



**TÉNGALO
POR SEGURO**

Póliza De Seguro De Vida Grupo Empresarial HDI

Versión / Agosto2026

Consulta el siguiente clausulado
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0

Permanece siempre en contacto



Línea de atención al cliente

- Consulta de coberturas de la póliza.
- Cómo acceder a sus servicios.
- Información de pólizas y productos.
- Gestión quejas y reclamos

Desde el celular: #224

Bogotá: 60 (1) 307 70 50

Línea nacional: 01 8000 113 390



Línea #224

Línea de Asistencia HDI

- Asistencia Auto HDI
- Asistencia Hogar
- Asistencia Empresarial HDI
- Asistencia a la copropiedad

Desde el celular: #224

Bogotá: 60 (1) 307 70 50

Línea nacional: 01 8000 113 390



Defensor del consumidor financiero

Patricia Amelia Rojas Amézquita

Teléfono: 60(1)4898285

Dirección: Carrera 16A #80-63 oficina 601

defensordelcliente@hdiseguros.com.co

defensoria@defensoriasernarojas.com

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

TABLA DE CONTENIDO

Póliza De Seguro De Vida Grupo Empresarial HDI.....	5
1. Amparos	5
2. Exclusiones	5
Descripción de los amparos	24
3. Deducciones, agotamientos o reducciones de los valores asegurados	60
4. Edades	60
5. Vigencia de la póliza.....	61
6. Modalidades	61
7. Aviso de modificaciones y aceptación de amparos	62
8. Valores asegurados.....	62
9. Pagos de Primas	62
10. Fraccionamiento de primas en pólizas de vigencia anual	63
11. Revocación del contrato	63
12. Declaración inexacta o reticente	63
13. Terminación del seguro	64
14. Renovación	64
15. Requisitos de asegurabilidad	64
16. Beneficiarios	64
17. Convertibilidad.....	64
18. Aviso de Siniestros.....	65
19. Modificaciones.....	65
20. Notificaciones	65
21. Prescripción	65
22. Domicilio.....	65
23. Normas Reguladoras.....	65
24. Definiciones.....	66
25. Procedimiento en caso de siniestro.....	66
26. Procedimiento en caso de siniestro de los amparos opcionales.....	67
27. Exámenes Médicos.....	68
28. Pérdida Del Derecho A La Indemnización	68
29. Olvido Oncológico	69
30. Formulario De Conocimiento Del Cliente Sistema Integral Para La Prevención De Lavado De Activos Superintendencia Financiera.....	69
31. Cláusula de Trato Justo	69
32. Protección de Datos	69





**TÉNGALO
POR SEGURO**

*Antes de leer este clausulado,
te invitamos a leer las definiciones que aparecen
al final del documento.*

*Así tendrás un mejor entendimiento de las
condiciones de este seguro.*

Póliza De Seguro De Vida Grupo Empresarial HDI

El presente seguro colectivo de vida es un contrato temporario por un año, renovable anualmente, sin valores garantizados, que cubre el riesgo de fallecimiento de los asegurados, producido por cualquier causa y en cualquier lugar, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las condiciones particulares y condiciones generales de póliza:

1. Amparos

- 1.1. Muerte Amparo Básico
- 1.2. Incapacidad Total y Permanente Por Enfermedad o Accidente.
- 1.3. Indemnización Adicional por Muerte Accidental y/o Beneficio por Desmembración
- 1.4. Enfermedades Graves
- 1.5. Auxilio Funerario
- 1.6. Bono Canasta por Fallecimiento
- 1.7. Bono Canasta por Incapacidad Total y Permanente
- 1.8. Renta Diaria por Hospitalización
- 1.9. Cirugía Ambulatoria
- 1.10. Renta Diaria Post Hospitalaria
- 1.11. Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos
- 1.12. Auxilio por Maternidad y Paternidad
- 1.13. Incapacidad Permanente Parcial (IPP)
- 1.14. Incapacidad Total Temporal (ITT)
- 1.15. Auxilio por Muerte Accidental del Cónyuge
- 1.16. Auxilio Funerario para Cónyuge y Grupo Básico Familiar (Hasta Segundo Grado de Consanguinidad)
- 1.17. Auxilio por Adecuación del Automóvil Propio en Caso de ITP
- 1.18. Auxilio por Adecuación de Vivienda Propia en Caso de ITP
- 1.19. Auxilio por Traslado de Cuerpo en Caso de Fallecimiento
- 1.20. Auxilio de Repatriación
- 1.21. Auxilio Educativo en Caso de Fallecimiento
- 1.22. Auxilio Educativo en Caso de ITP del Asegurado
- 1.23. Gastos Médicos
- 1.24. Renta por Maternidad (Parto Normal o Cesárea)
- 1.25. Auxilio para matrimonio
- 1.26. Auxilio por Ascenso
- 1.27. Auxilio o regalo por nacimiento
- 1.28. Auxilio Por Grado
- 1.29. Asistencia Internacional Viajeros
- 1.30. Asistencia de Ambulancia Básica para Eventos Culturales y Deportivos
- 1.31. Asistencia Central Médica
- 1.32. Asistencia al Hogar
- 1.33. Asistencia a la Mascota
- 1.34. Asistencia Odontológica
- 1.35. Asistencia Médica Domiciliaria
- 1.36. Asistencia Opcional Internacional de Vida
- 1.37. Asistencia Opcional Médica Especializada
- 1.38. Asistencia Bienestar
- 1.39. Asistencia Salud

2. Exclusiones

2.1. Exclusiones Muerte Amparo Básico

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

El presente seguro no cubre lesión o pérdida alguna, incluyendo la de la vida, cuando se origine por alguna de las siguientes causas:

- 1) Enfermedad diagnosticada o manifiesta con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.
- 2) Fallecimiento ocasionado en el ejercicio de actividades ilícitas del asegurado.

2.2. Exclusiones del Amparo Opcional Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente.

- 1) Incapacidad por enfermedad diagnosticada o manifiesta con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.
- 2) Accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza.
- 3) Incapacidad ocasionada en el ejercicio de actividades ilícitas del asegurado
- 4) Participación del asegurado en competencias deportivas de alto riesgo y la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: carrera de karts, paracaidismo, parapentismo, cometa, bungee jumping, ultralivianos y demás deportes considerados de alto riesgo.
- 5) Cualquier incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre por fuera de la vigencia de la presente póliza.

2.3. Exclusiones del Amparo Opcional Indemnización Adicional por Muerte Accidental y/o Beneficio por Desmembración

El presente amparo no cubre lesión o pérdida alguna, incluyendo la de la vida, cuando se origine por alguna de las siguientes causas:

- 1) Suicidio, tentativa de suicidio, o lesión intencionalmente causada a si mismo por el asegurado ya sea en estado de inconsciencia o inconsciencia del asegurado.
- 2) Desmembración preexistente al ingreso del asegurado a la póliza
- 3) Actos causados por guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), guerra civil, motín, conmoción civil, levantamiento militar, insurrección, revolución, militarización, usurpación del poder y ley marcial.
- 4) Accidentes ocurridos durante el servicio en las fuerzas armadas, navales, aéreas o de policía de cualquier país o autoridad internacional.
- 5) Homicidio doloso o su tentativa, de acuerdo con su definición legal, excepto las lesiones o muerte derivadas del hurto en cualquier vía o lugar público, o las causadas en accidente de tránsito.
- 6) Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros.
- 7) Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma legal.
- 8) Los accidentes que ocurran como consecuencia de que el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o síquica, a menos que el asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado.
- 9) Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o practique deportes de alto riesgo.



- 10) Los accidentes que ocurran como consecuencia de temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones o marejada o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- 11) Accidentes que sobrevengan de lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva.

2.4. Exclusiones del Amparo Opcional de Enfermedades Graves

Este amparo no tiene operancia, si directa o indirectamente se relaciona con alguno de los siguientes eventos:

- 1) Cualquier patología secundaria y/o derivada de alguna de las Enfermedades Graves enunciadas en el literal anterior, no será objeto de cobertura de la póliza bajo este amparo.
- 2) Cuando el asegurado haya recibido tratamiento médico o quirúrgico, por alguna de las enfermedades amparadas bajo el presente anexo, o le hayan sido diagnosticadas o sean manifiestas antes de la fecha de iniciación de la vigencia del mismo o durante el periodo de carencia establecido en las condiciones particulares de la póliza.
- 3) Cuando las enfermedades amparadas sean consecuencia de afecciones diagnosticadas o manifiestas antes del inicio de vigencia del amparo.
- 4) Adicción a las drogas o al alcohol.
- 5) Tumor o lesión premaligna histológicamente comprobada.
- 6) Cualquier cáncer de piel con excepción del melanoma maligno invasivo.
- 7) El tratamiento laser, operaciones de válvula, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
- 8) Enfermedades o accidentes con carácter reversible.
- 9) El cáncer no invasivo o in-sitú en cualquier órgano, así como los tumores de la piel, exceptuando el melanoma maligno.

