RESUMEN CONDICIONES

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES VOLUNTARIOS PRIMA ÚNICA

Fecha:	Producto vendido a partir de Enero 2 de 2023
Tomador / Asegurado:	Cliente deudor del Banco W. El seguro solo podrá ser tomado por clientes que adquieren crédito con el Banco.
Beneficiarios:	Los libremente designados por cada asegurado o en su defecto los de ley
Tipo de cobertura:	24 Horas/ 365 días al año
Límite Territorial:	Con cobertura a escala mundial; sin embargo para todos los efectos el domicilio contractual será la República de Colombia.
Modalidad:	Voluntaria – pagada 100% por el asegurado Prima Unica por la totalidad de la vigencia del crédito.
Vigencia Individual:	La vigencia de la póliza será la misma de la vigencia del crédito tomado por el asegurado. Las personas que voluntariamente tome el seguro quedaran aseguradas a partir de la fecha del desembolso del crédito, bajo las condiciones establecidas en este documento.
Grupo Asegurado:	Serán asegurados todos los clientes de la entidad tomadora, que en el momento de tomar el crédito voluntariamente decidan tomar el seguro y que tengan su residencia permanente en le república de Colombia. Para fines de la indemnización se regirá de acuerdo a las leyes vigentes de Colombia. El asegurado deberá firmar la solicitud poliza de seguro, establecida con la entidad tomadora.

1. Producto:

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO		
	Principal	Cónyuge	Hijos
Muerte accidental	\$3.000.000	\$3.000.000	\$3.000.000
Desmembración Accidental	\$3.000.000	\$3.000.000	\$3.000.000
Reembolso de Gastos Médicos por accidente	\$600.000	\$600.000	\$600.000
Renta diaria por hospitalización por accidente (sólo para el asegurado principal)	\$40.000	NA	NA
Auxilio por accidente para reembolso de gastos médicos	\$50.000	\$50.000	\$50.000
Diagnóstico positivo de Cáncer	\$300.000	\$300.000	\$300.000
Asistencia Odontológica por accidente	Incluida	NA	NA

Para calcular la prima única total del periodo del crédito se debe multiplicar la prima mensual por el número de meses del crédito.

La definición de los amparos será de conformidad con las condiciones generales de CHUBB y/o a los anexos del amparo correspondiente.

Nota 1: El máximo valor asegurado individual de Muerte Accidental por un mismo asegurado no podrá ser superior a \$15.000.000 (máximo solo podrá adquirir 5 certificados). El grupo familiar estará compuesto por hasta 5 personas. En caso de siniestro por muerte accidental se pagarán hasta máximo por 3 miembros de la familia durante la vigencia del certificado. El asegurado solo podrá adquirir una póliza por cada crédito tomado hasta máximo 5 pólizas. Adicionalmente, la responsabilidad de la aseguradora no excederá la suma de \$60 millones de pesos de valor expuesto a consecuencia de Muerte en una o varias pólizas de uno o varios productos de Seguros con Chubb Seguros en el programa de Seguros de Banco W.

Nota 2: Para el cálculo de las primas únicas, se deberá multiplicar el valor de prima mensual por el número de meses del crédito otorgado al asegurado

Nota 3: Riesgos No Asegurables:

- Tripulación Aérea (pilotos, ingenieros o auxiliares de vuelo).
- Miembros activos de las fuerzas militares o de la policía.
- Mineros de Socavón y túneles.
- Personal de fábricas de pólvora y explosivos.
- Personal de seguridad privada, escoltas, guardaespaldas, procuraduría, DAS, CTI, Autoridades civiles y militares con vínculos o relaciones con organismos de seguridad del Estado.
- Bomberos.
- Deportistas profesionales.

DEFINICIÓN DE COBERTURAS:

- Básico de 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.
- Desmembración 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.
- Reembolso de gastos médicos por accidente: Se reembolsarán los valores causados como consecuencia de un accidente amparado, sin superar el valor límite del total asegurado, si el asegurado requiere de asistencia médica o quirúrgica, ambulancia, hospital, enfermera y medicamentos, dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguiente a la ocurrencia del accidente. No se amparan accidentes de tránsito o accidentes laborales.

NOTA 1: Se paga a primera pérdida durante la vigencia del seguro y hasta el límite de valor asegurado establecido. Es decir se reconocerá por una sola vez durante la vigencia de certificado.

- Renta diaria por hospitalización por Accidente: Se pagará la suma diaria asegurada establecida en el certificado individual de seguro, por cada día de hospitalización, si durante la vigencia de este amparo adicional por causa de un accidente el asegurado requiere hospitalización.

