00000003-D001
 21/07/2021-1309-NT-P-31-AP-PLUS-00000002

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	--	-------	---------

NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMUN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223/95) / CODIGO ICA 6601 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F-FIG-33-INSIS/Rev. 07-2006

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

COBERTURAS

COBERTURA

DESCRIPCION

MUERTE ACCIDENTAL PLUS

Valor Asegurado: \$30,000,000

ZURICH ampara el riesgo de fallecimiento accidental del asegurado producido por un accidente no excluido, ocurrido dentro de la vigencia del CONDICIONES PARTICULARES

seguro, siempre y cuando la muerte suceda durante los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del hecho accidental.

- Para efectos del amparo de vida por fallecimiento accidental, se entenderá por accidente, el hecho exterior, independiente, imprevisto, repentino, comprobable y fortuito ajeno a la voluntad del asegurado.

- La muerte causada por suicidio, homicidio o su tentativa, estarán amparados sólo si en el certificado de seguro expresamente se incluye su cobertura.

- Al valor asegurado contratado en este amparo se le deducirá el valor de la indemnización pagada por los amparos adicionales contratados, si en ellos se indica que aplica una deducción sobre este amparo.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Muerte Accidental

ZURICH ampara la incapacidad total y permanente, que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente no excluido, cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva del accidente, se estructure dicha incapacidad y siempre y cuando la fecha de esta estructuración se encuentre dentro de la vigencia del certificado individual de seguro. La calificación de la incapacidad debe realizarse por la junta regional o nacional de calificación de invalidez de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez).

Para los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente, la pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%, producida por las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales cuando se produzcan como consecuencia del accidente. Para este evento la fecha del siniestro es la fecha de estructuración.

También se considera incapacidad total y permanente cualquiera de los siguientes eventos que sean consecuencia de un accidente: A.

La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos;

B. La amputación de ambas manos o de ambos pies;

C. La pérdida de toda una mano y de todo un pie;

D. La pérdida de toda una mano o de todo un pie y la visión por un ojo;

E. La pérdida total del habla;

F. La pérdida total de la audición por ambos oídos.

La calificación de la pérdida de capacidad laboral de ser realizada por la EPS, ARL, o entidad del régimen general de pensiones y en caso de discrepancia por parte de la compañía, la calificación definitiva para este amparo será la establecida por el dictamen de la junta regional o nacional de calificación de invalidez que se encuentre en firme.

La incapacidad total y permanente no debe ser consecuencia directa de cualquier patología y/o lesiones por accidente que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual.

La incapacidad total y permanente por accidente debe tener una causa distinta a las lesiones ocasionadas por el asegurado.

La incapacidad total y permanente que sea consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.

Para efectos de lo anterior, se considerará como fecha de siniestro la fecha en que se haya presentado la pérdida. Hay pérdida cuando se cumplan las siguientes condiciones:

A. Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana o más proximal.

B. Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana o más proximal.

C. Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

El valor asegurado del amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por accidente plus, no es acumulable con el amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, el valor de la indemnización que se pague por este amparo será deducido del valor del amparo básico de muerte accidental.

El valor de la indemnización corresponderá al valor asegurado del presente amparo menos el valor de las indemnizaciones pagadas por el amparo opción al de desmembración si este fuera contratado.

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Muerte Accidental

ZURICH ampara la desmembración cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva de un accidente amparado y no excluido por esta póliza, el asegurado sufriera lesiones corporales (internas o externas). La desmembración debe ocurrir dentro de la vigencia del certificado individual de seguro.

La compañía pagará las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza para el amparo opcional de desmembración, los porcentajes que a continuación se describen:

Pérdida o inutilización Indemnización

1 Enajenación mental incurable: 100 %

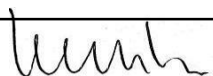
2 Pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos: 100 %

3 Pérdida total e irrecuperable de la visión de un ojo: 50 %

4 Catarata traumática bilateral operada: 20 %

5 Catarata traumática unilateral operada: 10 %

6 Pérdida o inutilización de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie: 100 %

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

- 7 Pérdida o inutilización de una mano o de un pie junto con la pérdida de la visión por un ojo: 100 %
- 8 Pérdida total e irrecuperable del habla: 50 %
- 9 Pérdida total e irrecuperable de la audición por ambos oídos: 50 %
- 10 Pérdida total e irrecuperable de la audición por un oído: 25 %
- 11 Pérdida total e irrecuperable del olfato o del gusto: 5 % 12 Ablación o extirpación de la mandíbula inferior: 30 %
- 13 Pérdida o inutilización de una mano o de un pie: 50 %
- 14 Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de las manos: 25 %
- 15 Pérdida o inutilización de un dedo de cualquiera de las manos: 5 %
- 16 Pérdida o inutilización del dedo gordo de cualquiera de los pies: 10 %
- 17 Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de los pies: 5 %
- 18 Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de su capacidad, o pérdida de un riñón: 50 %

CONDICIONES PARTICULARES

Se entiende por: a) manos: a la altura de la muñeca o por encima de ella; pies: a la altura del tobillo o por encima de él; dedos: al nivel de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsfalángicas o por encima de ellas.

Se entiende como pérdida o desmembración, la separación completa por amputación, o la inhabilidad total e irreparable por impotencia funcional. Para el caso de los dedos y artejos se entenderá por pérdida o desmembración la separación completa por amputación de la totalidad de las falanges. La desmembración accidental causada por tentativa de homicidio, estará amparada sólo si el asegurado contrató el amparo opcional de muerte por homicidio.

El valor asegurado del amparo opcional de desmembración accidental no es acumulable con el amparo básico de muerte accidental y/o del amparo opcional por incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, el valor de la indemnización será deducido del valor asegurado de tales amparos.

ASISTENCIA

Beneficio y cobertura:

Gastos médicos por accidente COP 10.000.000

Gastos médicos por enfermedad COP 5.000.000

Medicamentos COP 1.000.000

Telemedicina INCLUIDA

Gastos traslados por accidente o enfermedad COP 10.000.000

Traslado y estadía de un acompañante en caso de accidente COP 10.000.000

Traslado y estadía de un acompañante en caso de muerte accidental COP 10.000.000

Traslado de restos mortales COP 10.000.000

Enfermera en casa en caso de accidente: máximo 3 días COP 100.000 diarios

Hotel por convalecencia accidental COP 2.000.000

Odontología de urgencia por accidente COP 2.000.000

Cobertura geográfica SANTA MARTA

Gastos de hotel por COVID-19 positivo COP 800.000

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO- ASISTENCIA

En todos los casos, para la obtención de los servicios el ASEGURADO debe:

- Solicitar y obtener la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con los beneficios otorgados por el producto otorgado de asistencia. En los casos donde no se haya solicitado la autorización a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HORAS DÍA) ni se haya obtenido la autorización, no procederán pagos algunos, ni darán derechos a reclamos.

-La notificación a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA resulta imprescindible, aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que ni LA COMPAÑÍA ni su proveedor de asistencias podrán tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización del PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

-Solicitar y obtener la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con beneficios por el producto otorgado de asistencia. En los casos donde no se haya solicitado la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, ni se haya obtenido la autorización, no procederán pagos.

-Acatar las soluciones indicadas y recomendadas por LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencias y llegado el caso, consentir con la repatriación a su ciudad de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.

-Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual pago por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA la evaluación del caso.

EXCLUSIONES

MUERTE ACCIDENTAL PLUS

A. Eventos causados directamente por guerra interior o exterior, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerracivil, revolución, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial, rebelión, insurrección, poder militar usurpado, motín.

B. Prestación del servicio militar, en servicio activo y/o en ejercicio de sus funciones como militar, naval, aéreo o de policía, miembro de organismo de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante.

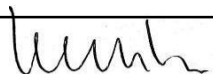
C. Participación del asegurado en prácticas o en competencias de deportes de alto riesgo, tales como: vuelos en cometa, ala delta, parapente, paracaidismo, motocross, kartismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, rafting, vuelo en ultralivianos, planeadores, surfing, boxeo, salto con cuerdas desde puentes o construcciones y en cualquier otro concurso, competencia, o sus preparativos, buceo, deportes de invierno y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional y otros similares, sea como miembro activo o

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223 DE 1995 Y ACUERDO DISTRITAL 028 DE 1995) CODIGO ICA 6501 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F.FIG.33-INSIS/Rev. 07-2006

FIRMA AUTORIZADA	
FIRMA	TOMADOR

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

- ejecutante, y cualquier otro deporte que en la literatura universal se considere de alto riesgo o extremo. D. Participación del asegurado en riñas o en cualquier acto delictivo.
- E. Por accidentes que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales o de carga.
- F. Fisión o fusión nuclear o radioactividad, sea en forma directa o indirecta.
- G. Accidentes y/o lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar bajo la influencia de bebidas embriagantes con grado igual o mayor a tres, o de sustancias alucinógenas o cualquier sustancia ilegal, salvo que se demuestre prescripción médica.
- H. Intoxicación, salvo que se trate de envenenamiento causado por un tercero cuando el amparo de muerte por homicidio haya sido contratado.
- I. Estrangulamiento de hernias de cualquier clase.
- J. Infección bacteriana y tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidente amparado por esta cobertura; cualquier enfermedad corporal o mental, oclusiones intestinales, ruptura de aneurismas, pandemias y epidemias.
- K. Lesiones corporales (internas o externas) que sufra el asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, o que tengan como causa, o sean una consecuencia de un accidente ocurrido antes de la vigencia de la cobertura otorgada por la presente póliza.
- L. Enfermedades producidas por la picadura de insectos (vectores) que causen enfermedades tales como, pero sin limitarse a paludismo, la leishmaniasis, enfermedad de chagas, la tripanosomiasis africana, dengue, fiebre amarilla, chikunguña, filarisis linfática, entre otras.

