

CONDICION PRIMERA - AMPARO

CON SUJECION A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES AQUI ESTIPULADAS, Y LO DISPUESTO EN LA SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO, LA COMPAÑIA INDEMNIZARA AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UNA EMFERMEDAD O UN ACCIDENTE (HECHO EXTERNO Y SUBITO, INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO), EL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1.1. HOSPITALIZACION - RENTA DIARIA

DETERMINA EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, MINIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISION DE UN MEDICO LEGALMENTE RECONOCIDO PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESION.

BAJO ESTE AMPARO, LA COMPAÑIA PAGARA UNA SUMA DIARIA POR CADA DIA DE HOSPITALIZACION.

EL PARTO NORMAL O POR CESAREA ESTAN CUBIERTOS EN EL PRESENTE AMPARO SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUES DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

SE ENTIENDE POR CENTRO HOSPITALARIO PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA, UN ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE CONSTITUIDO PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, DE ACUERDO CON LA LEGISLACION COLOMBIANA O INTERNACIONAL.

NO SON CONSIDERADOS CENTROS HOSPITALARIOS PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA:

INSTITUCIONES MENTALES PARA EL TRATAMIENTO DE EMFERMEDADES PSIQUIATRICAS.
LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHOLICOS.
LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS.
CENTRO DE CUIDADO INTERMEDIO.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

SALVO ESTIPULACION EXPRESA EN CONTRARIO, LA PRESENTE POLIZA DE SEGURO NO AMPARA LOS EVENTOS A CONTINUACION RELACIONADOS, NO OBSTANTE PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

A) HOSPITALIZACION COMO RESULTADO DE UNA INFECCION PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA (HIV) O VARIANTES, INCLUYENDO EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EMFERMEDADES RELACIONADAS.

B) HOSPITALIZACION PARA CHEQUEOS MEDICOS DE RUTINA U OTROS EXAMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTAN INDICACIONES DE TRANSTORNOS DE SALUD.

C) CONDICIONES MEDICAS PREEXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESION SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA DE SEGURO. ESTA CONDICION DESAPARECE CUANDO SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD O LESION EN VIRTUD DE LA CUAL, EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTA POLIZA, POR UN PERIODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS.

D) HOSPITALIZACION DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCION Y CUIDADO DE UN MEDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

E) TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MEDICO.

F) TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGIA CON FINES ESTETICOS.

G) EXAMENES DE DIAGNOSTICO Y CONSULTAS MEDICAS.

H) MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICIA DE CUALQUIER PAIS O AUTORIDAD INTERNACIONAL, GUERRA, INVASION, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA (HAYA O NO DECLARACION DE GUERRA), GUERRA CIVIL, SEDICION, REVOLUCION O ASONADA.

I) SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE LOCURA, ASI COMO LAS LESIONES AUTO INFLINGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.

J) PRACTICA, ENTRENAMIENTOS O PARTICIPACION EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, ESPELEOLOGIA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES O CARRERAS QUE NO SEAN A PIE.

K) VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AEREAS, INCLUYENDO HELICOPTEROS.

L) PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES ILICITAS, CONTRARIAS A LA LEY COLOMBIANA O MIENTRAS CONDUZCA CUALQUIER TIPO DE VEHICULO, LA PERSONA ASEGURADA TENGA NIVEL DE ALCOHOL EN LA SANGRE MAS ALTO QUE EL PERMITIDO POR LA LEGISLACION COLOMBIANA O BAJO EL USO DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINOGENOS O DROGAS TOXICAS, EXCEPTO POR PRESCRIPCION MEDICA.

M) REACCION A RADIACION NUCLEAR, INDEPENDIENTE DE COMO SE HAYA GENERADO.

N) TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO.

Ñ) HOSPITALIZACION POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

CONDICION TERCERA - INDEMNIZACIONES

3.1. El asegurado o beneficiario deberán dar noticia a la compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento y ésta suministrará al asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

3.2. El valor asegurado se indemnizará al asegurado o beneficiario, según los valores expresados en la solicitud - certificado de seguro, en la definición de amparos prevista en la condición primera.

3.3 La compañía efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario haya formalizado la reclamación. Todo pago parcial efectuado por la compañía bajo la presente póliza, será considerado como un adelanto de la suma definitiva a indemnizar respecto del accidente que originó dicho pago.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o afiliado asegurado otorgue a la compañía para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de la compañía con respecto a dicho beneficio.

3.4. La indemnización diaria por hospitalización prevista como valor asegurado en la solicitud - certificado individual del seguro, se pagará al asegurado, desde la fecha de ingreso en el hospital, por un período que no exceda los sesenta (60) días, para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión.

3.5. La hospitalización del asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se deba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza.

Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

3.6. La suma asegurada en el amparo 1.1, de la presente póliza de seguro afectados por un siniestro, se entenderá reducida desde el momento del siniestro, respecto del asegurado lesionado, en el monto de indemnización cancelada por la compañía, y la diferencia será considerada como una nueva suma asegurada por el resto del período de vigencia del seguro.

CONDICION CUARTA - REVOCACION

El presente seguro podrá ser revocado unilateralmente por la compañía, mediante comunicación escrita enviada al asegurado a su dirección registrada, con una antelación no menor de diez (10) días, contados a partir de la fecha de envío, y por el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a la compañía.

CONDICION QUINTA - COEXISTENCIA DE SEGUROS

El asegurado deberá informar por escrito a la compañía de seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés asegurable, en término de treinta (30) días a partir de su celebración.