2.5. Exclusiones del Auxilio Funerario

- 1) Aplica las mismas de la cobertura de Muerte Amparo Básico.

2.6. Exclusiones del Amparo Opcional Bono Canasta por Fallecimiento

- 1) Aplica las mismas de la cobertura de Muerte Amparo Básico.

2.7. Exclusiones del Amparo Opcional Bono Canasta por Incapacidad Total y Permanente

- 1) Aplica las mismas de la cobertura incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.

2.8. Exclusiones del Amparo Opcional Renta Diaria por Hospitalización

- 1) Accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza.
- 2) Patologías relacionadas con enfermedades preexistentes, diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de inicio de este amparo.
- 3) Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas existentes antes de la contratación del seguro.
- 4) La escleroterapia, defectos de refracción visual, queratocono, trasplante de córnea, estrabismo de origen congénito.



- 5) Cirugía estética para fines de embellecimiento, cualquier cirugía plástica u ortopédica, tratamiento odontológico, a menos que sea a consecuencia directa de enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de este anexo y cubiertos por el mismo.
- 6) Enfermedades periodontales y sus complicaciones, alteraciones de la articulación temporomandibular, trastornos de la mordida, del desarrollo mandibular o maxilar, cualquiera que sea su origen.
- 7) El estudio o uso, así como sus consecuencias, de medicamentos y tratamientos médico-quirúrgicos para el crecimiento, envejecimiento, obesidad, adelgazamiento o el control de peso, pérdida de la memoria, ptosis parpebral, blefarochalasis, arrugas y calvicie y, procedimientos de uso cosmético en general, tales como: mesoterapia, hidroterapia, celuloterapia, cámara hiperbárica, entre otros.
- 8) Tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedades o trastornos mentales, curas de descanso o de reposo, adicción a las drogas o alcohol, lesiones auto causadas, intento de suicidio, lesiones debidas a locura, estados de demencia, polisomnogramas y plastias por enfermedades del sueño, así como, las lesiones o enfermedades debidas a la ingestión de drogas somníferas, barbitúricos, alucinógenas o por estado de embriaguez.
- 9) Tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos relacionados con fertilidad o esterilidad, o relacionados con abortos provocados intencionalmente.
- 10) Hospitalización en un establecimiento que no se enmarque en la definición incluida en el presente clausulado.
- 11) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con el embarazo y/o sus complicaciones, durante el primer año de vigencia del amparo para la asegurada afectada.
- 12) Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, así como el diagnóstico o tratamiento, general o por laparoscopia, para fertilización y esterilidad, inseminación artificial, disfunción eréctil y/o frigidez, fecundación in vitro, pruebas genéticas y tratamientos orientados al feto en general o el aborto provocado.
- 13) Los reconocimientos médicos o exámenes de chequeo general o de rutina, de tamizaje o preventivos.
- 14) Lesiones sufridas por la participación del asegurado en riñas o en la realización de hechos punibles, delitos o contravenciones previstos en la ley.
- 15) Los accidentes en el ejercicio de profesiones deportivas, así como los que resulten de la participación en práctica de boxeo, cometismo, alpinismo, paracaidismo, parapentismo, jumping y en general deportes de alto riesgo.
- 16) Cirugías para donación de órganos.
- 17) Corrección quirúrgica de enfermedad o condición fibroquística mamaria, mamoplastias. Cirugía de seno por causa estética. Blefaroplastias, entropión y ectropión sin relación a accidentes y la resección de nevus benignos sin riesgo de malignización o sin cambios comportamentales.
- 18) Hospitalización o tratamientos médicos o quirúrgicos como consecuencia de actos de guerra civil o internacional, revolución, rebelión, sedición, asonada, motines, huelgas, terrorismo, actos de movimientos subversivos o, en general, actos violentos motivados por conmociones populares de cualquier clase, fenómenos catastróficos por causas naturales y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.

2.9. Exclusiones del Amparo Opcional Cirugía Ambulatoria

1. Aplica las mismas de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

2.10. Exclusiones del Amparo Opcional Renta Diaria Post Hospitalaria



1. Aplica las mismas de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

2.11. Exclusiones del Amparo Opcional Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

1. Aplica las mismas de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

2.12. Exclusiones del Amparo Opcional Auxilio por Maternidad y Paternidad

1. Embarazos ya confirmados al momento de ingresos nuevos a la póliza, no se cubren preexistencias.

2.13. Exclusiones del Amparo Opcional Incapacidad Permanente Parcial (IPP)

1. Incapacidad por enfermedad diagnosticada o manifiesta con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.
2. Accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza.
3. Incapacidad ocasionada en el ejercicio de actividades ilícitas del asegurado
4. Participación del asegurado en competencias deportivas de alto riesgo y la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: carrera de karts, paracaidismo, parapentismo, cometa, bungee jumping, ultralivianos y demás deportes considerados de alto riesgo.
5. El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación
6. Cualquier incapacidad parcial y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre por fuera de la vigencia de la presente póliza.

2.14. Exclusiones del Amparo Opcional Incapacidad Total Temporal (ITT)

Este amparo opcional no cubre la incapacidad total temporal para trabajar del asegurado, cuando el evento sea generado, derivado, resultante, causado u ocasionado directa o indirectamente por o relacionada con:

1. Tentativa de suicidio, lesión o enfermedad intencionalmente causada a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o demencia.
2. Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas del hurto en cualquier vía o lugar público, las cuales estarán cubiertas.
3. El ejercicio de actividades ilícitas del asegurado.
4. Accidentes ocurridos durante el servicio en las fuerzas armadas, navales, aéreas o de policía de cualquier país o autoridad internacional.
5. Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma legal.
6. Accidentes que ocurran como consecuencia de que el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o síquica, a menos que el asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado.
7. Enfermedades o condiciones preexistentes según la definición incluida en la póliza, padecimientos congénitos o crónicos, las complicaciones debidas a trasplantes de órganos, cirugías o actividades médicas o no médicas experimentales, enfermedades diagnosticadas o tratadas antes de la iniciación de la vigencia del seguro o antes del ingreso del asegurado de la póliza. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida – sida o la presencia del virus VIH, así



como cualquier otra enfermedad derivada de este virus, el cáncer de todo tipo o las enfermedades mentales o episodios psicóticos.

8. Actos causados por guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), guerra civil, asonada, motín, conmoción civil, actos terroristas, levantamiento militar, insurrección, revolución, rebelión, militarización, usurpación del poder y ley marcial. La participación del asegurado en huelgas o manifestaciones callejeras de cualquier clase.
9. Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros.
10. Accidentes que sobrevengan de lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva.
11. Embarazo, alumbramiento, aborto voluntario o no, ni las complicaciones de tales eventos. Este anexo tampoco cubre las licencias de maternidad o paternidad.
12. Tratamientos o curas de reposo, de infertilidad, esterilidad, inmunizaciones, reversión de la esterilización, cambio de género o para mejorar la función sexual chequeos o diagnósticos médicos.
13. Tratamientos odontológicos, tratamientos cosméticos o cirugías plásticas o cualquier complicación resultante de estos, los eventos quirúrgicos o tratamientos electivos o aquellos eventos quirúrgicos voluntarios no reconstructivos.
14. Participación del asegurado en competencias deportivas de carácter profesional o por la práctica en calidad de profesional, aficionado o acompañante, de deportes catalogados normalmente como peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, pero no limitados a: automovilismo, motociclismo, paracaidismo, vuelo en planeador, esquí, boxeo, ala delta, parapente y artes marciales.

2.15. Exclusiones del Auxilio por Muerte Accidental del Cónyuge

1. Aplica las mismas de la cobertura Indemnización Adicional por Muerte Accidental y/o Beneficio por Desmembración
2. Exclusiones del Auxilio Funerario para Cónyuge y Grupo Básico Familiar (Hasta Segundo Grado de Consanguinidad)
3. Aplica las mismas de la cobertura de Muerte Amparo Básico.

2.17. Exclusiones del Auxilio por Adecuación del Automóvil Propio en Caso de ITP

1. Aplica las mismas de la cobertura incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.

2.18. Exclusiones del Auxilio por Adecuación de Vivienda Propia en Caso de ITP

1. Aplica las mismas de la cobertura incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.

2.19. Exclusiones del Auxilio por Traslado de Cuerpo en Caso de Fallecimiento

1. Aplica las mismas de la cobertura del amparo Básico.

2.20. Exclusiones del Auxilio de Repatriación

1. Aplica las mismas de la cobertura del amparo Básico.

2.21. Exclusiones del Amparo Opcional Auxilio Educativo en Caso de Fallecimiento

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



1. Aplica las mismas de la cobertura de Muerte Amparo Básico.

2.22. Exclusiones del Amparo Opcional Auxilio Educativo en Caso de ITP del Asegurado

1. Aplica las mismas de la cobertura incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente.

2.23. Exclusiones del Amparo Opcional Gastos Médicos

Queda expresamente excluido de esta cobertura:

1. Cirugía estética para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva u ortopédica, salvo las que sean consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y amparado bajo la misma.
2. Tratamientos, cirugías y en general cualquier tipo de manejo de origen dental odontológico o gingival, así como cualquier tratamiento reconstructivo dental, así haya sido ocasionado por un accidente amparado por la póliza.
3. Suministro o reparación de lentes, anteojos, prótesis o aparatos ortopédicos como muletas, audífonos, sillas de ruedas, o similares. en caso de ser necesario por prescripción del médico tratante, la compañía suministrará el alquiler por un mes de la cama hospitalaria, de la silla de ruedas o de las muletas, a través de los proveedores autorizados por la compañía.
4. Gastos del donante, en caso de trasplante de órganos, así como el costo del órgano a trasplantar.
5. Cualquier gasto médico que no sea causado o no sea consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza.