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

CONDICIONES PARTICULARES

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Muerte Accidental ZURICH ampara la incapacidad total y permanente, que sufra el asegurado como consecuencia de un accidente no excluido, cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva del accidente, se estructure dicha incapacidad y siempre y cuando la fecha de esta estructuración se encuentre dentro de la vigencia del certificado individual de seguro. La calificación de la incapacidad debe realizarse por la junta regional o nacional de calificación de invalidez de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014 o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez).

Para los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente, la pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%, producida por las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales cuando se produzcan como consecuencia del accidente. Para este evento la fecha del siniestro es la fecha de estructuración.

También se considera incapacidad total y permanente cualquiera de los siguientes eventos que sean consecuencia de un accidente: A.

- La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos;
- B. La amputación de ambas manos o de ambos pies;
- C. La pérdida de toda una mano y de todo un pie;
- D. La pérdida de toda una mano o de todo un pie y la visión por un ojo;
- E. La pérdida total del habla;
- F. La pérdida total de la audición por ambos oídos.

La calificación de la pérdida de capacidad laboral de ser realizada por la EPS, ARL, o entidad del régimen general de pensiones y en caso de discrepancia por parte de la compañía, la calificación definitiva para este amparo será la establecida por el dictamen de la junta regional o nacional de calificación de invalidez que se encuentre en firme.

La incapacidad total y permanente no debe ser consecuencia directa de cualquier patología y/o lesiones por accidente que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual.

La incapacidad total y permanente por accidente debe tener una causa distinta a las lesiones ocasionadas por el asegurado.

La incapacidad total y permanente que sea consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.

Para efectos de lo anterior, se considerará como fecha de siniestro la fecha en que se haya presentado la pérdida. Hay pérdida cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- A. Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana o más proximal.
- B. Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana o más proximal.
- C. Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

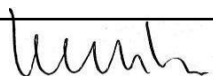
El valor asegurado del amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por accidente plus, no es acumulable con el amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, el valor de la indemnización que se pague por este amparo será deducido del valor del amparo básico de muerte accidental. El valor de la indemnización corresponderá al valor asegurado del presente amparo menos el valor de las indemnizaciones pagadas por el amparo opción al de desmembración si este fuera contratado.

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL PLUS

Valor Asegurado: Corresponde al mismo valor asegurado de la cobertura básica de Muerte Accidental ZURICH ampara la desmembración cuando dentro de los ciento ochenta (180) días comunes siguientes a la ocurrencia directa y exclusiva de un accidente amparado y no excluido por esta póliza, el asegurado sufriera lesiones corporales (internas o externas). La desmembración debe ocurrir dentro de la vigencia del certificado individual de seguro.

La compañía pagará las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza para el amparo opcional de desmembración, los porcentajes que a continuación se describen:

Pérdida o inutilización Indemnización

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

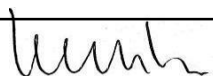
- 1 Enajenación mental incurable: 100 %
 - 2 Pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos: 100 %
 - 3 Pérdida total e irrecuperable de la visión de un ojo: 50 %
 - 4 Catarata traumática bilateral operada: 20 %
 - 5 Catarata traumática unilateral operada: 10 %
 - 6 Pérdida o inutilización de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie: 100 %
 - 7 Pérdida o inutilización de una mano o de un pie junto con la pérdida de la visión por un ojo: 100 %
 - 8 Pérdida total e irrecuperable del habla: 50 %
 - 9 Pérdida total e irrecuperable de la audición por ambos oídos: 50 %
 - 10 Pérdida total e irrecuperable de la audición por un oído: 25 %
 - 11 Pérdida total e irrecuperable del olfato o del gusto: 5 %
 - 12 Ablación o extirpación de la mandíbula inferior: 30 %
 - 13 Pérdida o inutilización de una mano o de un pie: 50 %
 - 14 Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de las manos: 25 %
 - 15 Pérdida o inutilización de un dedo de cualquiera de las manos: 5 %
 - 16 Pérdida o inutilización del dedo gordo de cualquiera de los pies: 10 %
 - 17 Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de los pies: 5 %
 - 18 Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de su capacidad, o pérdida de un riñón: 50 %
- Se entiende por: a) manos: a la altura de la muñeca o por encima de ella; pies: a la altura del tobillo o por encima de él; dedos: al nivel de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsfalángicas o por encima de ellas.
- Se entiende como pérdida o desmembración, la separación completa por amputación, o la inhabilidad total e irreparable por impotencia funcional. Para el caso de los dedos y artejos se entenderá por pérdida o desmembración la separación completa por amputación de la totalidad de las falanges. La desmembración accidental causada por tentativa de homicidio, estará amparada sólo si el asegurado contrató el amparo opcional de muerte por homicidio.
- El valor asegurado del amparo opcional de desmembración accidental no es acumulable con el amparo básico de muerte accidental y/o del amparo **CONDICIONES PARTICULARES** opcional por incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, el valor de la indemnización será deducido del valor asegurado de tales amparos. **ASISTENCIA**
- Exclusiones aplicables a todos los servicios y beneficios quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia los siguientes eventos:
- 2.1. enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el departamento médico de la central de servicios de asistencia el proveedor de asistencia (48 horas día) o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
 - 2.2. los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quiroterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, o cualquier evento derivado o relacionado a los tratamientos mencionados anteriormente.
 - 2.3. las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa (riesgos laborales), intento o acción criminal o penal del asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, o cualquier evento derivado o relacionado a los tratamientos mencionados anteriormente.
 - 2.4. 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). así mismo, accidentes ocasionados por infringir la ley.
 - 2.5. gastos incurridos en cualquier tipo de órtesis, prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de ruedas, muletas, anteojos, etc.
 - 2.6. los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen, exceptuando los casos que sean derivados de accidentes cubiertos. asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.
 - 2.7. todo tipo de enfermedades mentales.
 - 2.8. el síndrome de inmune deficiencia adquirida (sida) y virus de inmunodeficiencia humana (vih) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. las enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la central de servicios de asistencia.
 - 2.9. los eventos y las consecuencias de desencadenamiento 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 etc.
 - 2.10. el suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del asegurado de la asistencia en viajes.
 - 2.11. los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del asegurado o de sus apoderados.
 - 2.12. los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por el proveedor de asistencia, así hayan sido diagnosticados por el médico tratante de los servicios de asistencia. se encuentran también excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el departamento médico del proveedor de asistencia. tampoco se cubrirán bajo ningún motivo las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar, así hayan sido diagnosticados por el médico tratante de los servicios de asistencia.
 - 2.13. los gastos y traslados o evacuación médica por accidente o enfermedad no estarán cubiertos en el caso en que el asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado o sin solicitar la opinión de el proveedor de asistencia.
 - 2.14. gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. a menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la compañía a través de su proveedor de asistencia.

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223 DE 1995 Y ACUERDO DISTRITAL 028 DE 1995) CODIGO ICA 6501 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F.FIG.33-INSIS/Rev. 07-2006

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

- 2.15. los tratamientos que a causa de un accidente precise del control de enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas, enfermedades preexistentes o crónicas, conocidas o no por él. asegurado.
- 2.16. lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares.
- 2.17. afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el asegurado hubiese participado como elemento activo. el intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del asegurado, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.
- 2.18. cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por el proveedor de asistencia (48 horas día).
- 2.19. exámenes y/o 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 del accidente.
- 2.20. riesgos profesionales: si el motivo del viaje del asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.
- 2.21. lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos sin licencia de conducir.
- 2.22. 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.
- 2.23. que el asegurado se encuentre en situación migratoria o laboral ilegal.
- 2.24. costos por fisioterapias de ningún tipo.

**DOCUMENTOS PARA ATENCION DE SINIESTRO Y ASISTENCIA
 MUERTE ACCIDENTAL PLUS**

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Asegurado o documento de identidad.
- Acta de levantamiento de cadáver, Necropsia, informe de autoridad competente Fiscalía o fotocopia legible del croquis de tránsito, según el caso.
- Fotocopia del registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- Si quienes presentan la reclamación son los beneficiarios de ley, deberán adjuntar los documentos mediante los cuales acrediten tal calidad, de acuerdo con lo establecido en la normatividad que rige la materia. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE PLUS**
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del Asegurado.
- Copia de la historia clínica con antecedentes.
- Copia de la declaración del médico tratante.
- Dictamen de Junta calificadora medica regional, EPS o ARL donde indica porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, fecha de dictamen y fecha

**CONDICIONES PARTICULARES de estructuración. (incluyendo la respectiva ponencia)
 DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL PLUS**

- Carta del reclamante presentando la solicitud de indemnización
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado
- Historia clínica completa, incluyendo informe médico en el cual se indique el origen, evolución y naturaleza de la desmembración. • Dictamen de pérdida de incapacidad por la ARL, EPS, o junta regional o nacional de calificación de invalidez.

ASISTENCIA

En caso de necesitar asistencia, el ASEGURADO contactará a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el ASEGURADO debe solicitar la llamada a los números habilitados indicados. **ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO SIEMPRE LLAMAR Y REPORTAR LA EMERGENCIA O POR MEDIO DE LOS SALVAVIDAS O PARAMÉDICOS EN EL CASO DE TAYRONA Y PLAYAS ALEDAÑAS. EN LOS CASOS EN**

QUE EL ASEGURADO NO PUEDA HACERLO PERSONALMENTE DEBIDO A UNA EMERGENCIA VITAL, DEBERÁ Y PODRÁ HACERLO CUALQUIER ACOMPAÑANTE, AMIGO O FAMILIAR, PERO SIEMPRE LA LLAMADA O AVISO DEBERÁ HACERSE A MÁS TARDAR DENTRO DE LAS 24 HORAS DE HABER SUCEDIDO LA EMERGENCIA, EN CASO DE TRATARSE DE UNA ASISTENCIA AMBULATORIA EL AVISO DEBERÁ HACERSE INMEDIATAMENTE.

