

ANEXO

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El presente Anexo se otorga mediante convenio expreso, y constará en la carátula de la póliza, o en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DEL AMPARO.

COLMENA SEGUROS S.A, PREVIA COMPROBACIÓN DE LOS GASTOS MÉDICOS GENERADOS Y EFECTIVAMENTE PAGADOS CON OCASIÓN A UN ACCIDENTE DEL ASEGURADO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, REEMBOLSARÁ EL VALOR DE LOS MISMOS, AL ASEGURADO O A QUIEN DEMUESTRE HABER INCURRIDO EN ELLOS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

SON CONDICIONES CONCURRENTES E INDISPENSABLES PARA QUE OPERE ESTE AMPARO LAS SIGUIENTES:

- A. QUE EL ACCIDENTE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA
- B. QUE LOS GASTOS O SERVICIOS MÉDICOS SE HAYAN GENERADO DENTRO DE LOS 120 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.
- C. QUE LOS GASTOS O SERVICIOS QUE SE ENTIENDEN CUBIERTOS POR ESTE ANEXO, SON LOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIOS Y/O FARMACÉUTICOS, QUE TENGAN RELACIÓN DIRECTA O RESULTEN NECESARIOS PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO EN EL ACCIDENTE.

PARAGRAFO: EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO FALLEZCA COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, EL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA SERÁ REEMBOLSADA A SUS BENEFICIARIOS.

CONDICIÓN SEGUNDA. GASTOS CUBIERTOS. LOS GASTOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN, SON LOS ÚNICOS QUE SE ENTIENDEN CUBIERTOS POR EL PRESENTE SEGURO:

- A. **GASTOS MÉDICOS:** HONORARIOS MÉDICOS U HONORARIOS ODONTOLÓGICOS.
- B. **GASTOS QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIOS Y/O FARMACÉUTICOS:** HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN EN CLÍNICA U HOSPITAL, MEDICAMENTOS, LÍQUIDOS ENDOVENOSOS, CÁNULAS, SONDAS, SANGRE, PLASMA Y SUS DERIVADOS, SALA DE CIRUGÍA, ANESTESIA, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS UTILIZADOS EN SALA DE CIRUGÍA, PRÓTESIS, EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, ECOGRAFÍAS, ESCANOGRFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, VENDAJES DE ALGODÓN O TELA, VENDAS DE YESO, CABESTRILLOS, COLLARES CERVICALES, FÉRULAS METÁLICAS PARA DEDOS, TOBILLERAS BLANDAS, RODILLERAS BLANDAS, MUÑEQUERAS BLANDAS, SERVICIOS DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA.
- C. EN LOS EVENTOS DONDE LOS GASTOS MÉDICOS DEL ASEGURADO SEAN ASUMIDOS POR ALGUNA ENTIDAD QUE HACE PARTE DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, COLMENA SEGUROS S.A. REEMBOLSARÁ LOS COSTOS EFECTIVAMENTE ASUMIDOS POR EL ASEGURADO TALES COMO PERO SIN LIMITARSE A ELLOS, COPAGOS, CUOTAS MODERADORAS, VALES DE ATENCIÓN.

CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES. APLICAN LAS MISMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LA CONDICIÓN 2.1 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA, DE LA CUAL FORMA PARTE ESTE ANEXO.

EN ADICIÓN A LO ANTERIOR, NO SON OBJETO DE LA COBERTURA LOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE, TENGAN RELACIÓN CON O CUANDO:

- A. GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIOS Y/O FARMACÉUTICOS, REALIZADOS O SUMINISTRADOS EN INSTITUCIONES O POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS PARA EL EJERCICIO DE SUS ACTIVIDADES Y/O QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA SALUD. ASÍ MISMO SE EXCLUYEN LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS NATURISTAS, SPA, HOGARES TERAPÉUTICOS, HOGARES GERIÁTRICOS, INSTITUCIONES DE CUIDADO INTERMEDIO, DE CUIDADOS CRÓNICOS O SIMILARES.
- B. CUALQUIER CIRUGIA, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO PARA FINES ESTÉTICOS, ASÍ COMO URGENCIAS Y/O COMPLICACIONES QUE SEAN DERIVADAS DE ESTOS Y/O CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA U ORTOPÉDICA, SALVO QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA.
- C. LOS GASTOS MÉDICOS RELACIONADOS CON EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- D. EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTOS Y/O CIRUGIAS PARA LA CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL, ASI COMO EL SUMINISTRO O REPARACIÓN DE LENTES, LENTES DE CONTACTO Y/O MONTURAS.
- E. COMPRA DE APARATOS ORTOPÉDICOS COMO MULETAS, SILLAS DE RUEDAS, CAMINADOR, O SIMILARES, ASI COMO ELEMENTOS DE USO PERSONAL.
- F. GASTOS MÉDICOS QUE HAYAN SIDO ASUMIDOS POR CUALQUIER ENTIDAD QUE HAGA PARTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL, TALES COMO LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DEL ASEGURADO, SU EPS, SU SERVICIO DE MEDICINA PREPAGADA, PÓLIZA DE SALUD O EL SOAT SEGÚN CORRESPONDA.
- G. LOS GASTOS REALIZADOS POR EL ACOMPAÑANTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO QUE NO CORRESPONDAN A GASTOS DE ESTE ÚLTIMO.
- H. LOS GASTOS DE TRASLADO Y/O GASTOS DOMICILIADOS COMO OXÍGENO, CAMAS O TRASLADO MÉDICO.