2.24. Exclusiones del Amparo Opcional Renta por Maternidad (Parto Normal o Cesárea)

1. Aplica las mismas de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

2.25. Exclusiones Auxilio para matrimonio

1. Matrimonios previos a la vigencia de la póliza en HDI
2. Uniones maritales de hecho

2.26. Exclusiones Auxilio por Ascenso

1. Movimientos laterales
2. Ascensos ocurridos antes de la vigencia de la póliza

2.27. Exclusiones Auxilio o regalo por nacimiento

1. Recién nacido con diagnóstico de fallecimiento intrauterino o postnatal inmediato

2.28. Exclusiones Auxilio Por Grado

1. Instituciones educativas no reconocidas (sin registro SNIES)

2.29. Exclusiones de la Asistencia Internacional Viajeros

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Todos los gastos y/o prestaciones ocasionadas directa o indirectamente por una cualquiera de las causas enumeradas a continuación, quedan excluidos expresamente de esta cobertura y por lo tanto HDI Seguros Colombia no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos.

1. Eventos que ocurran fuera del país cuando la permanencia del asegurado sea superior a 90 días.
2. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento del tercero; salvo el caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con este.
3. Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
4. Las enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos y las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.
5. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen con su tentativa.
6. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
7. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales.
8. Lo relativo o derivado de prótesis, anteojos y gastos de asistencia por embarazo, sus complicaciones y el parto.
9. la asistencia y gastos derivados de prácticas deportivas en competición.
10. Los causados por la mala fe del asegurado.
11. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
12. Los hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas militares o de policía.
13. Los hechos derivados de la energía nuclear radioactiva.
14. Los hechos que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas o desafíos.
15. Las señaladas en la cláusula primera de las condiciones generales a las cuales accede el presente amparo.

2.30. Exclusiones de la Asistencia de Ambulancia Básica para Eventos Culturales y Deportivos

Sin exclusiones.

2.31. Exclusiones de la Asistencia Central Médica

No son objeto de la cobertura de esta póliza, las prestaciones derivadas directa o indirectamente de los siguientes eventos:

1. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de HDI Seguros Colombia.
2. Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
3. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
4. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
6. Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
7. Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
8. Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competición y la práctica de deportes de alto riesgo como esquí acuático, paracaidismo, motocross, parapente, espeleología, ciclo-montañismo, alpinismo o el buceo.
9. La asistencia y gastos a los ocupantes del vehículo asegurado transportados gratuitamente mediante “autostop” o “dedo” (transporte gratuito ocasional).
10. La asistencia médica domiciliarias y los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad.
Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente anexo las consecuencias de los hechos siguientes:
 11. Los causados por mala fe del asegurado.
 12. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.
 13. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
 14. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
 15. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
 16. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos, riñas y desafíos.

2.32. Exclusiones de la Asistencia al Hogar

Exclusiones generales

1. Cuando el daño sea generado por una reforma locativa o sea causado por razones diferentes a un hecho súbito e imprevisto.
2. Establecimientos comerciales o residencias en parte utilizadas para fines comerciales, ya sea por el usuario o por terceros.
3. Las emergencias que se presenten en áreas comunes de edificios o conjuntos residenciales.
4. Trabajos de mantenimiento.

Exclusiones Plomería

1. Cuando el daño provenga de canales y bajantes de aguas lluvias estén o no combinadas tuberías de aguas negras o residuales.
2. Cuando se trate de reparación de goteras o de reparación de tejas, techos, cubiertas y/o de cielos rasos.
3. Cuando el daño se ocasione por problemas o falta de impermeabilización, protección de la cubierta, paredes exteriores del inmueble, humedades o filtraciones.
4. Cuando el daño se produzca en los siguientes elementos: cisternas, inodoros, depósitos de agua, calentadores de agua junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, y en general cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias del inmueble reportado.



5. Cuando el daño se presente en tuberías de hierro galvanizado, y/o de hierro fundido, y/o de asbesto cemento y/o de cerámica.
6. Cuando el daño se presente en el mobiliario del inmueble, incluyendo, pero no limitándose a muebles de cocinas, de baños, patio de ropas, divisiones, espejos, alfombras, tapetes.
7. Cuando el daño sea resultado de errores en diseño y/o tuberías incrustadas en vigas o columnas, en construcción, acabados o emboquilla-miento.
8. Cuando el daño se presente en tuberías, que, no obstante, se encuentren dentro del inmueble, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad horizontal.
9. Cuando el daño se genere por problemas de las empresas suministradoras del servicio público de acueducto y alcantarillado.
10. Otro tipo de des taponamientos no detallados en la cobertura.
11. En caso de requerir el desmonte de algún mueble para poder realizar la reparación, el desmonte y montaje de este no está dentro de la cobertura.

Exclusiones de Cerrajería

1. Los costos de las cerraduras de seguridad deberán ser asumidos por el USUARIO.
2. No habrá responsabilidad por las labores de compra y de instalación de materiales que no estén a la venta en Colombia, que hayan sido descontinuados aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo o que sobrepasen el monto límite del evento.
3. No incluye servicios adicionales ni horas de espera.
4. En todos los casos el USUARIO deberá acompañar en todo momento al técnico.
5. No habrá reparación y/o reposición de cerraduras que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores distintas de las alcobas, así como tampoco la apertura o reparación de cerraduras de guardarropas y alacenas.
6. Igualmente se excluye bajo el Servicio de cerrajería el arreglo y/o reposición de las puertas mismas (incluyendo hojas y marcos).
7. Quedan excluidas de la presente cobertura, la apertura, reparación o cambio de cerraduras o puertas de acceso electrónico.

Exclusiones de Electricidad

1. Cuando el daño se presente en los elementos de iluminación tales como lámparas, bombillas, halógenos, balastros, sockets y/o fluorescentes.
2. Cuando el daño se presente en electrodomésticos tales como: Estufas, hornos, calentadores, lavadoras, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico.
3. Cuando el daño sea resultado de errores en diseño, en construcción, en acabados o modificaciones especiales hechas al circuito de la vivienda.
4. Cuando el daño se presente en instalaciones eléctricas que, no obstante, se encuentren dentro del inmueble registrado, hagan parte de áreas comunes según el reglamento de propiedad horizontal.
5. Cuando el daño se genere por problemas de las empresas suministradoras del servicio público de energía y/o generado por sobre cargas o daños del transformador de la zona.

Exclusiones de Vidriería

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

1. Todo tipo de vidrios que, en caso de una rotura, y a pesar de hacer parte de la edificación, no comprometa el cerramiento del inmueble registrado.
2. Vidrios con diseño especial o acabados.
3. Vidrios de división interna, claraboyas y puertas de baño.
4. Vidrios rotos por marcos deteriorados o por asentamiento de la edificación.
5. Vidrios rotos por desmonte de rejas, soldadas o empotradas.
6. Vidrios vencidos con daños preexistentes a la iniciación de la vigencia de la asistencia.
7. Vidrios provisionales o cualquier tipo de cubierta provisional previo a la instalación del vidrio final.
8. Materiales que no estén a la venta en la ciudad del inmueble registrado, en caso de que el vidrio deba ser suministrado desde otra ciudad el costo será a cargo del USUARIO.
9. Materiales descontinuados.
10. No se incluye marcos ni ventanas.
11. Cualquier clase de espejo, domos, vitrales, películas de seguridad, polarizados, logos, emblemas, cintas de seguridad y en general cualquier accesorio diferente al vidrio.

Exclusiones de Limpieza cocina baño profunda

1. No incluye labores adicionales a las mencionadas ni horas de espera.
2. El proveedor realizará las labores únicamente dentro del inmueble y hasta por el tiempo estipulado.
3. El costo de los materiales empleados para la realización de los trabajos que conforman el servicio corre por cuenta del usuario.

2.33. Exclusiones de la Asistencia a la Mascota

Exclusiones generales

1. Lesiones causadas a la mascota por sus dueños, de forma voluntaria.
2. La participación de la mascota en actos criminales.
3. Mascotas destinadas a fines comerciales.
4. Enfermedades o estados patológicos producidos por el USUARIO, por la ingestión o administración de alcohol, narcóticos, y/o utilización de medicamentos sin prescripción médica.
5. Mascotas con edad inferior a 3 meses o mayor de 12 años.
6. El servicio estará sujeto a los límites y coberturas relacionadas en la caratula de asistencias.