• Línea Nacional: 01 8005185127

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. podrá solicitar los documentos que considere necesarios para efectuar el análisis y definición de la reclamación. la mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

EDADES

MUERTE ACCIDENTAL PLUS

Mínima de Ingreso: 1 años
 Máxima de Ingreso: 84 años años más 364 días
 Maxima de Permanencia: 84 años más 364 días

DEMÁS COBERTURAS

Mínima de Ingreso: 1 años
 Máxima de Ingreso: 84 años años más 364 días
 Maxima de Permanencia: 84 años más 364 días

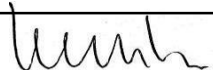
Edades entre a 1 a 17 años las coberturas se proporcionan al 50%

CLAUSULAS ADICIONALES

REVOCAACION

El seguro puede ser revocado por el asegurador avisando por escrito al tomador y asegurado, con una antelación no menor a diez (10) días hábiles y por el Tomador y/o asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a la Compañía. La revocación da derecho al asegurado a la devolución de la prima no devengada, la cual será calculada a prorrata del tiempo transcurrido de la vigencia

ERRORES U OMISIONES

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo segun la solicitud de seguro suscrita por el. la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidas por LA COMPAÑIA la hubieran retraido de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones mas onerosas produce la nulidad relativa del seguro. sin embargo, si el tomador incurriere en errores o inexactitudes inculpables a el o al asegurado, el presente contrato no sera nulo ni habra lugar para la aplicacion del inciso tercero del codigo de comercio sobre reduccion porcentual de la prestacion asegurada.

JURISDICCION

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

La notificación se realizará en la última dirección registrada por el asegurado o Tomador, respectivamente.

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

CONDICIONES NO PREVISTAS Y COMPLETITUD.

Este contrato de seguro debe interpretarse de forma armónica y en su conjunto, para lo no expresamente regulado, se deberá acudir a las normas colombianas que le sean aplicables.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

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

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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

Por falta de pago de la prima, una vez vencido el periodo de gracia estipulado.

B. Cuando el asegurado solicite por escrito la revocación del seguro.

C. Para los asegurados individualmente considerados, cuando ZURICH pague la indemnización por muerte accidental.

D. En caso de haberse otorgado la posibilidad de asegurar al cónyuge o compañero(a) permanente, padres, hermanos y/o hijos dependientes del asegurado principal, su cobertura finalizará en caso de fallecimiento del asegurado principal o salida de este del grupo asegurado. E. Por terminación de la vigencia del seguro.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

FORMA DE PAGO DE PRIMAS

MENSUAL

PLAZO DE PAGO DE PRIMAS

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

PLAZO DE PAGO DE SINIESTROS

PLAZO DE PAGO DE SINIESTROS MUERTE ACCIDENTAL - INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y DESMEMBRACION ACCIDENTAL ZURICH pagará a los beneficiarios designados o a los beneficiarios de ley, si no hubo designación, el valor de la indemnización, teniendo como límite al valor asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro, establecido en el certificado individual de seguro para la cobertura contratada y afectada. El plazo para que la Compañía acepte o niegue la reclamación será de treinta (30) días hábiles contado a partir de la fecha en la cual se entregue la totalidad de los documentos necesarios para demostrar la ocurrencia del siniestro.

CONDICIONES PARTICULARES

PAGOS SOBRE LA ASISTENCIA

EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se obliga a analizar cada solicitud de pagos para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo a las presentes condiciones generales y montos de cobertura de la póliza contratado.

Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en el marco del presente contrato, podrán ser abonados en moneda local (COP). Los tiempos establecidos para el procesamiento de pagos son:

a. El ASEGURADO tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día finalización de la vigencia del producto otorgado para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso de pagos. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún pago.

b. Una vez recibidos los documentos, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el ASEGURADO.

c. Con todos los documentos necesarios en mano, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA procederá durante los siguientes quince(15) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho pago.

d. Siendo procedente el pago, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA procederá a efectuar el pago en 20 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los documentos completos, vía correo electrónico: reembolsos@48hoorassdia.com Nota: Los pagos pagados directamente por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA pueden hacerse a través de transferencia bancaria o giros a través de Efecty. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA asumirá los gastos generados por el giro a través de Efecty. Los documentos que EL ASEGURADO deberá adjuntar son: Fotocopia del documento de identidad (Si el pago es por Efecty) o pasaporte, soporte de las facturas de gastos incurridos, Certificación bancaria no mayor a 30 días.

AVISO DE SINIESTROS

En caso de siniestro que pudiere dar lugar a reclamación bajo la póliza, sus amparos adicionales o anexos, el tomador o el beneficiario, según el caso, tienen las siguientes obligaciones:

1. Dar aviso a ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer

su ocurrencia. en caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

2. Facilitar a ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. la investigación del siniestro.

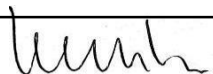
REPORTE DE ASEGURADOS

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 22395 Y ACUERDO DISTRITAL 02895) CODIGO ICA 6501 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F.FIG.33-INSIS/Rev. 07-2006

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

El reporte de valores asegurados del mes inmediatamente anterior (Si la póliza es vencida) se hará de manera vencida los primeros 15 días del mes siguiente.

Este archivo deberá contar con la siguiente información:

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

CLAUSULA DE REVISION Y AJUSTE DE TERMINOS

La presente póliza contempla revision de términos y condiciones, durante la vigencia se analizará específicamente lo relacionado con la siniestralidad, la cual se calculará tomando los siniestros incurridos divididos entre las primas devengadas. Si como resultado del análisis mencionado la siniestralidad incurrida (siniestros pagados más saldo de reservas de siniestros pendientes más IBNR calculado bajo la metodología de triángulos - Chain Ladder -) llega a ser igual o superior al 43% de las primas devengadas del periodo evaluado.

ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. presentará los términos y condiciones modificados que pondrá a consideración del tomador y de común acuerdo se realizarán los ajustes correspondientes al mes siguiente del analisis.

PRIMA

La prima es el precio del seguro. La prima del presente seguro podrá ser ajustado de acuerdo con lo pactado con el tomador, por IPC u otros motivos como resultado de la cuenta o variación de nómina. Se realizará en la anualidad de la vigencia e informado a los asegurados, siempre y cuando, no haya tenido que ser revisado previamente por la cláusula de revisión y ajuste de términos. **CONDICIONES DE ASITENCIA**

I. ASISTENCIAS

1.1. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente, dicha atención por especialistas del campo de la salud.

- Atención por Especialistas: El ASEGURADO contará con personal capacitado ante cualquier emergencia en las ramas de la salud que requiera. Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

- Internaciones: De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente, y siempre que el PROVEEDOR DE ASISTENCIA así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. ESTE SERVICIO APLICARÁ ÚNICAMENTE AL ASEGURADO DEL PRODUCTO OTORGADO Y BAJO NINGÚN MOTIVO SE CUBRIRÁ CAMA Y/O ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL O CLÍNICA PARA UNA PERSONA ACOMPAÑANTE.

- Intervenciones Quirúrgicas: Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del ASEGURADO a su ciudad de origen.

- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad causada por accidente o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se autorizará este servicio.

NOTA: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación a la ciudad de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del ASEGURADO. SE PRESTARÁN LOS SERVICIOS ANTES MENCIONADOS ÚNICAMENTE CUANDO SEA INDICADA Y AUTORIZADA POR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DE SU PROVEEDOR DE ASISTENCIA O POR EL MÉDICO TRATANTE. **CONDICIONES PARTICULARES**

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

1.2. GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD

Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente, dicha atención por especialistas del campo de la salud.

- Atención por Especialistas: El ASEGURADO contará con personal capacitado ante cualquier emergencia en las ramas de la salud que competa. Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA a través de su PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

- Internaciones: De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente, y siempre que EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este servicio aplicará únicamente al ASEGURADO del producto otorgado y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.

- Intervenciones Quirúrgicas: Cuando sean autorizadas por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del ASEGURADO a su ciudad de origen.

- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad causada por accidente o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se autorizará este servicio.

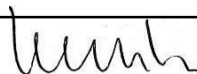
NOTA: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación a la ciudad de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de EL PROVEEDOR DE

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223/95 Y ACUERDO DISTRITAL 028/95) CODIGO ICA 6501 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F-FIG-33-INSIS/Rev. 07-2006

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

ASISTENCIA fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del ASEGURADO. SE PRESTARÁ LOS SERVICIOS ANTES MENCIONADOS ÚNICAMENTE CUANDO SEA INDICADA Y AUTORIZADA POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA O POR EL MÉDICO TRATANTE.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$5.000.000.

1.3. MEDICAMENTOS

Dentro de los límites de cobertura, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de Asistencia hasta los montos establecidos en los toques de cobertura del producto otorgado.

SE DEJA CONSTANCIA Y SE INFORMA QUE LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS POR CONCEPTO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, ASÍ HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.

SE ENCUENTRAN TAMBIÉN EXCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS POR TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES O PSÍQUICAS O EMOCIONALES, AÚN

EN LOS CASOS EN QUE LA CONSULTA MÉDICA HAYA SIDO AUTORIZADA POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. TAMPOCO

SE CUBRIRÁN BAJO NINGÚN MOTIVO LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, INYECCIONES ANTICONCEPTIVAS, DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS O CUALQUIER OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ASÍ HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.