Así mismo el asegurado deberá informar a la compañía, los seguros ya otorgados por otras compañías sobre el mismo interés asegurable y de igual naturaleza a las coberturas otorgadas por la presente póliza de seguro.

CONDICION SEXTA - RENOVACION AUTOMATICA

Esta póliza de seguro se renovará anualmente de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, incrementandose los valores asegurados en los diferentes amparos contratados y consecencialmente las primas, en proporción no mayor al índice de precios al consumidor (IPC).

CONDICION SEPTIMA - INTRANSFERIBILIDAD

Se conviene que la presente póliza no será transferible, por lo tanto, ningun depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato semejante producirá efectos respecto a la compañía, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por el asegurado o por quienes legalmente representen sucesión, cuando aquel haya fallecido.

CONDICION OCTAVA - DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El tomador o el asegurado, según el caso, deberá declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado de riesgo, o cualesquiera otros cuestionarios que hayan servido de base para el otorgamiento del presente seguro. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por la compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la retinencia son imputables a error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero la compañía estará obligada únicamente en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada con el contrato represente, respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

CONDICION NOVENA - MODIFICACIONES ESTADO DE RIESGO

El tomador asegurado según el caso, deberá notificar por escrito a la compañía, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si éste depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, la compañía podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

CONDICION DECIMA - TERMINACION DEL CONTRATO

El presente contrato de seguro terminará de manera automática, en los siguientes eventos:

- 1) Cuando el asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.
- 2) Por falta de pago de la prima por el asegurado en dos o más cuotas.
- 3) Por voluntad de cualquiera de las partes, expresada por escrito.
- 4) Por fallecimiento del asegurado.

CONDICION DECIMA PRIMERA - PRESCRIPCION

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICION DECIMA SEGUNDA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., y para todos los efectos, el domicilio principal de la compañía aseguradora, es la calle 72 No 10-51 piso 7o de la misma ciudad.

ANEXO A LA POLIZA CLINIMAS DE COOMEVA

1. ENFERMEDAD: SIGNIFICA CUALQUIER ALTERACION DE LA SALUD DE UNA PERSONA, RESULTADO DE UNA ACCION DE AGENTE PATOGENO CON RELACION AL ORGANISMO QUE CONDUZCA A UN TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO.

2. ACCIDENTE: LESION FISICA RESULTANTE DE UN HECHO SUBITO, EXTERNO, VIOLENTO OCASIONAL, E INDEPENDIENTE A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

3. TRATAMIENTO: CONJUNTO DE MEDIOS POR LOS CUALES SE CURA O ALIVIA UNA ENFERMEDAD O UNA LESION POR ACCIDENTE.

4. MEDICO: PERSONA NATURAL QUE CUMPLIENDO LOS REQUISITOS LEGALES ESTA AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION EN EL AREA CLINICA, QUIRURGICA O DE APOYO DIAGNOSTICO O ASISTENCIAL.

5. BENEFICIO: SON LAS CANTIDADES MAXIMAS QUE POR CONCEPTO DE INDEMNIZACION RECONOCE LA COMPAÑIA DE ACUERDO CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES QUE SE ESTABLECEN EN LA POLIZA.

6. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ES EL LUGAR DE CUIDADO ESPECIALIZADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO DOTADO DE RECURSOS HUMANOS Y EQUIPOS ESPECIALES DONDE SE PRESTA ATENCION PERMANENTE AL PACIENTE CRITICO.

7. DIAGNOSTICO : ES TODA IDENTIFICACION DE UNA ENFERMEDAD FUNDANDOSE EN LOS SINTOMAS MANIFESTADOS POR EL ENFERMO, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CLINICAS Y PARACLINICAS.

AMPARO DE DOBLE INDEMNIZACION POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE .

POR ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA RECONOCERA COMO BENEFICIO DIARIO EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN EL CENTRO HOSPITALARIO A CAUSA DE UN ACCIDENTE .

AMPARO DE TRIPLE INDEMNIZACION POR HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD GRAVE

POR ESTA COBERTURA LA COMPAÑIA RECONOCERA COMO BENEFICIO DIARIO EL EQUIVALENTE A TRES (3) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION DURANTE LA PERMANENCIA EN EL CENTRO HOSPITALARIO A CAUSA DE UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES QUE PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA SE DEFINEN ASI:

CANCER : TODA ENFERMEDAD MANIFESTADA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO INCONTROLABLE, ANORMAL DE CELULAS MALIGNAS CON O SIN COMPROMETER CUALQUIER OTRO ORGANOS DEL CUERPO, ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDO EN LA PRESENTE COBERTURA EL CANCER DE PIEL (SALVO EL MELANOMA MALIGNO) DE SENO Y CERVICOUTERINO.

INFARTO AL MIOCARDIO: LA MUERTE DE UN GRUPO DE CELULAS MIOCARDICAS A CONSECUENCIA DE LA SUPRESION DE LA CIRCULACION QUE LES PERTENECE EN EL MUSCULO CARDIACO, DICHO INFARTO DEBE SER DIAGNOSTICADO CLINICA, ELECTROGRAFICA Y SEROLOGICAMENTE.

EL TRASPLANTE DEBERA SER CERTIFICADO POR EL MEDICO QUE LO PRACTICO QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VALIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES .

DOCUMENTOS BASICOS PARA EL TRAMITE
DE UNA RECLAMACION

1. Renta diaria por hospitalizacion

Formulario de reclamacion - forma CIGNA..
Certificacion original del centro hospitalario donde fue atendido indicando fecha y hora de ingreso y de salida, asi como el tratamiento realizado.
Fotocopia completa de la historia clinica.