Exclusiones Exequial Mascotas

1. La mascota que tenga menos de tres (3) meses cumplidos al momento del fallecimiento o más de doce (12) años, al momento de ingresar a la asistencia.
2. Toda mascota fallecida antes del inicio de la vigencia.
3. Para solicitar el reembolso, debe ir previamente autorizado y el usuario deberá presentar la documentación requerida.
4. El reembolso se realizará por los montos efectivamente gastados, hasta el límite máximo establecido en el condicionado.

Exclusiones Tele-orientación veterinaria



1. No se prescriben medicamentos vía telefónica.
2. No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación telefónica.
3. No se cambian protocolos de tratamiento vía telefónica.

Exclusiones de Asesoría legal telefónica

1. Se excluyen los casos en los cuales dicho suceso ocurra dentro de la propiedad del USUARIO.
2. Se excluyen los casos en los que la mascota reaccione en defensa a ataques de violencia.
3. Veterinaria a domicilio o en red
4. El servicio no incluye medicamentos, insumos y procedimientos para la mascota, sólo la fórmula médica.
5. Prima la vida y la integridad de la mascota.
6. Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas y desparasitada, situación que deberá acreditarse mediante la presentación del carnet de vacunación por correo electrónico antes del envío del profesional al domicilio.

Exclusiones de Baño

1. Los costos correspondientes del desplazamiento correrán a cargo del USUARIO.
2. El servicio solamente se prestará a mascotas que cuenten con carné de vacunas al día y que estén desparasitados en un tiempo no menor a un mes de antelación antes del baño.

Exclusiones Vacunación refuerzo

1. Para continuar con los refuerzos de vacunas estipulados para cada mascota, no puede pasar más de 90 días después de la última dosis, adicional debe estar desparasitada, situación que deberá acreditarse mediante la presentación del carnet de vacunación por correo electrónico antes del envío del profesional al domicilio.

Exclusiones de Guardería Canina

1. Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas situación que deberá acreditarse mediante la presentación del carné de vacunación.

2.34. Exclusiones de la Asistencia Odontológica

Exclusiones generales

1. Las asistencias que no estén consideradas como una emergencia.
2. En los casos en que el cliente del servicio de asistencia se auto asista y no solicite autorización, no tendrá derecho al reembolso.
3. El tratamiento de Enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, preexistente y/o congénita, conocidas o no por el usuario del servicio.
4. La asistencia y gastos por Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, bebidas alcohólicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
5. Lo relativo y derivado de prótesis.



6. Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competición profesional, (solo aplica para actividades deportivas recreativas y amateur).
7. Cualquier tipo de pandemia debidamente declarada por la organización mundial de la salud OMS. Para el caso de la Pandemia por COVID-19 solo se asistirán aquellos servicios médicos derivados de la primera asistencia. No se asistirá al usuario del servicio cuando este viaje a un país locación o evento que tenga una alerta de seguridad sanitaria. Tampoco se cubrirá si se desobedece alguna requisición o solicitud sanitaria tales como, pero no limitando a realización de pruebas antes del viaje, pasaporte inmunitario, vacunación o inmunización exigidas.
8. Lesiones relativas o derivadas de autolesiones o traumatismos generados por eventos violentos.
9. Complicaciones derivadas de tratamientos odontológicos con mala praxis.

Exclusiones de Urgencia Odontológica

1. No incluye estudios radiológicos panorámicos y/o el suministro de medicamentos

Exclusiones Orientación dental

1. No generara historial clínico, ni formulación de tratamientos y/o medicamentos.

2.35. Exclusiones de la Asistencia Médica Domiciliaria

No son objeto de la cobertura de esta asistencia las prestaciones derivadas directa o indirectamente de los siguientes eventos o las consecuencias de los hechos incluidos en los siguientes numerales:

1. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía.
2. Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, diferentes a los señalados en la cobertura del amparo, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
3. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
4. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
6. Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
7. Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, el parto y/o sus complicaciones.
8. Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competición.
9. La asistencia y gastos a los ocupantes de vehículos, transportados gratuitamente mediante “autostop” o “dedo” (transporte gratuito ocasional)
10. Los causados por mala fe del asegurado.
11. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
12. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
13. Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.



14. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
15. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, riñas o desafíos.

2.36. Exclusiones de la Asistencia Opcional Internacional De Vida

No son objeto de la cobertura de asistencia, las prestaciones y hechos siguientes:

1. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía.
2. Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
3. Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje, preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado). no obstante, los gastos iniciales de asistencia médica de emergencia tendrán cobertura hasta un monto máximo de USD 500. A los efectos del presente documento, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del documento; como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del documento.
4. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
5. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
6. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
7. Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
8. Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
9. Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales).
10. Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o alto riesgo, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, jet ski, wave runner, moto de nieve, cuatriciclos, vehículos todo terreno, snow board, skate board, buceo, altadeltismo, atletismo, alpinismo, ski, etc.
11. Las asistencias solicitadas cuando el objeto del viaje sea para recibir tratamiento médico programado o no; salvo que se acredite debidamente por asegurado o sus responsables, que la enfermedad, accidente o fallecimiento, en su caso, no guarda relación alguna con el tratamiento médico, origen del viaje.
12. No se prestará asistencia médica hospitalaria, si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
13. Los gastos médicos incurridos después de doce meses del inicio del primer gasto médico hospitalario, así como los gastos médicos dentro de Colombia, aun cuando los mismos se generen por un tratamiento médico iniciado y amparado en el exterior.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente documento las consecuencias de los hechos siguientes:

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



14. Los causados por mala fe del asegurado.
15. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos., entre otros.
16. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
17. Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
18. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
19. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

2.37. Exclusiones de la Asistencia Médica Especializada

No son objeto de la cobertura de asistencia, las prestaciones y hechos siguientes:

1. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía.
2. Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
3. La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
4. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
6. Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
7. Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
8. Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o alto riesgo.
9. No se prestará asistencia médica hospitalaria, si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
10. Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.
11. No se prestará el servicio, en las zonas de la ciudad, en las cuales se comprometa la seguridad de los recursos necesarios para prestar la atención médica.
No se prestará el servicio, en las zonas de la ciudad, en las cuales se comprometa la seguridad de los recursos necesarios para prestar la atención médica.
Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente documento las consecuencias de los hechos siguientes:
12. Los causados por mala fe del asegurado.
13. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos., entre otros.
14. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.



15. Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.
16. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
17. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

2.38. Exclusiones de la Asistencia Bienestar

Exclusiones generales

1. Los elementos e insumos que requieran para el desarrollo de la actividad deben ser suministrados por el participante.
2. No incluye la generación de certificados o documentos que validen la participación en el curso.
3. No incluye la atención de posibles lesiones derivadas de la ejecución de las rutinas de ejercicio o de las manualidades realizadas.
4. Enfermedades mentales.
5. En la orientación legal se brindarán recomendaciones para la elaboración de documentos o trámites legales, no sustituye procesos judiciales ni se puede utilizar como concepto legal ante un proceso.

2.39. Exclusiones de la Asistencia Salud

Exclusiones generales

1. Accidentes causados por estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), embriaguez, narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
2. Suicidio, intento de suicidio, y las lesiones resultantes del mismo.
3. La participación del titular en carreras de autos u otros deportes peligrosos.
4. Autolesiones o la participación del titular en actos criminales, o su participación en combates, salvo el caso de defensa propia.
5. Enfermedades mentales o alienación.
6. Usuarios con tratamientos de enfermedades de alto costo, crónicas, enfermedades mentales y oftalmológicas.
7. Pacientes con calificación de pérdida de capacidad laboral o en proceso.

Exclusiones Orientación medica telefónica

1. No se genera historial clínico ni certificación de esta. No genera incapacidades.
2. No se prescriben medicamentos vía telefónica.
3. No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación médica telefónica.
4. El servicio no incluye el costo o garantiza el envío de un médico a domicilio.
5. No se cambian protocolos de tratamiento vía telefónica.

Exclusiones Orientación Psicológica Telefónica

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



1. No incluye formulación medicamentos, suplementos o insumos, ordenes de laboratorio o imágenes diagnosticas o paraclínicos, en caso de requerirlos, el Usuario deberá tramitarlos a través de la EPS o aseguramiento en salud.
2. La atención del presente amparo no aplica para asistencia de psicoterapia individual o familiar.
3. No se abordan tratamientos de enfermedades laborales o profesionales, en caso de acoso laboral no podrá contarse como soporte para procesos legales.
4. No se garantiza la asignación de un profesional específico para la atención o continuidad del tratamiento.
5. No incluye la atención de pacientes con diagnósticos y tratamientos ya establecidos.
6. No constituye como soporte para procesos de maltrato psicológico, físico, familiar.