NOTA: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS DESTINADAS A LA RECUPERACIÓN INICIAL DE LOS SÍNTOMAS A CAUSA DE UN ACCIDENTE, SÓLO SERÁN AUTORIZADAS POR LOS PRIMEROS 15 DÍAS DE TRATAMIENTO.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$1.000.000

1.4. ODONTOLOGÍA DE URGENCIA POR ACCIDENTE

En los límites de cobertura, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y/o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente. Los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de la cobertura.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura. Monto

Límite por evento: Hasta COP \$2.000.000

1.5. GASTOS TRASLADOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

En caso de emergencia o de urgencia EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA lo juzgare necesario, se organizará el traslado del ASEGURADO al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA solo cubrirá los servicios que han sido previamente autorizados. Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del ASEGURADO accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad de residencia habitual. Solamente EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA podrá autorizar a tomar todos los beneficios mencionados en esta cláusula.

EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA únicamente cubre servicios previamente autorizados.

LA REPATRIACIÓN DEBERÁ SER AUTORIZADA Y JUSTIFICADA MÉDICA Y CIENTÍFICAMENTE POR EL MÉDICO TRATANTE DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA EN EL CASO EN QUE EL ASEGURADO Y O SUS FAMILIARES O ACOMPAÑANTES DECIDIERAN EFECTUAR LA REPATRIACIÓN DEJANDO DE LADO O SIN SOLICITAR LA OPINIÓN DE EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA EL PRESENTE AMPARO NO CUBRIRÁ AL ASEGURADO O SUS FAMILIARES.

Cuando EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA en común acuerdo con el Médico Tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad de residencia EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un tiquete sin posibilidad de cambio. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de ruedas, caminador, acompañamiento médico, etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de un evento que figura dentro de las exclusiones generales.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000

1.6. TRASLADO DE RESTOS MORTALES

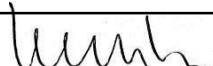
Se cubre en caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia del producto otorgado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a causa de un CONDICIONES PARTICULARES

evento no excluido en las condiciones generales. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte nacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso a la ciudad de residencia habitual del fallecido, hasta el monto especificado en los beneficios. Si el derechohabiente lo desea, dentro de esta misma cobertura, puede optar por la cremación del cuerpo y también estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y traslado de cenizas hasta la ciudad de residencia habitual del fallecido.

Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en la ciudad de residencia e inhumación no estarán a cargo LA COMPAÑÍA ni de su proveedor de asistencias.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

1.7. TRASLADO Y ESTADÍA DE UN ACOMPAÑANTE EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de muerte accidental o de que la hospitalización de un ASEGURADO por un accidente, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en el monto de beneficios de los productos, el ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 150.000 (ciento cincuenta mil pesos colombianos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera. Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000

1.8. TRASLADO Y ESTADÍA DE UN ACOMPAÑANTE DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso de muerte accidental o de que la hospitalización de un ASEGURADO por un accidente, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en monto de beneficios de los productos, el ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 150.000 (ciento cincuenta mil pesos colombianos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura. Monto

Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

1.9. HOTEL POR CONVALECENCIA ACCIDENTAL

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, el ASEGURADO hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (5) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su producto otorgado, con un máximo de 10 (diez) días. Este ítem aplicará únicamente al ASEGURADO del producto otorgado, y bajo ningún motivo se cubrirán los gastos para una persona acompañante. Se aclara que EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HORAS DÍA) no asumirá ningún gasto de hotel por convalecencia cuando la internación haya sido suscitada por una exclusión del condicionado general. El ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 200.000 (doscientos mil pesos colombianos) diarios hasta por diez (10) días o hasta los días recomendados de convalecencia, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$2.000.000.

1.10. ENFERMERA EN CASA EN CASO DE ACCIDENTE

En aquellos casos que el ASEGURADO, debido a un accidente, requiriera la asistencia de una enfermera para un acompañamiento en sus terapias, administración de medicamentos y cuidados que requieran la condición del paciente. Este servicio se prestará por máximo 3 días, y la cobertura diaria no podrá exceder el monto de COP 100.000 (cien mil pesos colombianos).

NOTA: A través del servicio de Telemedicina, o por recomendación del Médico Tratante, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA define la autorización de un enfermero(a) según la condición médica del ASEGURADO.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$100.000 diarios, por máximo 3 días.

1.11. TELEMEDICINA

El ASEGURADO tendrá el servicio disponible las 24 horas del día los 365 días al año, con el propósito de atender citas virtuales de medicina general por parte de un Especialista en Telemedicina sobre su patología a través de una consulta médica. El ASEGURADO es valorado, diagnosticado y tratado, con las recomendaciones y prescripciones de medicamentos apropiadas, según las necesidades de su sintomatología.

Desde la comodidad de su vivienda el ASEGURADO de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA podrá solicitar una asistencia médica virtual con alguno de los profesionales en la salud de LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencia; de acuerdo con la disponibilidad del usuario se pacta un horario de encuentro con el doctor. Un link es generado y enviado al ASEGURADO con el fin de iniciar la asistencia médica virtual.

NOTA: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico.

Límite de Eventos: N/A

Monto Límite por evento: Ilimitado

1.12. GASTOS DE HOTEL POR COVID-19 POSITIVO

Si el ASEGURADO es diagnosticado positivo para COVID-19, y el Médico Tratante le indica que debe permanecer en aislamiento, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA cubrirá los gastos de Hotel, siempre y cuando la reserva ya paga por el pasajero haya finalizado. El ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 800.000 (ochocientos mil pesos colombianos) hasta por quince (15) días o hasta los días recomendados de aislamiento, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$800.000.

1.14 DESMEMBRACION ACCIDENTAL

Se entiende como desmembración por accidente, la amputación traumática, quirúrgica o la inhabilidad funcional total y definitiva del órgano CONDICIONES PARTICULARES

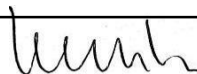
lesionado accidentalmente, originada en una lesión corporal sufrida por él, ajena a su voluntad, que sea consecuencia exclusiva y directa de un hecho súbito, externo, fortuito amparado por la póliza. Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

NO APLICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMÚN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223/95 Y ACUERDO DISTRITAL 028/95) CODIGO ICA 6501 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F-FIG-33-INSIS/Rev. 07-2006

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

Monto Límite por evento: Hasta COP \$3.000.000

DEFINICIONES

Asistencia Programa de Asistencias de Parques Naturales: Conjunto de servicios asistenciales descritos en el presente documento, ofrecido por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, a los ASEGURADOS que ingresarán a los Parques Naturales.

Accidente: es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Asegurado, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos y visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. 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. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Asegurado tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.

Accidente Grave: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, 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 infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Proveedor de Servicios de Asistencia: Es la oficina de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA que coordina la prestación de los servicios requeridos por el ASEGURADO con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.

Cobertura Geográfica: La cobertura geográfica será en Magdalena, Colombia y los diferentes Parque Nacionales, la cobertura se dará a partir de los 100 km contados desde el lugar de residencia habitual del ASEGURADO. En todos los casos de asistencia brindada por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA DE ASISTENCIA será siempre y sin excepción, complementaria y en subsidio a la responsabilidad económica que pudiere corresponderle a la empresa de medicina prepagada y/u obra social, y/o seguro de salud, y/o póliza de seguro de cualquier tipo y/o servicio alguno de los cuales les hiciera parte el ASEGURADO.

Departamento Médico: Grupo de profesionales médicos DE ASISTENCIAS, que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

Deportes Amateur: Es el practicado por aficionados, por ocio y/o actividades recreativas.

Deportes Profesionales: Es el practicado 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 pudiere 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, repite y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.

Enfermedad o Condición Médica Preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca 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, 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 vigor 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 con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Asegurado del servicio de asistencia médico para el Programa Parques Naturales.

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

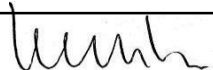
Fuerza Mayor: La que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero. Gastos de Primera Necesidad: Gastos realizados por la compra de elementos de uso personal e intransferible. Se entienden por estos, única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (shampoo, acondicionador, jabón líquido, en barra, en polvo, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitar, máquina de afeitar, productos de higiene femenina) y maquillaje. Cualquier otro elemento no considerado dentro del listado anteriormente indicado, se entenderá como excluido de cualquier tipo de cobertura.

LA COMPAÑÍA: La Aseguradora

Límite de Eventos: Cantidad de asistencias a la cual tiene derecho el ASEGURADO dentro de la vigencia especificada en el detalle de las condiciones de prestación cada servicio de asistencia contados a partir de la fecha de venta.

Médico Tratante: Profesional médico provisto o autorizado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA que asiste 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.

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	---	-------	---------

NO APLICAR REFERENCIA EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMUN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 22396 Y ACUERDO DISTRICTAL 02896) CODIGO ICA 6601 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

F.FIG.33-INSIS/Rev. 07-2006



ACCIDENTES PERSONALES - MATRIZ CON CERTIFICADOS

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. PÓLIZA LIDER	No. ANEXO LIDER	No. CERTIFICADO LIDER
000706546548	0				

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 del voucher, siempre que ASEGURADO ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual

CONDICIONES PARTICULARES

al momento de contratación.

Red de Proveedores: Los proveedores de servicios de las diferentes especialidades y de salud con los cuales LA COMPAÑÍA ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del documento.

Rescate: Consiste en la aplicación de técnicas de estabilización, remoción, penetración, extracción de víctimas por desastres o accidentes, que se encuentran atrapados o aprisionados por estructuras, vehículos (aéreos, terrestres o acuáticos) o perdidos en zonas destinadas a la actividad ecoturística establecidas en el plan de manejo o en el plan de ordenamiento ecoturístico.