CONDICIÓN CUARTA. LIMITE DE VALOR ASEGURADO Y ACCIDENTES CUBIERTOS POR LA PÓLIZA. Siempre que el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza o el certificado individual de seguro, no se agote en uno o varios accidentes cubiertos, se entiende que respecto de cada asegurado, no hay límites en el número de accidentes que se presenten durante la vigencia de la póliza matriz suscrita con el Tomador.

La cobertura se restablecerá para cada asegurado, en cada renovación de la póliza matriz, y siempre que el asegurado permanezca como miembro del grupo asegurado establecido en la póliza.

CONDICIÓN QUINTA. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

La edad de ingreso está comprendida entre 12 y 65 años y la edad máxima de permanencia es de 70 años. En consecuencia los beneficios concedidos por el presente anexo terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al cumplir la edad de 70 años.

Todas las demás condiciones generales de la póliza no modificadas por el presente anexo, continúan en vigor.

CONDICIÓN SEXTA. REVOCACION.

Este anexo podrá ser revocado en los siguientes casos:

- a. Cuando el Tomador expresamente solicite por escrito la revocación de la póliza matriz.
- b. Cuando el Asegurado revoque por escrito la póliza o el presente anexo.
- c. Colmena Seguros S.A. podrá revocar el presente anexo, mediante aviso escrito enviado a la última dirección conocida del asegurado o tomador, con no menos de diez (15) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

En caso de que el Asegurado revoque este anexo, tendrá derecho al reintegro de la prima no devengada, es decir, el valor correspondiente al periodo en el que Colmena Seguros S.A. no asumió el riesgo que le fue trasladado. Lo mismo podrá ocurrir si quien revoca el seguro es el Tomador y la póliza se expidió la modalidad *no contributivo o beneficios*.

PARAGRAFO: El hecho de que La Compañía haya recibido una o mas primas por este anexo, después de que haya sido revocado, no obligará a conceder los amparos y beneficios aquí estipulados ni anulará la revocación. Cualquier prima pagada por un periodo posterior a la renovación será reembolsada.

CONDICIÓN SÉPTIMA. ÁMBITO TERRITORIAL. El presente anexo solo otorga cobertura dentro del Territorio Nacional Colombiano.

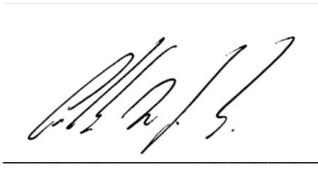
CONDICIÓN OCTAVA. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD. El valor del reembolso de los gastos médicos cubiertos por el presente anexo, no podrá en ningún caso exceder la suma asegurada, ni del monto efectivo del perjuicio sufrido por el asegurado. En todos los casos Colmena Seguros S.A. reembolsará el valor de los gastos médicos en dinero.

CONDICIÓN NOVENA. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN.

De conformidad con lo señalado por el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado o beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. Sin embargo, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte el presente anexo, sean allegados los siguientes documentos sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar el derecho al pago de la suma asegurada:

- Formato Único de Reclamación de Seguros - FURS, el cual podrá ser descargado de la página www.colmenaseguros.com en la sección Seguros de Personas / Trámites o Comunicación en la que se informen al Asegurador las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrió el siniestro, junto con los datos de contacto de quien reclama.
- Copia de la solicitud/certificado individual de seguro.
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identificación del asegurado y/o los beneficiarios.

- En caso de que el asegurado sea menor de edad, copia del registro civil de nacimiento en donde se determine la patria potestad.
- Historia clínica completa del asegurado o Informe del médico tratante sobre el estado de salud del asegurado en el que se precise el accidente.
- Copia de las consignaciones, facturas o pagos realizados de los gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios o farmacéuticos que fueron empleados para la atención del asegurado.
- Cédula de ciudadanía de la persona que sufragó los gastos, en razón a que por la situación en la que se encuentra el asegurado producto del accidente, no puedo hacerlo este directamente.
- Los demás documentos que la Compañía considere necesarios para el estudio de la reclamación.



**ASEGURADORA
COLMENA SEGUROS S.A.**