

BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION ANEXO AL SEGURO DE VIDA GRUPO

Mediante el presente anexo, siempre y cuando figure como contratado en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro, y previo pago de la prima adicional correspondiente la compañía conviene en otorgar la siguiente cobertura:

PRIMERA: COBERTURA

SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O DE UN ACCIDENTE, CUYA OCURRENCIA O MANIFESTACIÓN SE PRESENTE CON POSTERIORIDAD AL PERIODO DE CARENCIA ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA Y MIENTRAS LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE, EL ASEGURADO REQUIERE SER HOSPITALIZADO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O UN TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LAS SUMAS INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- A. HOSPITALIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO Y/O CIRUGIA: UNA VEZ SEA CUBIERTO EL DEDUCIBLE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA RENTA PACTADA POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, HASTA UN MÁXIMO DE NOVENTA (90) DÍAS POR EVENTO Y MÁXIMO TRES (3) EVENTOS POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA.
- B. INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SI EL ASEGURADO REQUIERE SER INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA RENTA PACTADA POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA EN DICHA UNIDAD, HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA.

ESTA SUMA SERÁ ADICIONAL A LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO Y/O CIRUGÍA.

- C. RENDA DIARIA POR MATERNIDAD: LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ A LA ASEGURADA (MUJER) QUE REQUIERA SER HOSPITALIZADA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO (NORMAL O CESÁREA) O POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA SUMA DIARIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE INTERNADA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y HASTA POR UN MÁXIMO DE CINCO (5) DÍAS POR VIGENCIA ANUAL.
- D. RENDA DIARIA POR INCAPACIDAD DOMICILIARIA POST HOSPITALARIA: SI COMO CONSECUENCIA DE UNA HOSPITALIZACIÓN CUBIERTA POR EL PRESENTE ANEXO, EL ASEGURADO REQUIERE SER RECLUIDO EN SU DOMICILIO POR ORDEN MEDICA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA RENTA PACTADA POR CADA DÍA QUE PERMANEZCA INCAPACITADO, HASTA POR UN PERIODO IGUAL AL QUE PERMANECIÓ HOSPITALIZADO Y HASTA POR UN TIEMPO MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS POR EVENTO. ESTE BENEFICIO NO APLICA EN EL CASO DE HOSPITALIZACIONES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO (NORMAL O CESÁREA) O POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

SEGUNDA: EXCLUSIONES

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE ANEXO SI LA HOSPITALIZACIÓN SE REALIZA POR:

1. SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO O LESIONES CAUSADAS A SÍ MISMO, ESTANDO O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.

2. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES DE ORIGEN CONGÉNITO, YA SEAN CONOCIDAS O NO POR EL ASEGURADO Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN O SE RELACIONEN CON ELLAS.
3. ACCIDENTES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS O QUE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO DENTRO DE LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO.
4. CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, SALVO LAS DE TIPO RECONSTRUCTIVO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
5. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS Y SUS CONSECUENCIAS.
6. HOSPITALIZACIONES QUE TENGAN COMO OBJETO PRINCIPAL EL DIAGNOSTICO, CHEQUEO MÉDICO O DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, FISIOTERAPIAS O TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
7. ABORTOS PROVOCADOS, SUS CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES.
8. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, INFERTILIDAD Y/O PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
9. TRATAMIENTOS DE CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
10. ESTADOS TERMINALES O COMATOSOS IRREVERSIBLES QUE SUPEREN UN PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS.
11. ACCIDENTES QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO PRACTIQUE, YA SEA COMO AFICIONADO O PROFESIONAL, DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO PARACAIDISMO, VUELO DELTA, PARAPENTE, AVIONES ULTRALIVIANOS, AUTOMOVILISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, MONTAÑISMO, BUCEO, BUNGEE JUMPING, BOXEO, LUCHA LIBRE Y CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE IMPLIQUE RIESGO O PELIGRO
12. ENFERMEDADES DERIVADAS DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS ALUCINÓGENAS, TOXICAS, HEROICAS, O CUALQUIER OTRA QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCA DEPENDENCIA FÍSICA O PSÍQUICA; O ACCIDENTES CAUSADOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VOLUNTARIAMENTE BAJO LA INFLUENCIA ESTAS.
13. SIDA (SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) O VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA) POSITIVO, O CUALQUIER OTRO SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.
14. LAS LESIONES CAUSADAS, POR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO, EN ACTOS DE GUERRA DECLARADA O NO, CONMOCIÓN CIVIL, MOTINES, REVUELTAS POPULARES, HUELGA, SEDICIÓN, REBELIÓN, ASONADA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS, LA TRASGRESIÓN DE NORMAS LEGALES, Y CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE CONSTITUYA DELITO.
15. LESIONES DERIVADAS DE CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTO, TEMBLOR O ERUPCIÓN VOLCÁNICA ENTRE OTRAS.,
16. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
17. LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