Salvavidas y/o paramédicos: Es el personal médico que se encontrará ubicado en el Parque Tayrona y playas aledañas, el cual se encargará de atender a los asegurados y brindarle una atención médica y determinar si es necesario la evacuación para utilización de los servicios de asistencias.

Situaciones de emergencia: Cualquier suceso, acontecimiento, situación o hecho de los descritos en el presente documento causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente, que le otorgue el derecho al ASEGURADO a recibir los Servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el período de vigencia y en las ciudades consignadas en el Ámbito Territorial.

Topes Máximos: Montos máximos de cobertura por parte de LA COMPAÑÍA indicados en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro para cada prestación y según el producto de asistencia contratado

PROGRAMACION DE PAGOS	
FECHA DE PAGO	VALOR PRIMA

NO APLICAR RETENCION EN LA FUENTE - DECRETO REGLAMENTARIO 2126 DE 1983 - REGIMEN COMUN

AGENTES RETENEDORES DE IVA E ICA (LEY 223/95 Y ACUERDO DISTRITAL 028/95) CODIGO ICA 650 - 6602

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES (DECRETO No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996) -

FIRMA AUTORIZADA		FIRMA	TOMADOR
------------------	--	-------	---------

F. FIG. 33-INSIS/Rev. 07-2006

VIGENCIA 2022 – 2023

**ASEGURADORA: METLIFE COLOMBIA
SEGUROS DE VIDA S.A. COMPAÑÍA DE
SEGUROS**

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A

POLIZA: 1055850

ANEXO DE RENOVACIÓN

CONDICIONES PARTICULARES

VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20

Por medio del presente endoso, el cual forma parte integrante de la póliza en referencia, se hace constar que se pactaron las siguientes condiciones particulares:

PERSONAL ASEGURADO: Visitantes que ingresan al parque.
Edad de ingreso 1 años hasta los 79 años 364 días, con permanencia hasta los 79 años 364 días.

AMPAROS: **MUERTE ACCIDENTAL.**
Edad de ingreso 1 años hasta los 79 años y 364 días, con permanencia hasta los 79 años y 364 días.

I.T.P. ACCIDENTAL Y DESMEMBRACION ACCIDENTAL.
Edad de ingreso 1 años hasta los 69 años y 364 días, con permanencia hasta los 69 años y 364 días.

COBERTURAS 24 HORAS

VALOR ASEGURADO:	PLAN: 15	TURISMO AVENTURA	VR. ASEGURADO
		MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACION E ITP	\$ 30.000.000

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD: 10 VIDAS

FORMA DE PAGO: MENSUAL.

NOTA ADICIONAL: El presente seguro aplicará únicamente mientras la estadía del asegurado en las instalaciones del parque.

NOTA ADICIONAL: Los beneficiarios de los asegurados serán los que la Ley Colombiana determina.

NOTA ADICIONAL: No tendrá cobertura la práctica de deportes considerados como de alto riesgo

NOTA ADICIONAL: Para los menores de edad se limita la cobertura del amparo básico a \$10'000.000, en cualquier plan

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A**POLIZA: 1055850****ANEXO DE RENOVACIÓN****CONDICIONES PARTICULARES****VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20**

NOTA ADICIONAL:

- PASADIA Cobertura hora de 6am a 12am dentro de las instalaciones del parque.
- ESTADIA Noche por persona, podríamos manejarlo como en Hoteles Check In- Check out(Hay personas que salen del parque para efectuar alguna compra a las afueras del parque).

OTRO:

- Resumen de Exclusiones: (Por favor remitirse al clausulado básico y sus anexos para el listado completo de las exclusiones).
- Lesión intencionalmente infringida a si mismo, suicidio o intento de suicidio.
- Actos del(los) asegurado(s) calificados como delito, contravención ó infracción.
- Infecciones bacterianas, virus o enfermedad, incluyendo cualquier trastorno mental o nervioso.
- Participación los asegurados en peleas o riñas, salvo en los casos en que se trate de legítima defensa.
- Participación del(los) asegurado(s) en motín, conmoción civil, asonada, sedición, rebelión ó actos malintencionados.
- Guerra, Motín, Invasión de Enemigos Extranjeros, etc., o que el Asegurado esté prestando servicios en las Fuerzas Armadas en servicio activo o en retiro.
- Cirugía cosmética o plástica, salvo como resultado de una lesión.
- Cobertura Amplia de Vuelo o vuelo en aerolíneas privadas o helicóptero.
- Actos en los que el asegurado(a) se encuentre bajo el efecto de una sustancia psicoactiva.
- Homicidio, Terrorismo y Actos Malintencionados de Terceros.

TIPO DE POLIZA: Innominada

- Se otorga cobertura bajo la presente póliza para las siguientes playas:

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A

POLIZA: 1055850

ANEXO DE RENOVACIÓN**CONDICIONES PARTICULARES****VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20**

1. Parque Tayrona que incluye las siguientes playas: Cañaveral Arrecifes Cabo San Juan del Guía Bahía Concha Nenguanje Playa cristal Piscina Arenilla Bahía Gayraca En general todas las playas del parque Tayrona
2. Playas Aledaños al Tayrona: Buritaca Plata Rodadero Palomino Minca Taganga Playa Blanca en el Rodadero Playa de Don Diego Paso del mango Rio piedras el Boquerón Mendihuaca Alto Guachaca
3. Parque Cocuy 4. Parque Chicaque 5. Parque Chingaza 6. Parque Los Nevados 7. Parque Rio Melcocho 8. Parque Guatape 9. Cascada de Sueva 10. Guasca 11. Caminatas ecológicas en departamento de Cundinamarca, Bogotá y la calera. 12. Parque Los Estoraques.

REVOCAION O NO RENOVACION DE LA PÓLIZA

La Compañía podrá revocar o nó renovar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 30 días.

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A**POLIZA: 1055850****ANEXO DE RENOVACIÓN****CONDICIONES PARTICULARES****VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20****PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES****Obligaciones****En relación con el responsable:**

El Responsable de los Datos Personales, **AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A** en adelante el TOMADOR asegura haber obtenido consentimiento del titular, para el tratamiento de los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012, Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y demás normas aplicables, por lo tanto, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato serán transmitidos a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A., en adelante MetLife Colombia o el Encargado.

En relación con el encargado:

Una vez realizado el procesamiento de los datos personales, MetLife Colombia deberá garantizar la veracidad, exhaustividad, exactitud, contenido o actualización de la información brindada por el titular, en relación con la que le haya sido comunicada al Responsable, sin perjuicio, de la obligación que le asiste al Responsable de actualizar, suprimir, modificar, entre otras, la información suministrada por el titular de los datos a MetLife Colombia.

Límite temporal para el tratamiento de datos personales

El tiempo durante el cual MetLife Colombia podrá tratar los datos, será el razonable y necesario para el cumplimiento del propósito de la base de datos y de las finalidades mismas de la recolección. Una vez que MetLife Colombia pierda todo nexo contractual o comercial con el TOMADOR, el cual aplicara cuando el TOMADOR notifique mediante comunicación a MetLife Colombia que deje de tratar los datos suministrados de forma permanentemente en los sistemas de información, bases de datos o archivos físicos o electrónicos en los que repose la información.

Responsabilidad

El Responsable y el Encargado responderán al titular de los datos y a las autoridades, por cualquier daño o perjuicio causado en el tratamiento indebido de los datos personales, así como, el incumplimiento de sus obligaciones legales y contractuales enmarcadas en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013.

El Responsable será el garante frente al titular de la información y frente a las autoridades, por la transmisión de datos sin autorización previa del titular o sin estar completamente legitimado para tal fin, y por la veracidad de la información transmitida.

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A

POLIZA: 1055850

ANEXO DE RENOVACIÓN**CONDICIONES PARTICULARES****VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20****Transferencia Internacional de Datos Personales**

MetLife Colombia podrá transmitir o transferir internacionalmente los datos personales contenidos en la base de datos entregadas por el Responsable de la información. Así mismo, el Responsable entiende y acepta expresamente la necesidad que tiene MetLife Colombia de transferir o transmitir datos internacionalmente, pues hace parte del tratamiento que MetLife Colombia le dará a los datos personales para cumplir este contrato y la gestión integral del Seguro de Vida.

Con la firma de este documento, el Responsable certifica que cuenta con la prueba del consentimiento previo, expreso y por escrito del titular del dato para dicha transmisión o transferencia.

Incidentes de Datos Personales

MetLife Colombia informará al Responsable cualquier incidente de Datos Personales que se llegara a presentar respecto de la información de alguno de los titulares. Cuando se presente un incidente de datos personales, será MetLife Colombia quien propondrá los planes de acción apropiados para tratar y controlar los incidentes de datos y las fallas que se provoquen, y que llegaran a poner en riesgo la privacidad de los datos personales.

Confidencialidad

Las partes declaran que toda la información sujeta a tratamiento es confidencial y por ese motivo, MetLife Colombia se compromete a protegerla, obligándose a no divulgarla o utilizarla indebidamente, no publicarla o darla a conocer de alguna manera que permita que terceros no autorizados tengan acceso a la información, o puedan de cualquier otra manera violar su confidencialidad. MetLife Colombia será responsable del cumplimiento de esta cláusula por parte de sus empleados, directores, consultores, asociados o contratistas. El uso indebido o la divulgación de la Información confidencial darán lugar a la violación de esta mención con las consecuencias legales derivadas.