Exclusiones Consulta medico general virtual

1. EL PRESTADOR no se hará responsable de los servicios que el USUARIO haya contratado por su cuenta y riesgo.
2. No incluye medicamentos, suplementos o insumos, imágenes diagnosticas o paraclínicos.
3. El servicio no contempla la atención y manejo de patologías y tratamientos establecidos por medicina especializada.
4. No incluye la atención de pacientes con síntomas agudos o que refieran gravedad.
5. El servicio no incluye la realización de examen físico o de zonas especiales.

Exclusiones Consulta Médica Domiciliaria

1. No incluye curaciones.
2. No incluye el costo o la aplicación de medicamentos.
3. No incluye toma de muestras de toma de laboratorios.
4. No incluye la asistencia por especialistas.
5. No incluye movilización del USUARIO.
6. No incluye la atención de enfermedades o accidentes laborales.

Exclusiones de Ambulancia

1. No incluye segundo traslado y/o interhospitalario.

Exclusiones Consulta virtual con especialistas

1. EL PRESTADOR no se hará responsable de los servicios que el USUARIO haya contratado por su cuenta y riesgo.
2. No incluye medicamentos, suplementos o insumos, imágenes diagnosticas o paraclínicos.
3. El servicio no contempla la atención y manejo de patologías y tratamientos establecidos por medicina especializada.
4. No incluye la atención de pacientes con síntomas agudos o que refieran gravedad.
5. El servicio no incluye la realización de examen físico o de zonas especiales.
6. Para el servicio de psicología no aplica para la realización de psicoterapia individual y familiar, o la atención de enfermedades mentales con o sin tratamiento.
7. Para el servicio de nutrición no incluye la atención de trastornos alimentarios, desnutrición, enfermedades de alto costo, posoperatorios de cirugía bariátrica o la recomendación de tratamientos para la pérdida de peso.



8. Para el servicio de dermatología no incluye la atención de enfermedades de alto costo, tratamientos estéticos. En caso de que no sea posible valorar piel o lesiones, el usuario deberá ser atendido de manera presencial.

Exclusiones de Terapias (Físicas / Respiratorias / Lenguaje)

1. En los casos de terapia física no incluye la atención de casos en posoperatorio, cirugía.
2. No incluye la asistencia para usuario con diagnósticos psiquiátricos o postquirúrgicos de alta complejidad (No neurológicos, no cardiológicos, no estéticos).
3. Formulas medicas con tiempo de prescripción mayor a 30 días.
4. No incluye medicamentos para nebulizar en la terapia respiratoria.
5. La prestación del servicio se realizará en cabecera municipal.

Exclusiones de Enfermera a Domicilio

1. No incluye curaciones complejas o debridaciones.
2. No incluye el costo de los medicamentos orales o intramusculares a administrar al usuario los mismo deben contar con una formula medica vigente que debe suministra al personal de enfermería.
3. No incluye el costo o la aplicación de medicamentos de alta especialidad (Antipsicóticos, oncológicos).
4. No incluye toma de muestras de laboratorios.
5. No incluye la asistencia por especialistas.
6. No incluye movilización del paciente fuera del inmueble registrado.
7. No incluye la asistencia para pacientes con diagnósticos psiquiátricos o postquirúrgicos de alta complejidad (No neurológicos, no cardiológicos, no estéticos).
8. No se realizan diagnósticos ni se prescriben medicamentos.
9. No se cambian protocolos de tratamiento.

Exclusiones de Pediatría a Domicilio

1. No incluye curaciones.
2. No incluye el costo o la aplicación de otros medicamentos diferentes a los integrados en los grupos mencionados (antiinflamatorios, analgésicos, antiespasmódicos, antipiréticos, antihistamínicos).
3. No incluye toma de muestras de toma de laboratorios.
4. No incluye movilización del cliente.
5. Para la atención del menor siempre debe estar en compañía de un adulto responsable que pueda brindar información en salud.

Exclusiones de Emergencia Oftalmológica

1. No incluye la realización de imagen diagnósticas y estudios complementarios.
2. No incluye la valoración por supra especialidades.
3. No incluye la realización de procedimiento quirúrgicos, proceso de rehabilitación, suministro de prótesis o lentes.
4. No incluye procesos de seguimiento y control.
5. No incluye movilización del cliente.



2.40. Otras Exclusiones Aplicables a La Póliza

1. Actos causados por guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), guerra civil, motín, conmoción civil, levantamiento militar, insurrección, revolución, militarización, usurpación del poder y ley marcial.
2. Sinistros, con causa directa o indirecta, como resultado de fisión o fusión nuclear o de radioactividad.
3. Epidemias/pandemias e infecciones, a no ser que estas últimas sean consecuencia directa de una catástrofe cubierta por el presente Contrato.
4. Los seguros individuales o seguros de grupo que se suscriben con el fin de amparar un riesgo común simultáneo (p.e. viajes de investigación, viajes colectivos), siempre que la Compañía tenga conocimiento de ello.
5. Seguros de viaje por medio de tarjetas de crédito.
6. Todos los beneficios que no sean parte de la línea de negocios de Vida y estén vinculados a las coberturas de viaje, como, por ejemplo: Retrasos y/o Cancelaciones de Viaje, Pérdida de Equipaje, entre otras.
7. Pólizas suscritas a través de pools, asociaciones, acuerdos entre sindicatos y/o documentos temporales que otorguen cobertura de seguro.
8. Cualquier forma de reembolso de liquidaciones de deuda.
9. Terrorismo NBQR y terrorismo activo
10. Contrario a las leyes y/o regulaciones del país donde se encuentre el domicilio social de la Reaseguradora o la Cedente.
11. Cupones de líneas aéreas o seguros ticket
12. Cláusula de Limitación De Responsabilidad Por Sanciones:
13. La cobertura otorgada bajo la presente póliza no ampara ninguna exposición proveniente o relacionada con algún país, organización, o persona natural o jurídica que se encuentre actualmente sancionado, embargado o con el cual existan limitaciones comerciales impuestas por la “oficina de control de activos extranjeros” del departamento del tesoro de estados unidos, con sus siglas en inglés u.s. treasury department: office of foreign assets control, la organización de las naciones unidas, la unión europea o el reino unido.
14. En esa medida, en ningún caso la presente póliza otorgará cobertura, ni el asegurador será responsable de pagar indemnización o beneficio alguno en aquellos casos en los que el pago de dichas reclamaciones o el otorgamiento de dichos beneficios puedan exponer al asegurador a una sanción, prohibición o restricción a nivel local y/o internacional.
15. Anticorrupción y Antisoborno:
16. En aquellos eventos en los que el tomador y/o Asegurado, con ocasión de la celebración o ejecución del contrato, reciba un beneficio indebido de forma directa o indirecta, o incumpla las disposiciones legales vigentes en materia de lucha contra la corrupción, la presente póliza no otorgará cobertura, ni el asegurador será responsable de pagar indemnización o beneficio alguno.
17. Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo:
18. La presente póliza no otorgará cobertura, ni el asegurador será responsable de pagar reclamación o beneficio alguno en aquellos casos en los que el pago de dichas reclamaciones o el otorgamiento de dichos beneficios puedan exponer al asegurador a una sanción, prohibición o restricción a nivel local y/o internacional relacionada con el delito de lavado de activos y/o la financiación del terrorismo.
19. El tomador y/o asegurado manifiesta bajo la gravedad del juramento que sus actividades provienen de actividades lícitas y no se encuentra incluido en ninguna lista restrictiva, para lo cual autoriza a la aseguradora para realizar la respectiva consulta en las mismas. el tomador y



/o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente. si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta a al tomador/asegurado, este deberá informar tal circunstancia a la compañía, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.

Descripción de los amparos

1.1. Muerte Amparo Básico

La Compañía cubre el riesgo de muerte por cualquier causa a los miembros del grupo asegurado, hasta por el valor contratado que figure en la carátula de la póliza, desde el inicio de la cobertura individual. Incluye Suicidio, homicidio, terrorismo, desde el inicio de vigencia, y Sida no preexistente, eutanasia de acuerdo con la ley colombiana, Covid19, ocurrido durante la vigencia de esta póliza y desde el primer día de cobertura.

1.2. Incapacidad Total y Permanente Por Enfermedad o Accidente.

Para todos los efectos del presente amparo opcional se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado y que no exceda los límites de edad estipulados en las condiciones particulares de la póliza para este amparo opcional, que haya sido estructurada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo y por causa no excluida, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona ejercer su ocupación habitual o cualquier otra actividad que esté de acuerdo con sus conocimientos, formación o experiencia.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos no preexistente.
- La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibio-tarsiana o por encima de ella.
- La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones tibio-tarsiana por encima de ella, siempre y cuando la pérdida de la mano y del pie ocurran dentro de la vigencia de la póliza

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de la calificación ejecutoriado se haya generado y estructurado la incapacidad total y permanente dentro de la vigencia de la póliza y en la cual, como consecuencia del deterioro en su salud, el asegurado se vea obligado a suspender, en forma definitiva, su actividad habitual o cualquier otra actividad que esté de acuerdo con sus conocimientos, formación o experiencia.