NOTA 1: Se pagará al asegurado principal como consecuencia de un accidente, cuando la hospitalización supere las veinticuatro (24) horas continuas e implique cambio de día entre su ingreso y salida. Deducible 1 día.

NOTA 2: La cobertura es de hasta veinte (20) días continuos o discontinuos durante la vigencia del certificado y máximo cuatro eventos durante la misma vigencia.

NOTA 3: Se restablecerá por una sola vez agotado el valor asegurado si la vigencia del certificado es mayor a un año.

- Auxilio por Accidente para Gastos Médicos: Se pagan los gastos médicos si el asegurado sufre un accidente de tránsito o laboral durante la vigencia del certificado, con cargo al amparo de reembolso de gastos médicos, es decir este valor se deduce el valor asegurado de Reembolso de gastos médicos por accidente.

NOTA 1: Se paga a primera pérdida durante la vigencia del seguro y hasta el limite de valor asegurado establecido. Es decir se reconocerá por una sola vez durante la vigencia de certificado.

- Diagnóstico Positivo de Cáncer: Se asume el riesgo del asegurado en caso de padecer de cáncer debidamente diagnosticado en cualquier parte del cuerpo o específicamente cuando sufra de cáncer mama, cérvix o próstata.

NOTA 1: Una vez realizado el pago del valor asegurado, finaliza la cobertura del amparo.

NOTA 2: Esta cobertura es por cáncer no preexistente y tiene un periodo de carencia de 90 días desde el inicio de cobertura del certificado individual y se paga si el asegurado sobrevive 30 días después del diagnóstico correspondiente.

- Asistencia Odontológica por Accidente (Detalle en Anexo): A consecuencia de una urgencia odontológica por accidente, entendiéndose como tal cualquiera de los tratamientos o atenciones odontológicas del anexo de asistencia, siempre que se adecuen a la siguiente definición de urgencia odontológica que se presente a partir del día siguiente a la adquisición de la póliza:

Urgencia odontológica: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa, urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor derivado de accidentes originados por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia.

Cuando la urgencia sea producto de un accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en esta cobertura, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuaran un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico y los amparos adicionales serán las siguientes:

Asegurado Principal y Cónyuge:

- Edad de ingreso: Desde los 18 años de edad hasta los 68 años más 364 días de edad.
- Edad de permanencia: con permanencia hasta la fecha original de terminación del crédito otorgado por el Banco W al asegurado principal

Hijos:

- Edad de ingreso: Desde los 3 años de edad hasta los 18 años de edad.
- Edad de permanencia: 18 años + 364 días de edad.

EXCLUSIONES DEL SEGURO

Aplican las exclusiones previstas en las condiciones generales de la póliza a la cual accede

PROCEDIMIENTO PARA LOS RECLAMOS

La reclamación será definida en el plazo establecido por el área de reclamos para generar orden de pago una vez la Compañía cuenta con la totalidad de los soportes.

DOCUMENTOS GENERALES PARA EL PAGO DE SINIESTROS TODOS LOS AMPAROS:

- Formulario de reclamación – forma autorizada. Carta formal de reclamación
- Copia de la cédula de ciudadanía de cada uno de los beneficiarios mayores de edad.
- Copia de los Registros Civiles de Nacimiento de los beneficiarios (independientemente de la edad para acreditar la calidad de beneficiarios)
- Informe policial de accidente de tránsito (en los casos en que aplique).
- Información bancaria del asegurado/beneficiarios.
- Declaración, certificación o constancia sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL:

- Copia auténtica del Registro Civil de Defunción del asegurado.
- Acta de levantamiento del cadáver.
- Declaración, certificación o constancia sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar bajo las cuales se produjo el accidente que causó la muerte del asegurado.

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS DEL ANEXO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

- Resumen de la historia clínica, indicando claramente el nivel de amputación del miembro afectada

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA EL PAGO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE Y AUXILIO POR ACCIDENTE PARA GASTOS MÉDICOS:

- Historia clínica completa de la atención recibida y/o epicrisis de la atención médica.
- Facturas y comprobante de pago de los gastos.

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA EL PAGO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:

- Historia clínica completa que indique los días de hospitalización y sus causas.