Parágrafo: Las obligaciones de confidencialidad antes mencionadas no se aplicarán en los siguientes casos: A) En el caso en que la información sea o se convierta en dominio público; B) En el caso en que la información sea requerida por una autoridad judicial o administrativa debidamente autorizada para hacerlo en el ejercicio de sus funciones. En caso de que MetLife Colombia esté obligada a proporcionar la información por los motivos descritos anteriormente, notificará inmediatamente al Responsable.

Seguridad de las Bases de Datos

MetLife Colombia implementará en las bases de datos o sistemas de información las medidas técnicas, tecnológicas, administrativas y humanas que garanticen la seguridad de la información contenida en la base de datos o sistema de información.

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A

POLIZA: 1055850

ANEXO DE RENOVACIÓN

CONDICIONES PARTICULARES

VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20

CUMPLIMIENTO DE REGULACION EXTRANJERA:

Las partes declaran que adicional a la regulación local aplicable, aceptan las restricciones establecidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de Norteamérica (United States Treasury Department's Office of Foreign Assets Control – OFAC).

PROCEDIMIENTO PARA RECLAMOS

A. La indemnización será efectuada dentro de los términos legales a partir de la fecha de recibo de toda la documentación necesaria para la prueba de la pérdida, solo si el pago de la prima se encuentra al día, y siempre y cuando los beneficiarios estén debidamente designados. En caso contrario se indemnizará a los Beneficiarios designados por la Ley.

B. Para conocer los requisitos para la presentación formal de reclamación, cómo conseguirlos, los tiempos de respuesta y las generalidades de este procedimiento, se puede comunicar con cualquiera de los siguientes puntos de información:

- En la línea Gratuita Nacional 018000912200 ó en Bogotá al 3581258, atención 24 horas.
- A través de correo electrónico a servicio.cliente@metlife.com.co
- En cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.
- En nuestro Sitio Web www.metlife.com.co
- Con su corredor de Seguros (si lo tiene) o a la oficina de Recursos Humanos de la empresa donde labora.

ENTIDAD ASEGURADA: AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A

POLIZA: 1055850

ANEXO DE RENOVACIÓN**CONDICIONES PARTICULARES****VIGENCIA DESDE: 2022/07/20 HASTA 2023/07/20****CONVENIO DE PAGO**

Las partes han convenido que el pago de la prima de la presente póliza se haga en un término de 30 días comunes desde la fecha de expedición de la factura, certificados, anexos, endosos ó documentos equivalentes.

De lo contrario, la prima deberá pagarse en el término legal establecido por el artículo 1066 del Código de Comercio, es decir, dentro del mes siguiente a la entrega de la póliza al Tomador.

El no pago oportuno de la prima dentro de los términos previstos, generará la terminación automática del contrato por mora en el pago de la prima de conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio.

**EL TOMADOR**
Representante Legal**MetLife Colombia Seguros de Vida S.A**
Firma Autorizada

CONDICIONADO DE ASISTENCIA PROGRAMA DE PARQUES NATURALES

Beneficio	Cobertura
Gastos médicos por accidente	COP 10.000.000
Gastos médicos por enfermedad	COP 5.000.000
Medicamentos	COP 1.000.000
Telemedicina	Incluida
Muerte Accidental	COP 3.000.000
Desmembración accidental	COP 3.000.000
Gastos traslados por accidente o enfermedad	COP 10.000.000
Traslado y estadía de un acompañante en caso de accidente	COP 10.000.000
Traslado y estadía de un acompañante en caso de muerte accidental	COP 10.000.000
Traslado de restos mortales	COP 10.000.000
Enfermera en casa en caso de accidente: máximo 3 días	COP 100.000 diarios
Hotel por convalecencia accidental	COP 2.000.000
Odontología de urgencia por accidente	COP 2.000.000
Cobertura geográfica	Santa Marta
Gastos de hotel por COVID-19 positivo	COP 800.000

Con ocasión del seguro emitido por LA ASEGURADORA, entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, se prestará un servicio de asistencia (en adelante el (los) "Servicio (s)") al ASEGURADO del seguro, que haya sido expresamente contratado por el tomador y/o asegurado. El servicio de asistencia será prestado al ASEGURADO, bajo las condiciones que se indican en el presente documento, los cuales serán prestados o coordinados a través de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (para el presente anexo será 48 HOORASS DÍA) designado por LA ASEGURADORA para la prestación del Servicio, denominado en adelante "EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HOORASS DÍA)".

I. ASISTENCIAS

1.1. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente, dicha atención por especialistas del campo de la salud.

• **Atención por Especialistas:** El ASEGURADO contará con personal capacitado ante cualquier emergencia en las ramas de la salud que requiera. Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

• **Internaciones:** De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente, y siempre que el PROVEEDOR DE ASISTENCIA así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. ESTE SERVICIO APLICARÁ ÚNICAMENTE AL ASEGURADO DEL PRODUCTO OTORGADO Y BAJO NINGÚN MOTIVO SE CUBRIRÁ CAMA Y/O ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL O CLÍNICA PARA UNA PERSONA ACOMPAÑANTE.

• **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento,



y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del ASEGURADO a su ciudad de origen.

• **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** Cuando la naturaleza de la enfermedad causada por accidente o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se autorizará este servicio.

NOTA: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación a la ciudad de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del ASEGURADO. SE PRESTARÁN LOS SERVICIOS ANTES MENCIONADOS ÚNICAMENTE CUANDO SEA INDICADA Y AUTORIZADA POR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DE SU PROVEEDOR DE ASISTENCIA O POR EL MÉDICO TRATANTE.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

1.2. GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD

Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente, dicha atención por especialistas del campo de la salud.

• **Atención por Especialistas:** ÉL ASEGURADO contará con personal capacitado ante cualquier emergencia en las ramas de la salud que competa. Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA a través de su PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

• **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente, y siempre que EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA así lo prescriba, se procederá a la internación del ASEGURADO en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este servicio aplicará únicamente al ASEGURADO del producto otorgado y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o

alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.

• **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del ASEGURADO a su ciudad de origen.

• **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** Cuando la naturaleza de la enfermedad causada por accidente o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se autorizará este servicio.

NOTA: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación a la ciudad de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del ASEGURADO. SE PRESTARÁ LOS SERVICIOS ANTES MENCIONADOS ÚNICAMENTE CUANDO SEA INDICADA Y AUTORIZADA POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA O POR EL MÉDICO TRATANTE.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$5.000.000.

1.3. MEDICAMENTOS

Dentro de los límites de cobertura, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de Asistencia hasta los montos establecidos en los toques de cobertura del producto otorgado.

SE DEJA CONSTANCIA Y SE INFORMA QUE LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS POR CONCEPTO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, ASÍ HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA. SE ENCUENTRAN TAMBIÉN EXCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS POR TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES O PSÍQUICAS O EMOCIONALES,



AÚN EN LOS CASOS EN QUE LA CONSULTA MÉDICA HAYA SIDO AUTORIZADA POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. TAMPOCO SE CUBRIRÁN BAJO NINGÚN MOTIVO LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, INYECCIONES ANTICONCEPTIVAS, DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS O CUALQUIER OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ASÍ HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.

NOTA: LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS DESTINADAS A LA RECUPERACIÓN INICIAL DE LOS SÍNTOMAS A CAUSA DE UN ACCIDENTE, SÓLO SERÁN AUTORIZADAS POR LOS PRIMEROS 15 DÍAS DE TRATAMIENTO.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$1.000.000

1.4. ODONTOLOGÍA DE URGENCIA POR ACCIDENTE

En los límites de cobertura, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y/o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente. Los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de la cobertura.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$2.000.000

1.5. GASTOS TRASLADOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

En caso de emergencia o de urgencia EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA lo juzgare necesario, se organizará el traslado del ASEGURADO al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad causada por accidente. Queda

igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA solo cubrirá los servicios que han sido previamente autorizados. Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del ASEGURADO accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad de residencia habitual. Solamente EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA podrá autorizar a tomar todos los beneficios mencionados en esta cláusula.

EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA únicamente cubre servicios previamente autorizados.

LA REPATRIACIÓN DEBERÁ SER AUTORIZADA Y JUSTIFICADA MÉDICA Y CIENTÍFICAMENTE POR EL MÉDICO TRATANTE DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA EN EL CASO EN QUE EL ASEGURADO Y O SUS FAMILIARES O ACOMPAÑANTES DECIDIERAN EFECTUAR LA REPATRIACIÓN DEJANDO DE LADO O SIN SOLICITAR LA OPINIÓN DE EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA EL PRESENTE AMPARO NO CUBRIRÁ AL ASEGURADO O SUS FAMILIARES.

Cuando EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA en común acuerdo con el Médico Tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad de residencia EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un ticket sin posibilidad de cambio. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de ruedas, caminador, acompañamiento médico, etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de un evento que figura dentro de las exclusiones generales.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.



Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000

1.6. TRASLADO DE RESTOS MORTALES

Se cubre en caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia del producto otorgado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA a causa de un evento no excluido en las condiciones generales. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte nacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso a la ciudad de residencia habitual del fallecido, hasta el monto especificado en los beneficios. Si el derechohabiente lo desea, dentro de esta misma cobertura, puede optar por la cremación del cuerpo y también estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y traslado de cenizas hasta la ciudad de residencia habitual del fallecido.

Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en la ciudad de residencia e inhumación no estarán a cargo LA COMPAÑÍA ni de su proveedor de asistencias.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

1.7. TRASLADO Y ESTADÍA DE UN ACOMPAÑANTE EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de muerte accidental o de que la hospitalización de un ASEGURADO por un accidente, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en el monto de beneficios de los productos, el ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 150.000 (ciento cincuenta mil pesos colombianos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro

cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000

1.8. TRASLADO Y ESTADÍA DE UN ACOMPAÑANTE DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso de muerte accidental o de que la hospitalización de un ASEGURADO por un accidente, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en monto de beneficios de los productos, el ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 150.000 (ciento cincuenta mil pesos colombianos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$10.000.000.