Para la operancia de la cobertura se requiere que la incapacidad laboral del asegurado sea mayor o igual al 50% sin perjuicio de que se pacte un porcentaje diferente en las condiciones particulares de la póliza.

El porcentaje que se tendrá en cuenta de pérdida de capacidad laboral es aquel certificado por los entes autorizados en el sistema general de seguridad social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación; por el fondo de pensiones, ARL, la junta regional o nacional de calificación de invalidez o los médicos laborales de la compañía sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez



aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. En caso de existir discrepancia o inconsistencia la compañía solicitará calificación a la junta regional o nacional de calificación de invalidez.

La incapacidad total y permanente será la correspondiente a las enfermedades o accidentes ocurridos dentro de la vigencia de la póliza; así como las consecuencias deben haber ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Deducción: la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente es deducible a los amparos de básico de muerte, auxilio funerario, indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, enfermedades graves y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la póliza termina para el asegurado incapacitado.

1.3. Indemnización Adicional por Muerte Accidental y/o Beneficio por Desmembración

Si a consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por la presente póliza, el asegurado sufre cualquiera de las pérdidas señaladas en la tabla de indemnizaciones que se relacionan en las condiciones generales, la compañía pagará al beneficiario o beneficiarios dichas cantidades, sin exceder en ningún caso el valor total de la suma asegurada correspondiente a este amparo, siempre y cuando dichas pérdidas se manifiesten dentro de los (365) días siguientes al de la ocurrencia del accidente.

En caso de presentarse varias pérdidas de las enumeradas en la tabla de indemnizaciones, producidas en un mismo accidente, el valor total de la indemnización será fijado sumando los porcentajes correspondientes a cada pérdida sin exceder el 100% del valor asegurado contratado en este amparo, que constituye la responsabilidad máxima de la Compañía.

En caso de muerte accidental se pagará a los beneficiarios designados el valor asegurado contratado en este amparo.

Siempre que la muerte, o la pérdida se produzca dentro de los (365) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES SOBRE LA SUMA ASEGURADA POR DESMEMBRACIÓN

1. Por inhabilitación o pérdida de ambas manos o ambos pies 100%
2. Por inhabilitación o pérdida de una mano y un pie 100%
3. Por pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos 100%
4. Por inhabilitación o pérdida de una mano o un pie, junto con la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo 100%
5. Por pérdida total y definitiva del habla 100%
6. Por pérdida total de la audición, irreparable por medios artificiales 100%
7. Enajenación mental incurable 100%
8. Por inhabilitación o pérdida de una mano o un pie 50%
9. Por pérdida total de la visión en un ojo 50%
10. Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total) 45%
11. Anquilosis de la cadera en posición no funcional 40%
12. Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) 35%
13. Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total) 30%
14. Anquilosis de la rodilla en posición no funcional 30%
15. Anquilosis del hombro en posición no funcional 30%
16. Anquilosis del codo en posición no funcional 25%
17. Por pérdida del dedo pulgar de la mano derecha, que comprende las dos falanges 25%



18. Anquilosis de la cadera en posición funcional 20%
19. Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total) 20%
20. Anquilosis del codo en posición funcional 20%
21. Anquilosis de la muñeca en posición no funcional 20%
22. Anquilosis de la rodilla en posición funcional 15%
23. Por pérdida del dedo pulgar de la mano izquierda, que comprenda las dos falanges 15%
24. Anquilosis del empeine (cuello del pie) en posición no funcional 15%
25. Acortamiento de un miembro inferior por lo menos en cinco cms 15%
26. Anquilosis de la muñeca en posición funcional 15%
27. Por pérdida de cada uno de los dedos de la mano excepto el pulgar 10%
28. Anquilosis del empeine en posición funcional 8%
29. Acortamiento de un miembro inferior por lo menos en tres cms. 8%
30. Por pérdida del dedo grueso artejo del pie 5%
31. Por pérdida de cada uno de los dedos del pie, excepto el dedo grueso artejo 3%

Parágrafo 1: Las indemnizaciones pagadas por concepto de los numerales 17, 23, 27, 30 y 31 se deducirán de cualquier pago que se hiciere posteriormente por concepto de la pérdida de la mano o pie respectivo.

Parágrafo 2: En los casos de pérdida de varios miembros, órganos o facultades de las enumeradas en la lista anterior, producidas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder de la suma asegurada en este amparo opcional.

Pérdida

Conforme se emplea aquí, respecto a los órganos o miembros que se mencionan, y para los efectos del presente amparo opcional, se entiende por inhabilitación la pérdida funcional total y definitiva de un miembro, y pérdida significa:

- A) Pérdida de las manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- B) Pérdida de los pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibio-tarsiana.
- C) Pérdida de los ojos: la pérdida total o irreparable de la visión.

1.4. Enfermedades Graves

La compañía indemnizará al asegurado el valor estipulado en la carátula de la póliza para este amparo, como anticipo de la suma asegurada prevista en el amparo de muerte otorgado en esta póliza, cuando le sea diagnosticada, por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión, con base en pruebas clínicas, radiológicas y de laboratorio, siempre que hayan transcurrido por lo menos NOVENTA (90) días desde la fecha de inicio de vigencia del amparo para el asegurado, la presencia de cualesquiera de las siguientes enfermedades:

- Accidente Cerebro Vascular
- Anemia Aplásica
- Cáncer, incluye Linfoma fases avanzadas
- Enfermedad en las Arterias Coronarias, tratamiento Quirúrgico
- Cirugía para patologías de la Aorta
- Gran Quemado (Quemaduras de Tercer Grado)
- Infarto Agudo de Miocardio
- Insuficiencia Renal Crónica
- Trasplante de órganos
- Secuelas Trauma Craneoencefálico Severo

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D00I

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

- Coma
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Polineuropatía Crónica Desmielinizante
- Enfermedades de la neurona motora - Esclerosis Lateral Amiotrófica – ELA - Esclerosis Múltiple
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- Parálisis Motora Adquirida
- Masa Cerebral Benigna
- Ceguera
- Sordera

Accidente Cerebro Vascular: Evento cerebral súbito y repentino de componente hemorrágico o isquémico que ocasiona secuelas permanentes no transitorias. El diagnóstico debe ser confirmado por Neurólogo y/o Neurocirujano, debe evidenciarse en Imágenes (Tomografía Axial Computarizada de Cerebro y/o Resonancia Magnética Nuclear Cerebral) asociado a la Historia Clínica donde deben estar registradas las secuelas Neurológicas confirmadas por Fisiatra.

Anemia Aplásica: Trastorno Hematológico caracterizado por la disminución o ausencia de precursores de la Medula Ósea con la respectiva afectación en las líneas Celulares sanguíneas. El diagnóstico debe ser excluyente (descartando otras causas) aportando el resultado de la Biopsia de Medula Ósea con evidencia en el Hemograma de Anemia, Neutropenia y Trombocitopenia.

Cáncer, incluye Linfoma fases avanzadas: Patología caracterizada por el crecimiento anormal y la proliferación descontrolada de células malignas con invasión a tejidos cercanos o a distancia. Incluye Leucemias y Linfomas. Requiere concepto de Especialista, reporte de Patología e Imágenes. Se excluye cualquier Cáncer focalizado y/o in situ, Cáncer de Piel (EXCEPTO Melanoma Maligno), Lesiones premalignas, Cáncer de Próstata en etapas iniciales (T1a, T1b o T1, con clasificación de Gleason menor a 5) Cáncer de Mama y/o Útero localizado, Linfoma de Hodgkin estadio 1 y tumores en presencia de VIH/SIDA

Enfermedad en las Arterias Coronarias, tratamiento Quirúrgico: Cirugía requerida por evidencia de Obstrucción de dos o más Arterias Coronarias requiriendo injertos, puentes vascular o Bypass. El diagnóstico se realiza mediante Angiografía y concepto de especialista tratante. Se excluye la Angioplastia Coronaria, el Stent Vascular y los procedimientos Arteriales.

Cirugía para patologías de la Aorta: Cirugía requerida para dilatación arterial a lo largo del trayecto de la Aorta (Torácica - Abdominal) requiriendo la colocación de un Injerto. Requiere concepto de Cirujano Vascular

Gran Quemado (Quemaduras de Tercer Grado): Quemaduras del 25% de la Superficie Corporal Total (20% en edades extremas), o con profundidad superior al 10%, o que afecten cara y cuello, o por inhalación, o asociadas a trauma, o en pacientes con ASA de II o mayor

Infarto Agudo de Miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco por obstrucción de una o más arterias coronarias hacia esa región, el diagnóstico debe ser confirmado por Especialista, con Electrocardiograma y/o Marcadores Cardíacos que lo Confirman

Insuficiencia Renal Crónica: Falla crónica e irreversible de la función renal, la cual requiere como tratamiento la práctica de diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o trasplante de riñón. El diagnóstico debe ser confirmado por Especialista con pruebas de Función Renal



Trasplante de Órganos: Procedimiento mediante el cual se reemplaza un órgano extraído de un donante humano en el organismo del asegurado, con el restablecimiento de las conexiones vasculares arteriales y venosas. Incluye exclusivamente los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Hígado, Riñón, Páncreas, Medula Ósea e Intestino Delgado. Otros órganos están excluidos. La indemnización se otorga desde la inclusión en la lista de espera.