TERCERA: DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente anexo, se entenderá como:

PERIODO DE CARENCIA: El lapso de tiempo de treinta (30) días corrientes contados a partir de la entrada en vigencia del presente anexo o de cualquier rehabilitación del mismo, o de la inclusión de un nuevo asegurado, en el cual no se tiene cobertura, salvo que sea a consecuencia de un accidente ocurrido posteriormente a dicha fecha. En consecuencia las hospitalizaciones que ocurran en el período de carencia no serán cubiertas, considerándose estas como pre-existentes.

HOSPITALIZACIÓN: Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración continua superior a veinticuatro (24) horas.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA: El establecimiento legalmente registrado y autorizado, por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades de salud para prestar el servicios de internamiento de pacientes para tratamiento médico o quirúrgicos.

Para los efectos de la cobertura otorgada por el presente anexo no se consideran instituciones hospitalarias las instituciones psiquiátricas, lugares de reposo, ancianatos, centro de rehabilitación de drogadicción o alcoholismo o centros de cuidado intermedio o instituciones para el cuidado del paciente crónico.

DEDUCIBLE: Es el número de días indicados en la caratula de la póliza que deberá asumir el asegurado, y a partir del cual inician las obligaciones a cargo de la Compañía, siempre y cuando subsista la hospitalización.

RENDA DIARIA: Corresponde a la indemnización diaria pagadera por cada 24 horas de hospitalización del asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por el presente anexo y cuyo monto diario se especifica en la caratula de la póliza.

EVENTO: Comprende todas las hospitalizaciones, continuas o discontinuas, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí, que se realicen dentro de los noventa (90) días continuos contados a partir de la fecha en que se inicio la primera hospitalización.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Es aquella incapacidad que es consecuencia inmediata de un tratamiento médico hospitalario o intervención quirúrgica amparada por el presente anexo, y que le impide al asegurado desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación habitual;

ACCIDENTE: Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible, fortuito e independiente de la voluntad del asegurado que le produzca en su integridad física, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Aquella enfermedad o lesión que se ha contraído, comenzado, diagnosticado o por la cual se ha recibido tratamiento médico dentro de los doce (12) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de esta Póliza.

Las enfermedades o lesiones preexistentes declaradas en la solicitud, tendrán un periodo de carencia de doce (12) meses, contados desde la fecha de inicio de la vigencia individual. Cumplido el periodo mencionado, dichas enfermedades o lesiones estarán cubiertas, siendo indemnizables en consecuencia las

hospitalizaciones que con causa de ellas se deriven, a excepción de los que expresamente sean excluidas por Global Seguros.

CUARTA: EDAD

La edad máxima de ingreso al presente anexo será de sesenta (60) años y la máxima de permanencia será de sesenta y nueve (69) años. En consecuencia, los beneficios concedidos por el presente anexo cesarán al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla la edad de setenta (70) años.

QUINTA: RECLAMACIÓN

El Asegurado o quien legalmente lo represente, en caso de imposibilidad para hacerlo, deberá presentar la reclamación directamente a Global Seguros, acompañada de la copia del documento de identidad del asegurado, carné de afiliación a una EPS vigente, copia de la orden emitida por la EPS autorizando la hospitalización y/o intervención quirúrgica, certificación original del médico tratante que incluya pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que permitan evidenciar el diagnóstico y naturaleza de la enfermedad, su origen y evolución; certificación del número de días de incapacidad expedido por la EPS a la cual este afiliado el asegurado.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de Global Seguros para solicitar cualquier otra prueba o documento que estime conveniente para acreditar la ocurrencia del siniestro, siempre que sea necesario para establecer la total claridad del siniestro reclamado y guarde relación directa con la reclamación, así como de la facultad del Beneficiario o Asegurado de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la ley

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura otorgada por el presente anexo terminará al presentarse cualquiera de las siguientes causas:

1. Por la terminación del amparo básico de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.
2. Al vencimiento de la vigencia anual en la que el asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.
3. Cuando sea revocada por el Tomador o por Global Seguros, en los términos previstos en el artículo 1071 del Código de Comercio.

SEPTIMA: CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión que puede estar previsto en la póliza, no es aplicable al presente anexo.

NOVENA: NORMAS APLICABLES

En todo lo no previsto en estas condiciones particulares, se aplicaran al presente anexo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

EL TOMADOR

GLOBAL SEGUROS DE VIDA S. A.

Clausulado versión: 01/10/2011-1420-A-34-VGRDH
Nota técnica: 01/10/2011-1420-NT-P-34-PSVG-01