1.9. HOTEL POR CONVALECENCIA ACCIDENTAL

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, el ASEGURADO hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (5) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su producto otorgado, con un máximo de 10 (diez) días. Este ítem aplicará únicamente al ASEGURADO del producto otorgado, y bajo ningún motivo se cubrirán los gastos para una persona acompañante. Se aclara que EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HOORASS DÍA) no asumirá ningún gasto de hotel por convalecencia cuando la



internación haya sido suscitada por una exclusión del condicionado general. El ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 200.000 (doscientos mil pesos colombianos) diarios hasta por diez (10) días o hasta los días recomendados de convalecencia, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$2.000.000.

1.10. ENFERMERA EN CASA EN CASO DE ACCIDENTE

En aquellos casos que el ASEGURADO, debido a un accidente, requiriera la asistencia de una enfermera para un acompañamiento en sus terapias, administración de medicamentos y cuidados que requieran la condición del paciente. Este servicio se prestará por máximo 3 días, y la cobertura diaria no podrá exceder el monto de COP 100.000 (cien mil pesos colombianos).

NOTA: A través del servicio de Telemedicina, o por recomendación del Médico Tratante, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA define la autorización de un enfermero(a) según la condición médica del ASEGURADO.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$100.000 diarios, por máximo 3 días.

1.11. TELEMEDICINA

El ASEGURADO tendrá el servicio disponible las 24 horas del día los 365 días al año, con el propósito de atender citas virtuales de medicina general por parte de un Especialista en Telemedicina sobre su patología a través de una consulta médica. El ASEGURADO es valorado, diagnosticado y tratado, con las recomendaciones y prescripciones de medicamentos apropiadas, según las necesidades de su sintomatología.

Desde la comodidad de su vivienda el ASEGURADO de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA podrá solicitar una asistencia médica virtual con alguno de los profesionales en la salud de **LA COMPAÑÍA** a través de su proveedor de asistencia; de acuerdo con la disponibilidad del usuario se pacta un horario de encuentro con el doctor. Un link es generado y enviado al ASEGURADO con el fin de iniciar la asistencia médica virtual.

NOTA: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico.

Límite de Eventos: N/A

Monto Límite por evento: Ilimitado

1.12. GASTOS DE HOTEL POR COVID-19 POSITIVO

Si el ASEGURADO es diagnosticado positivo para COVID-19, y el Médico Tratante le indica que debe permanecer en aislamiento, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA cubrirá los gastos de Hotel, siempre y cuando la reserva ya paga por el pasajero haya finalizado. El ASEGURADO podrá tener derecho a los gastos de hotel por COP 800.000 (ochocientos mil pesos colombianos) hasta por quince (15) días o hasta los días recomendados de aislamiento, lo que suceda primero.

NOTA: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$800.000.

1.13 MUERTE ACCIDENTAL

Se entiende como pérdida accidental de la vida, la muerte del Asegurado, originada en una lesión corporal sufrida por él, ajena a su voluntad, que sea consecuencia exclusiva y directa de un hecho súbito, externo, fortuito amparado por la póliza, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios siguientes a la fecha del accidente.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$3.000.000

1.14 DESMEMBRACION ACCIDENTAL

Se entiende como desmembración por accidente, la amputación traumática, quirúrgica o la inhabilidad funcional total y definitiva del órgano lesionado accidentalmente, originada en una lesión corporal sufrida por él, ajena a su voluntad, que sea consecuencia exclusiva y directa de un hecho súbito, externo, fortuito amparado por la póliza.

Límite de Eventos: 1 Evento o hasta límite de cobertura.

Monto Límite por evento: Hasta COP \$3.000.000

2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL SISTEMA DE ASISTENCIA LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1. ENFERMEDADES, LESIONES, AFECCIONES O COMPLICACIONES MÉDICAS RESULTANTES DE TRATAMIENTOS EFECTUADOS O LLEVADOS A CABO POR PERSONAS O PROFESIONALES NO AUTORIZADOS POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA CENTRAL DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HOORASS DÍA) O EXCEPTUÁNDOSE LO DETERMINADO EN EL PUNTO PRECEDENTE.

2.2. LOS TRATAMIENTOS HOMEOPÁTICOS, TRATAMIENTOS DE ACUPUNTURA, LA QUINESIOTERAPIA, LAS CURAS TERMALES, LA PODOLOGÍA, MANICURA, PEDICURA, O CUALQUIER EVENTO DERIVADO O RELACIONADO A LOS TRATAMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

2.3. LAS AFECCIONES, LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE EMPRESA (RIESGOS LABORALES), INTENTO O ACCIÓN CRIMINAL O PENAL DEL ASEGURADO, DIRECTA O INDIRECTAMENTE COMO PELEAS, RIÑAS, FLAGELACIONES, O CUALQUIER EVENTO DERIVADO O RELACIONADO A LOS

TRATAMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

2.4. 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). ASÍ MISMO, ACCIDENTES OCASIONADOS POR INFRINGIR LA LEY.

2.5. GASTOS INCURRIDOS EN CUALQUIER TIPO DE ÓRTESIS, PRÓTESIS, INCLUIDAS LAS DENTALES, LENTES, AUDÍFONOS, SILLAS DE RUEDAS, MULETAS, ANTEOJOS, ETC.

2.6. LOS PARTOS, ESTADOS DE EMBARAZO, CONTROLES GINECOLÓGICOS, EXÁMENES RELACIONADOS CON LOS MISMOS. LOS ABORTOS, O LAS PÉRDIDAS CUALQUIERA SEA SU ETIOLOGÍA U ORIGEN, EXCEPTUANDO LOS CASOS QUE SEAN DERIVADOS DE ACCIDENTES CUBIERTOS. ASIMISMO, TODAS LAS COMPLICACIONES RESULTANTES DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.

2.7. TODO TIPO DE ENFERMEDADES MENTALES.

2.8. EL SÍNDROME DE INMUNE DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN TODAS SUS FORMAS, SECUELAS Y CONSECUENCIAS. LAS ENFERMEDADES Y/O INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y/O EN GENERAL TODO TIPO DE PRESTACIÓN, EXAMEN Y/O TRATAMIENTO QUE NO HAYA RECIBIDO LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA CENTRAL DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.

2.9. LOS EVENTOS Y LAS CONSECUENCIAS DE DESENCADENAMIENTO 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 ETC.



2.10. EL SUICIDIO, O EL INTENTO DE SUICIDIO O LAS LESIONES INFRINGIDAS A SÍ MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO Y/O SU FAMILIA, ASÍ COMO CUALQUIER ACTO DE MANIFIESTA IRRESPONSABILIDAD O IMPRUDENCIA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO DE LA ASISTENCIA EN VIAJES.

2.11. LOS ACTOS MAL INTENCIONADOS Y/O DE MALA FE DE PARTE DEL ASEGURADO O DE SUS APODERADOS.

2.12. LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS POR CONCEPTO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO SERÁN ASUMIDOS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, ASÍ HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA. SE ENCUENTRAN TAMBIÉN EXCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS POR TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES O PSÍQUICAS O EMOCIONALES, AUN EN LOS CASOS EN QUE LA CONSULTA MÉDICA HAYA SIDO AUTORIZADA POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. TAMPOCO SE CUBRIRÁN BAJO NINGÚN MOTIVO LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, INYECCIONES ANTICONCEPTIVAS, DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS O CUALQUIER OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ASÍ HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.

2.13. LOS GASTOS Y TRASLADOS O EVACUACIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO ESTARÁN CUBIERTOS EN EL CASO EN QUE EL ASEGURADO Y O SUS FAMILIARES O ACOMPAÑANTES DECIDIERAN EFECTUAR LA REPATRIACIÓN DEJANDO DE LADO O SIN SOLICITAR LA OPINIÓN DE EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

2.14. GASTOS CORRESPONDIENTES A TRANSPORTES PÚBLICOS O PRIVADOS O DESPLAZAMIENTOS PAGADOS POR EL ASEGURADO DESDE SU HOTEL O LUGAR DONDE ESTÉ HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO, O CENTRO MÉDICO, O CONSULTORIO DEL MÉDICO. A MENOS QUE DICHOS GASTOS HAYAN SIDO EXPRESAMENTE AUTORIZADOS EN FORMA ESCRITA O VERBAL POR LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DE SU PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

2.15. LOS TRATAMIENTOS QUE A CAUSA DE UN ACCIDENTE PRECISE DEL CONTROL DE ENFERMEDADES DERIVADAS O DEBIDAS O CONSECUENTES DE LAS DEFORMACIONES CONGÉNITAS, ENFERMEDADES PREEXISTENTES O CRÓNICAS, CONOCIDAS O NO POR ÉL. ASEGURADO.

2.16. LESIONES O ACCIDENTES DERIVADOS DE ACCIDENTES AÉREOS EN AVIONES NO DESTINADOS NI AUTORIZADOS COMO TRANSPORTE PÚBLICO, INCLUYENDO LOS VUELOS FLETADOS PARTICULARES.

2.17. AFECCIONES, ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE RIÑA O PELEAS (SALVO QUE SE TRATASE DE UN CASO DE LEGÍTIMA DEFENSA COMPROBADA CON REPORTE POLICIAL), HUELGA, ACTOS DE VANDALISMO O TUMULTO POPULAR EN QUE EL ASEGURADO HUBIESE PARTICIPADO COMO ELEMENTO ACTIVO. EL INTENTO DE O LA COMISIÓN DE UN ACTO ILEGAL Y, EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DOLOSO O CRIMINAL DEL ASEGURADO, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN FALSA O DIFERENTE DE LA REALIDAD.