Secuelas Trauma Craneoencefálico Severo: Alteración Cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza ocasionando daño del contenido estructural de esta, tejido cerebral y vasos sanguíneos. La lesión debe ser permanente, irreversible y ocasionar dependencia severa. El diagnóstico debe ser confirmado por Especialista y confirmado con imágenes incluyendo concepto de Fisiatría

Coma: Estado permanente de inconsciencia profunda caracterizado por la respuesta nula a estímulos externos requiriendo soporte farmacológico vasopresor y ventilatorio por al menos (3) tres meses continuos, debe asociarse a secuelas neurológicas permanentes. El diagnóstico debe ser confirmado por Especialista

Enfermedad De Alzheimer: Trastorno Cerebral que afecta la memoria y el raciocinio hasta limitar habilidades básicas, originar cambios en la conducta y en la personalidad. Para el diagnóstico debe documentarse Demencia asociada a otra alteración Cognitiva, debe ser de comienzo gradual y progresivo y descartar otros diagnósticos asociados. Se requiere concepto de Neurólogo, Fisiatra y Neuropsicólogo (Se otorga cobertura únicamente al documentar Fase Avanzada de la patología)- Se excluye cualquier otro tipo de demencia.

Enfermedad De Parkinson: Trastorno Neurodegenerativo caracterizado por la presencia de síntomas Motores y No Motores que ocasionan incapacidad permanente para realizar actividades básicas. Se requiere concepto de Neurólogo, Fisiatra y Neuropsicólogo. No aplica para formas de Parkinsonismo.

Polineuropatía Crónica Desmielinizante: Neuropatía Sensitiva y Motora ascendente de inicio agudo secundaria a procesos infecciosos. Aplica para casos con necesidad de Ventilación Mecánica y/o soporte Vasopresor. El diagnóstico debe ser confirmado por Neurólogo con examen de LCR y de Electrofisiología.

Enfermedades de la neurona motora - Esclerosis Lateral Amiotrófica – ELA - Esclerosis Múltiple: Patologías Neurodegenerativas que afectan los nervios motores de manera progresiva e irreversible originando su degeneración gradual y muerte. Únicamente se otorga cobertura a la Esclerosis Lateral Amiotrófica y a la Esclerosis Múltiple. El diagnóstico debe ser confirmado por Neurólogo

Enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central progresiva e inflamatoria que origina disfunción de este con discapacidad motora Moderada a Severa. El diagnóstico debe ser confirmado por Neurólogo con hallazgos compatibles en Resonancia Magnética Cerebral y Potenciales Evocados, además de deterioro en la función Sensorial y Motora comprobables en la Escala de KURTZKE desde 4.5.

Lupus Eritematoso Sistémico (LES): Patología Autoinmune de características inflamatorias y crónicas con síntomas y signos en múltiples órganos y/o sistemas requiriendo ocasionalmente manejo en UCI. El diagnóstico debe ser confirmado por Reumatólogo basándose en los Criterios SLEDAS. Se otorga cobertura a las complicaciones derivadas directamente del LUPUS IRREVERSIBLES (Neurológicas, Oculares, Cardíacas, Renales, Hematológicas).

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Complicación del VIH por pobre e inadecuada adherencia al TAR ocasionando infecciones oportunistas sin capacidad inmune para combatirlas. Se otorga cobertura únicamente a la infección por VIH contraída durante la vigencia, con infecciones oportunistas específicas y recuento de CD4+ <200/C/M



Parálisis Motora Adquirida: Pérdida Irreversible y súbita de la función motora de las extremidades superiores e inferiores parcial o total. El diagnóstico debe ser definido por Neurólogo y Fisiatra

Masa Cerebral Benigna: Crecimiento anormal tumoral NO MALIGNO que tras la extracción y/o manejo quirúrgico ocasione secuelas Neurológicas y/o Motoras permanentes e irreversibles.

Ceguera: Pérdida progresiva de la agudeza visual hasta llegar a 3/60, sin percepción de luz y reducción del campo visual a -10 Grados; No debe tener origen Laboral

Sordera: Pérdida auditiva progresiva e irreversible que afecta la capacidad de escuchar sonidos a partir de 40dB (Decibelios). Debe ser de origen Neurológico y no relacionada con Enfermedad Laboral.

Ningún beneficio es pagadero si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de iniciación del presente seguro. Así mismo, en los casos en que ya hubiera existido indemnización previa a través de esta cobertura.

El Asegurado que reciba cualquier pago bajo la cobertura del amparo de Enfermedades Graves quedará automáticamente excluido de este amparo y no podrá ser reincorporado nuevamente en el mismo en ninguna de las posteriores renovaciones, anualidades o prórrogas.

1.5. Auxilio Funerario

La compañía indemnizará la suma asegurada contratada bajo el presente amparo, por fallecimiento de cualquiera de las personas que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios.

1.6. Bono Canasta por Fallecimiento

La compañía pagará la suma asegurada contratada bajo el presente amparo, por fallecimiento de cualquiera de las personas que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio para gastos de libre destinación.

La compañía se reserva la facultad de indemnizar el valor asegurado de las rentas en un solo pago.

1.7. Bono Canasta por Incapacidad Total y Permanente

La compañía pagará la suma asegurada contratada bajo el presente amparo, en caso de incapacidad total y permanente de cualquiera de las personas que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio para gastos de libre destinación.

La compañía se reserva la facultad de indemnizar el valor asegurado de las rentas en un solo pago.

1.8. Renta Diaria por Hospitalización

Si como consecuencia de una enfermedad originada dentro de la vigencia de la póliza o de un accidente cubierto por la misma, el asegurado resultare internado de modo necesario y continuo en un centro hospitalario por más de VEINTICUATRO (24) horas, para recibir tratamiento médico hospitalario o quirúrgico, bajo el cuidado y supervisión de un médico legalmente autorizado para el desempeño de su profesión, la compañía pagará una renta diaria por una suma equivalente de acuerdo con el valor contratado, por cada día que permanezca hospitalizado, a partir del segundo día de hospitalización, pero sin exceder, en ningún caso, de 30 días



continuos o discontinuos, como resultado de uno o más accidentes o enfermedades presentadas dentro de la vigencia anual de la póliza.

Para cada período de hospitalización se aplicará el deducible de 1 día ya sea por eventos originados por enfermedad o accidente.

1.9. Cirugía Ambulatoria

Si como consecuencia de una enfermedad no preexistente o accidente cubierto por la póliza, diagnosticada y sufrida durante la vigencia de la póliza, el asegurado debe ser sometido a una cirugía ambulatoria, la Compañía indemnizará por una sola vez por vigencia anual por asegurado, la suma indicada en la caratula de la póliza.

1.10. Renta Diaria Post Hospitalaria

Si a consecuencia del tratamiento hospitalario el asegurado queda incapacitado en forma total temporal para continuar desempeñando sus labores habituales, la compañía indemnizará el beneficio diario contratado por cada día de incapacidad domiciliaria decretada por el médico tratante, sin exceder de DIEZ (10) días por cada vigencia anual.

Esta cobertura es complementaria del amparo de Renta Diaria por Hospitalización, es decir que opera siempre y cuando haya existido una hospitalización por más de 24 horas.

Nota 1: Los amparos de Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad, Renta en UCI, renta diaria post- hospitalaria son excluyentes entre sí. No se pagan simultáneamente.

1.11. Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

Este es un amparo complementario al amparo de Renta Diaria por Hospitalización, si el asegurado requiere durante la vigencia de la presente póliza, ser hospitalizado para tratamiento médico o cirugía por enfermedad no preexistente o accidente amparado por la póliza, en una unidad de cuidados intensivos de institución hospitalaria que preste este servicio, la compañía reconocerá al asegurado el beneficio diario contratado, por cada día de internamiento hospitalario en unidad de cuidados intensivos, sin exceder de QUINCE (15) días por vigencia anual.

Dos distintas hospitalizaciones del asegurado debidas a la misma causa serán consideradas como un único período de hospitalización, si entre ambos períodos de hospitalización hubieran transcurrido menos de 60 días. Sobre este periodo único se aplicará el correspondiente deducible.

Nota 1: Los amparos de Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad, Renta en UCI, son excluyentes entre sí. No se pagan simultáneamente.

1.12. Auxilio por Maternidad y Paternidad

La compañía pagará a los(as) asegurados(as) principales un auxilio de maternidad o paternidad, el valor es de acuerdo con el plan por un hijo nacido vivo o un hijo adoptado (no aplica en caso de mortinatos o abortos) , aun tratándose de alumbramiento múltiple o adopción múltiple, siempre y cuando la concepción del embarazo o la formalización legal de la adopción se haya dado después de transcurridos 30 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) al presente amparo y se efectúe el alumbramiento o la adopción legal dentro de la vigencia del seguro. Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a) vigencia.