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA EL PAGO POR DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CÁNCER:

- Certificación médica emitida por el profesional que diagnosticó el cáncer, junto con los exámenes clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio que respalden el diagnóstico
- Copia del ECO
- Resultado de Hispatológico
- Para los casos de cáncer de mama y cáncer de cérvix aportar el resultado citológico
- Para el caso de cáncer de mama aportar la mamografía y para el cáncer de próstata aportar el antígeno prostático.
- Copia de la historia clínica completa

En cualquier caso, Chubb se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales cuando sea necesario.

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE:

La atención será prestada por un proveedor externo a CHUBB, el asegurado deberá comunicarse con el teléfono 018000 917500 Opción: 2 – 9 – 5, para tener cobertura sobre eventos ocurridos a partir del día siguiente a la adquisición de la póliza.

2. Condiciones adicionales:

1. El presente documento se encuentra sujeto a al clausulado general aplicable: 02/01/2023-1305-P-31-CLACHUBB20210014-DRCI y sus coberturas adicionales: 02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021014-DRCI, 02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021015-DRCI, 02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021016-DRCI, 02/01/2023-1305-A-31-ANEXCHUBB2021017-DRCI.
2. Pago de la prima: El cobro de la prima se efectuará en forma ANTICIPADA, según el plazo del crédito de cada asegurado. La prima que se recaude por cada asegurado corresponderá al valor de las primas por la totalidad de la vigencia del crédito.
3. Mora en el pago de la prima: El asegurado está obligado al pago de la prima conforme al plazo del crédito previsto en la póliza. El pago de la prima única deberá realizarse dentro de los 30 días

siguientes a la fecha de su exigibilidad. En caso de no efectuar el pago de la prima dentro del término antes señalado, el asegurado se constituirá en mora en el pago de la prima.

La mora en el pago de la prima de la póliza producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho a la compañía aseguradora para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato, en virtud de lo establecido en el artículo 1068 del Código de Comercio.

4. Revocación de la póliza: La aseguradora, el tomador o el asegurado podrán dar por terminada la cobertura en cualquier momento con previo aviso, dándole derecho al asegurado de recibir la devolución de las primas no devengadas.
5. Ampliación aviso de siniestro 120 días o en su defecto el tiempo definido por ley 2 años.
6. Periodicidad del pago de la prima: Prima única por el término total del crédito.
7. En el evento que le asegurado pague anticipadamente el crédito al plazo inicialmente pactado, el seguro de accidentes personales continuará vigente hasta la fecha inicialmente pactada en el plazo del crédito por haberse recibido la totalidad de prima del plazo original del crédito.
8. Chubb Seguros Colombia S.A. es una subsidiaria de una compañía de EE. UU. y Chubb Limited, es una entidad que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, Chubb Seguros Colombia S.A. está sujeta a ciertas leyes y regulaciones [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] de Estados Unidos que pueden prohibir la prestación de cobertura o el pago de siniestros a determinadas personas o entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte, Crimea y Cuba.

3. Anexo: Condiciones Plan Odontológico Asistencial por Accidente

A continuación, se definen las condiciones de la asistencia que se incluye anexo al producto y se especifica en la carátula de la póliza:

1. DEFINICIONES:

Para los efectos del presente documento las palabras tendrán el significado aquí señalado. Dichos significados se aplican tanto al plural como al singular de los términos definidos y a las mayúsculas y minúsculas. Los términos técnicos o científicos que no estén expresamente definidos en el presente documento tendrán el significado que se les asigna según la técnica o ciencia correspondiente. Las demás palabras se entenderán según el sentido de uso general de las mismas.

- **PRESTADOR(ES) DE SERVICIOS DE SALUD:** Profesional(es) debidamente habilitado(s) por las autoridades competentes para prestar servicios de asistencia en salud con el(los) que el “EL CONTRATISTA” tiene un convenio y que es(son) quien(es), atiende(n) las solicitudes de los usuarios o clientes, a nivel nacional e internacional para los servicios descritos en el presente documento. El listado de dichos profesionales puede consultarse en la página web www.sdsigma.com
- **USUARIO O CLIENTE:** Personas (Titulares) que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en este anexo.
- **URGENCIA ODONTOLÓGICA:** Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa, urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor derivado de accidentes originados por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia.
- **CONSULTA AMBULATORIA:** El ASEGURADO puede hacer uso del servicio de atención odontológica en cualquier ocasión o momento de la vigencia de la cobertura, para acceder a valoraciones con odontología general o con las especialidades odontológicas sin ningún costo y el PRESTADOR DE SALUD, le entregará presupuesto con las tarifas preferenciales (descuentos entre el 10 y 30% sobre tarifa plena del PRESTADOR DE SALUD).
- **EJECUTIVO O ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE:** Es el encargado de iniciar el proceso con el usuario que ingresa la información del usuario y beneficiarios que soliciten la atención al sistema de EL CONTRATISTA

- LOCALIZADOR (CÓDIGO DEL CASO): Número aleatorio generado en el sistema de EL CONTRATISTA donde es consignada toda la información referente a las citas y llamadas de los usuarios y es informado a LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. para la aprobación de procedimientos.
- CLAVE DE ATENCIÓN O REGISTRO DE SERVICIO: Número que es generado por el sistema a través de la gestión del asesor y es utilizado internamente para la autorización de tratamientos.

2. COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE:

Atención al usuario (Titular) a consecuencia de una urgencia odontológica por accidente, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de urgencia odontológica indicada en el capítulo 1. Definiciones de este anexo.

Los servicios serán prestados por PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD dentro de todo el territorio Nacional. Adicionalmente se brindará cobertura internacional del plan dental en los siguientes países: Ecuador, Perú, Chile, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Salvador, Nicaragua, Honduras e Italia siempre y cuando estén radicados en Colombia y se encuentren en los países mencionados por una estadía temporal no mayor a 60 días.

Para acceder a este servicio el usuario podrá comunicarse por medio del canal designado por la compañía y definido en este documento o en la carátula de la póliza. La cobertura aplica para eventos ocurridos a partir del día siguiente a la adquisición de la póliza. Los servicios serán los siguientes:

COBERTURA POR URGENCIA ASOCIADA A ACCIDENTE (*)		AMBULATORIO
Atención Odontológica	Consultas con odontología General y especializada sin costo	X
	Atención de urgencia (Endodóntica, periodontal y protésica)	
Periodoncia	Ferulización sem irígida	
Operatoria y Restauradora	Ajustes de Oclusión (quitar contactos entre dientes que generen molestia)	
	Obturación provisional	
	Restauración en amalgama dientes posteriores (Clase I, Clase II y MOD)	
	Restauración en resina dientes posteriores (Clase I, Clase II y MOD)	
	Restauración en resina dientes anteriores (Clase III, Clase IV y Clase V)	
	Restauraciones clase V en Vidrios Ionoméricos	
	Cementación (pegado) de corona definitiva o corona provisional	
	Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (reparación de prótesis dentales en el consultorio)	
Cirugía Oral	Exodoncia simple dientes temporales y permanentes	
	Exodoncia quirúrgica dientes temporales y permanentes (impactados, semiincluidos, restos radiculares y terceros molares)	
Endodoncia	Reimplante de diente avulsionado	
	Recubrimiento pulpar directo e indirecto (colocación de protección al nervio)	
	Pulpectomía (retiro del nervio dental)	
	Pulpotomía (retiro parcial del nervio)	
	Tratamiento de conducto unirradicular en dientes temporales y permanentes	
	Tratamiento de conducto birradicular en dientes temporales y permanentes	
Radiología Oral	Radiografía periapical	
	Radiografía coronal (bitewing)	
Beneficios adicionales	Cobertura del plan con prestadores aliados Sigma en 11 países	
	Reembolso para urgencias a nivel nacional: en caso que no hay prestador disponible (previa autorización)	
	Descuentos en tratamientos no cubiertos	X
	Atención telefónica (horario 24/7 los 365 días del año)	
	Orientación odontológica telefónica para aclaración de dudas sobre tratamiento	X

(*) Eventos ilimitados. No aplica periodo de carencia

Cuando la urgencia sea producto de un accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el usuario requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el usuario pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

3. EXCLUSIONES DE URGENCIA ODONTOLÓGICA:

Este anexo no cubre servicios originados ni los gastos incurridos directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una urgencia odontológica derivada de accidente, entre los cuales, a título enunciativo, se encuentran los siguientes:

- a) Tratamientos y/o controles no contemplados específicamente en el numeral 1 – cobertura urgencia odontológica para las siguientes especialidades: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, Odontopediatría y cualquier otra.
- b) Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con los que EL CONTRATISTA no tiene convenio.
- c) Retratamiento de conductos Unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
- d) Tratamientos estéticos.
- e) Urgencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre este tipo de urgencias, ya que se considera una urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- f) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo al numeral 1 anterior, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- g) Defectos físicos.
- h) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- i) Radioterapia o quimioterapia.
- j) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de urgencia odontológica indicada en el capítulo 1. Definiciones de este anexo.
- k) Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos amparados y no amparados por este anexo.