2.18. CUALQUIER GASTO O ASISTENCIA MÉDICA QUE NO HAYA SIDO PREVIAMENTE CONSULTADO Y AUTORIZADO POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HORASS DÍA).

2.19. 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 DEL ACCIDENTE.

2.20. RIESGOS PROFESIONALES: SI EL MOTIVO DEL VIAJE DEL ASEGURADO FUESE LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS O TAREAS QUE INVOLUCREN UN RIESGO PROFESIONAL, ASÍ COMO LAS LESIONES CLASIFICADAS COMO LESIONES POR ESFUERZOS REPETITIVOS, ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AL TRABAJO, LESIÓN POR TRAUMA CONTINUADO O CONTINUO, ETC., O SIMILARES, TANTO COMO SUS CONSECUENCIAS POST TRATAMIENTO INCLUSIVE QUIRÚRGICOS EN CUALQUIER TIEMPO.



2.21. LESIONES DE CONDUCTOR O PASAJERO POR EL USO DE CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULOS SIN LICENCIA DE CONDUCIR.

2.22. 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.

2.23. QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SITUACIÓN MIGRATORIA O LABORAL ILEGAL.

2.24. COSTOS POR FISIOTERAPIAS DE NINGÚN TIPO.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de necesitar asistencia, el ASEGURADO contactará a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el ASEGURADO debe solicitar la llamada a los números habilitados indicados. ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO SIEMPRE LLAMAR Y REPORTAR LA EMERGENCIA O POR MEDIO DE LOS SALVAVIDAS O PARAMÉDICOS EN EL CASO DE TAYRONA Y PLAYAS ALEDAÑAS. EN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO NO PUEDA HACERLO PERSONALMENTE DEBIDO A UNA EMERGENCIA VITAL, DEBERÁ Y PODRÁ HACERLO CUALQUIER ACOMPAÑANTE, AMIGO O FAMILIAR, PERO SIEMPRE LA LLAMADA O AVISO DEBERÁ HACERSE A MÁS TARDAR DENTRO DE LAS 24 HORAS DE HABER SUCEDIDO LA EMERGENCIA, EN CASO DE TRATARSE DE UNA ASISTENCIA AMBULATORIA EL AVISO DEBERÁ HACERSE INMEDIATAMENTE.

• Línea Nacional: 01 8005185127

Nota: El ASEGURADO deberá comunicarse a los números indicados en el producto otorgado.

4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En todos los casos, para la obtención de los servicios el ASEGURADO debe:

4.1. Solicitar y obtener la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con los beneficios otorgados por el producto otorgado de asistencia. En los casos

donde no se haya solicitado la autorización a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HOORASS DÍA) ni se haya obtenido la autorización, no procederán pagos algunos, ni darán derechos a reclamos.

4.2. La notificación a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA resulta imprescindible, aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que ni **LA COMPAÑÍA** ni su proveedor de asistencias podrán tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización del PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

4.3. Solicitar y obtener la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con beneficios por el producto otorgado de asistencia. En los casos donde no se haya solicitado la autorización de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, ni se haya obtenido la autorización, no procederán pagos.

4.4. Acatar las soluciones indicadas y recomendadas por LA COMPAÑÍA a través de su proveedor de asistencias y llegado el caso, consentir con la repatriación a su ciudad de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.

Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual pago por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA la evaluación del caso.

II. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA.

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia de la póliza.

2. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA se obliga a analizar cada solicitud de pagos para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo a las presentes condiciones generales y montos de cobertura de la póliza contratado.



Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, en el marco del presente contrato, podrán ser abonados en moneda local (COP). Los tiempos establecidos para el procesamiento de pagos son:

a. El ASEGURADO tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día finalización de la vigencia del producto otorgado para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso de pagos. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún pago.

b. Una vez recibidos los documentos, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el ASEGURADO.

c. Con todos los documentos necesarios en mano, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA procederá durante los siguientes quince

(15) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho pago.

d. Siendo procedente el pago, EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA procederá a efectuar el pago en 20 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los documentos completos, vía correo electrónico: **reembolsos@48horassdia.com** Nota: Los pagos pagados directamente por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA pueden hacerse a través de transferencia bancaria o giros a través de Efecty. EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA asumirá los gastos generados por el giro a través de Efecty. Los documentos que EL ASEGURADO deberá adjuntar son: Fotocopia del documento de identidad (Si el pago es por Efecty) o pasaporte, soporte de las facturas de gastos incurridos, Certificación bancaria no mayor a 30 días.

5. DEFINICIONES

Asistencia Programa de Asistencias de Parques Naturales: Conjunto de servicios asistenciales descritos en el presente documento, ofrecido por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA, a los ASEGURADOS que ingresarán a los Parques Naturales.

Accidente: es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Asegurado, causado por

agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos y visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. 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. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Asegurado tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.

Accidente Grave: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, 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 infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Proveedor de Servicios de Asistencia: Es la oficina de EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA que coordina la prestación de los servicios requeridos por el ASEGURADO con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.

Cobertura Geográfica: La cobertura geográfica será en Magdalena, Colombia y los diferentes Parque Nacionales, la cobertura se dará a partir de los 100 km contados desde el lugar de residencia habitual del ASEGURADO. En todos los casos de asistencia brindada por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA DE ASISTENCIA será siempre y sin excepción, complementaria y en subsidio a la responsabilidad económica que pudiere corresponderle a la empresa de medicina prepaga y/u obra social, y/o seguro de salud, y/o póliza de



seguro de cualquier tipo y/o servicio alguno de los cuales les hiciera parte el ASEGURADO.

Departamento Médico: Grupo de profesionales médicos DE ASISTENCIAS, que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

Deportes Amateur: Es el practicado por aficionados, por ocio y/o actividades recreativas.

Deportes Profesionales: Es el practicado 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 pudiere 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.

Enfermedad o Condición Médica Preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca 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 período 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, 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 vigor 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 con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Asegurado del servicio de asistencia médico para el Programa Parques Naturales.

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: La que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.

Gastos de Primera Necesidad: Gastos realizados por la compra de elementos de uso personal e intransferible. Se entienden por estos, única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (shampoo, acondicionador, jabón líquido, en barra, en polvo, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitar, máquina de afeitar, productos de higiene fe menina) y maquillaje. Cualquier otro elemento no considerado dentro del listado anteriormente indicado, se entenderá como excluido de cualquier tipo de cobertura.

LA COMPAÑÍA: La Aseguradora

Límite de Eventos: Cantidad de asistencias a la cual tiene derecho el ASEGURADO dentro de la vigencia especificada en el detalle de las condiciones de prestación cada servicio de asistencia contados a partir de la fecha de venta.

Médico Tratante: Profesional médico provisto o autorizado por EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA que asiste 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.

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 del voucher, siempre que ASEGURADO ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

Red de Proveedores: Los proveedores de servicios de las diferentes especialidades y de salud con los cuales LA COMPAÑÍA ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del documento.

Rescate: Consiste en la aplicación de técnicas de estabilización, remoción, penetración, extracción de víctimas por desastres o accidentes, que se encuentran atrapados o aprisionados por estructuras, vehículos (aéreos, terrestres o acuáticos) o perdidos en zonas destinadas a la actividad ecoturística establecidas en el plan de manejo o en el plan de ordenamiento ecoturístico.

Salvavidas y/o paramédicos: Es el personal médico que se encontrará ubicado en el Parque Tayrona y playas aledañas, el cual se encargará de atender a los asegurados y brindarle una atención médica y determinar si es necesario la evacuación para utilización de los servicios de asistencias.

Situaciones de emergencia: Cualquier suceso, acontecimiento, situación o hecho de los descritos en el presente documento causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente, que le otorgue el derecho al ASEGURADO a recibir los Servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el período de vigencia y en las ciudades consignadas en el Ámbito Territorial.

Topes Máximos: Montos máximos de cobertura por parte de LA COMPAÑÍA indicados en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro para cada prestación y según el producto de asistencia contratado

Vigencia: Es el lapso en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados en los planes de un servicio de asistencia médica LA COMPAÑÍA, incluyendo éste, es el que transcurre desde las cero horas del día 20 de julio del 2022 hasta las 24 (23.59) horas del día 20 de julio del 2023. Los planes de la póliza operan bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un plan, no es posible interrumpir la misma. Los periodos de días no utilizados no son reembolsables. El propósito del viaje tendrá que ser turístico y en ningún momento podrá garantizar a personas que ejerzan una actividad profesional en el territorio nacional. Si el motivo del viaje del ASEGURADO fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización 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.

PARQUE TAYRONA Y PLAYAS ALEDAÑAS AL PARQUE:

- Cañaveral
- Arrecifes
- Cabo San Juan del Guía
- Bahía Concha
- Nenguanje
- Playa Cristal
- Piscina
- Arenilla
- Bahía Gayraca
- Buritaca
- Plata
- Rodadero
- Palomino
- Minca
- Taganga
- Playa Blanca, El Rodadero
- Playa de Don Diego
- Paso del Mango
- Mendihuaca
- Altos Guachaca.

PARQUES NATURALES:



- Parque Cocuy
- Parque Chicaque
- Parque Chingaza
- Parque Los Nevados
- Parque Río Melcocho
- Parque Guatapé
- Cascada de Sueva
- Guasca
- Los Estoraques.
- Caminatas Ecológicas en Departamentos de Cundinamarca, Bogotá y La Calera.



48hooassdía

