



CUADRO DE DECLARACIONES

LA COMPAÑIA OTORGA AMPARO SEGUN LAS CONDICIONES GENERALES IMPRESAS EN LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES No. 1056082

TOMADOR	AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A	NIT/NUIP	860056784 - 7
DIRECCION	CALLE 20 # 4 - 55 PISO 3	TELEFONOS	5877120 0
CIUDAD/PAIS	BOGOTA D.C.	FAX:	0

ASEGURADO	VISITANTES QUE INGRESAN AL PARQUE	NIT/NUIP	
DIRECCION	CALLE 20 # 4 - 55 PISO 3	TELEFONOS	5877120 0
CIUDAD/PAIS	BOGOTA D.C.	FAX:	0
BENEFICIARIOS	LOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO LOS DE LEY		

VIGENCIA DE LA POLIZA			
DESDE	HASTA	FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE EXPEDICION
AÑO MES DIA	AÑO MES DIA	AÑO MES DIA	AÑO MES DIA
2023/07/20	2025/07/20	2022/07/19	2022/07/25
COMENZANDO Y TERMINANDO LAS 4:00 DE LA TARDE HORA OFICIAL			

CUADRO DE COBERTURAS, SUMA ASEGURADA Y PRIMA DE LA POLIZA		
AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMAS
6 MUERTE ACC, DESMEMBRACION, I.T.P.	30,000,000	
	TOTAL PRIMA:	

LIMITE AGREGADO	\$10	TIPO ADMINISTRACION:	AP 365
-----------------	------	----------------------	--------

CANAL:	AGENCIA	INTERMEDIARIO:	AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.
--------	---------	----------------	---------------------------------

ESTE CONTRATO SE CELEBRA EN CONSIDERACION A LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL ASEGURADO, LA CUAL SE ADJUNTA A LA PÓLIZA Y FORMA PARTE DE LA MISMA, SUJETA A LAS ESTIPULACIONES, DEFINICIONES, DECLARACIONES Y LIMITACIONES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO. METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., ASUME LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN ESTA POLIZA, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE EMITE EL PRESENTE CONTRATO.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 (MODIFICADO POR EL ARTICULO 82 DE LA LEY 45 DE 1.990) Y 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EL TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA ES DE UN MES, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LA PÓLIZA O SUS DOCUMENTOS ANEXOS.

CUALQUIER NOTIFICACIÓN QUE DEBA HACERSE A LA COMPAÑIA POR EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER DIRIGIDA A LA DIRECCIÓN ABAJO ANOTADA.

**CUADRO DE DECLARACIONES**

LA COMPAÑIA OTORGA AMPARO SEGUN LAS CONDICIONES GENERALES IMPRESAS EN LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES No. 1056082

TOMADOR	AVIA CORREDORES DE SEGUROS S.A	NIT/NUIP	860056784 - 7
DIRECCION	CALLE 20 # 4 - 55 PISO 3	TELEFONOS	5877120 0
CIUDAD/PAIS	BOGOTA D.C.	FAX:	0

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 HORASS DÍA) designado por LA ASEGURADORA para la prestación del Servicio, denominado en adelante "EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA (48 HORASS 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 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 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 HORASS 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 DICHS 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 HOORASS 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 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.

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