En caso de que ambos padres tengan el carácter de empleados del tomador de la presente póliza, la Compañía pagará un solo auxilio. Este auxilio se reconocerá por una única vez por asegurado(a) por vigencia anual.

Nota importante: en ningún caso habrá lugar al pago de reclamaciones que se presenten después de haber copado el número de eventos fijados por anualidad. El límite de eventos no es acumulable entre vigencias.

1.13. Incapacidad Permanente Parcial (IPP)

Para todos los efectos del presente amparo opcional se entiende por incapacidad permanente parcial la sufrida por el asegurado menor de 66 años de edad, que haya sido estructurada estando dicho asegurado con cobertura bajo el presente amparo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar su trabajo habitual, por presentarse una disminución definitiva igual o superior al cinco por ciento (5%), pero inferior al cincuenta por ciento (50%) de su capacidad laboral (Decreto 776 de 2002).

Este amparo cubre exclusivamente accidente de trabajo o enfermedad laboral.

La pérdida de capacidad laboral deberá ser certificada mediante el dictamen emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliado el empleado, o en su defecto por las Juntas Regional o Nacional de Invalidez con base en el Manual Único para la Calificación de la Invalidez, vigente al momento de la calificación.

En el caso de patologías progresivas, la compañía indemnizará con base en la primera calificación en firme, que se haga de la pérdida de capacidad laboral, establecida conforme se exige en este amparo.

Si la Incapacidad Permanente Parcial deriva en una Incapacidad Total y Permanente (misma causa / evento), del valor a indemnizar por la Incapacidad Total y Permanente se deducirá lo que se haya indemnizado por este amparo.

El valor asegurado corresponde al porcentaje de pérdida de capacidad laboral (PCL)

$V_r \text{ asegurado IPP} = V_r \text{ asegurado ITP} * PCL$

Mínimo 5%, máximo 49% del amparo de incapacidad total y permanente según la calificación de la entidad competente.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

1.14. Incapacidad Total Temporal (ITT)

En cuanto el asegurado aporte pruebas fehacientes que determinan la existencia de la incapacidad total temporal para trabajar, la compañía pagará al asegurado, por cada día de incapacidad el valor asegurado establecido en la caratula de la póliza.

El monto de dichos pagos se calculará a partir del SEXTO (6°) día continuo de incapacidad por causa común o laboral y se efectuarán mientras la incapacidad subsista, pero sin exceder en ningún caso los 30 días por vigencia

Período de carencia: 30 días para incapacidades por enfermedad o accidente; es decir, opera a partir del día 31 de haber contratado la cobertura.



1.15. Auxilio por Muerte Accidental del Cónyuge

En caso de fallecimiento del cónyuge o compañero permanente del empleado asegurado cubierto por la póliza, la Compañía reconocerá una suma equivalente al plan contratado. El valor de esta indemnización será pagado directamente al empleado asegurado.

1.16. Auxilio Funerario para Cónyuge y Grupo Básico Familiar (Hasta Segundo Grado de Consanguinidad)

En caso de fallecimiento de cualquier miembro del grupo básico del asegurado principal la compañía reconocerá un auxilio funerario, se podrán asegurar hasta 3 miembros del grupo familiar.

Composición del grado de consanguinidad del grupo asegurado:

- Primer grado: Conyugue, padres, hijos
- Segundo grado: abuelos, nietos y hermanos

Periodo de carencia

Es el periodo de tiempo contado a partir del momento del ingreso al seguro, en el cual no habrá cobertura:

- VEINTICUATRO (24) horas, si la muerte sobreviene por un accidente, suicidio u homicidio.
- CUARENTA Y CINCO (45) días, para fallecimiento por cualquier enfermedad diferente a Cáncer, SIDA y Enfermedades Graves como más adelante se definen.
- CIENTO OCHENTA (180) días, para fallecimiento por Enfermedades Graves conforme su definición. (las enfermedades relacionadas en el amparo de Enfermedades Graves)
- TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) días, por fallecimiento de cáncer y SIDA.

Parágrafo: A partir del día TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS (366) no habrá restricción alguna en la cobertura por razón de su causa.

La validación de periodos de carencia para cónyuge y grupo básico familiar (hasta segundo grado de consanguinidad) corresponderá a la misma fecha de ingreso del asegurado principal.

1.17. Auxilio por Adecuación del Automóvil Propio en Caso de ITP

En caso de incapacidad total y permanente del asegurado principal, la Compañía reconocerá un porcentaje del amparo de Incapacidad Total y Permanente. Operará por reembolso siempre y cuando la incapacidad sea calificada mayor al 50%.

El vehículo debe ser propiedad del asegurado principal.

Este amparo será por única vez, por evento por asegurado por vigencia.

1.18. Auxilio por Adecuación de Vivienda Propia en Caso de ITP

En caso de incapacidad total y permanente del asegurado principal, la Compañía reconocerá un porcentaje del amparo de Incapacidad Total y Permanente. Operará por reembolso siempre y cuando la incapacidad sea calificada mayor al 50%.

La vivienda debe ser propiedad del asegurado principal.

Este amparo será por única vez, por evento por asegurado por vigencia.



1.19. Auxilio por Traslado de Cuerpo en Caso de Fallecimiento

En caso de fallecimiento del asegurado cubierto en la póliza y durante la vigencia anual de la presente póliza, la Compañía reconocerá los gastos correspondientes hasta el valor contratado, para transporte del traslado del cuerpo del asegurado fallecido, dentro la república de Colombia hasta su sitio habitual de residencia en Colombia, siempre y cuando se haya surtido este trámite. La Compañía no asume responsabilidad en la atención del traslado del cuerpo. Esta cobertura no es acumulable con cualquier otra póliza que se tenga con HDI Seguros y disponga de este mismo beneficio.

1.20. Auxilio de Repatriación

En el evento en que el asegurado principal fallezca en un país diferente a su país de origen, La Compañía reconocerá a los beneficiarios una suma adicional equivalente al valor asegurado contratado como auxilio por repatriación, siempre y cuando se haya realizado dicha repatriación presentando los soportes correspondientes. La Compañía no asume responsabilidad en la atención del servicio de repatriación.

Esta cobertura no es acumulable con cualquier otra póliza que se tenga con la compañía y disponga de este mismo beneficio.

1.21. Auxilio Educativo en Caso de Fallecimiento

En caso de fallecimiento del asegurado principal, según lo definido en el condicionado, la Compañía pagará el valor asegurado contratado como único pago en las condiciones económicas descritas, a partir de la fecha de ocurrencia del fallecimiento del asegurado; los cuales serán destinados para suplir los gastos educativos de los hijos menores de 18 años del Asegurado.

1.22. Auxilio Educativo en Caso de ITP del Asegurado

En caso de incapacidad total y permanente del asegurado principal, según lo definido en el condicionado, la Compañía pagará el valor asegurado contratado como único pago en las condiciones económicas descritas, a partir de la fecha en que se afecte la ITP; los cuales serán destinados para suplir los gastos educativos de los hijos menores de 18 años del Asegurado.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de la calificación ejecutoriado se haya generado y estructurado la incapacidad total y permanente dentro de la vigencia de la póliza.

1.23. Gastos Médicos

Si a consecuencia de un accidente amparado por la presente póliza el Asegurado requiere atención médica, quirúrgica, hospitalaria u odontológica, dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente, la compañía indemnizará los gastos por concepto de las mencionadas asistencias y exámenes complementarios necesarios, hasta la cantidad especificada como valor asegurado en la carátula de la póliza.

Las indemnizaciones pagadas por concepto de Gastos Médicos reducen automáticamente el valor asegurado de este amparo opcional, en las sumas indemnizadas.



1.24. Renta por Maternidad (Parto Normal o Cesárea)

El parto normal o por cesárea, estarán cubiertos por el presente amparo adicional operará siempre y cuando la concepción del embarazo se haya dado después de transcurridos 60 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) principal al presente amparo

Bajo esta cobertura adicional, se reconocerá el valor contratado por cada día que la asegurada permanezca hospitalizada por complicaciones en el parto o cesárea, con un máximo de 3 días por evento y por vigencia anual.

1.25. Auxilio para Matrimonio

No obstante, lo contenido en las condiciones generales de la póliza, la compañía pagará a los(as) asegurados(as) principales un auxilio si contraen matrimonio durante la vigencia de la póliza en HDI, el valor es de acuerdo con el plan que se estipule en las condiciones; aplica por matrimonio civil o religioso con efectos civiles en Colombia.

Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a) vigencia.

1.26. Auxilio por Ascenso

No obstante, lo contenido en las condiciones generales de la póliza, la compañía pagará a los(as) asegurados(as) principales un auxilio de ascenso laboral, el valor del auxilio es de acuerdo con el plan estipulado, cuando el asegurado es ascendido de cargo jerárquico dentro de la misma empresa o sub-organización vinculada al tomador del seguro

1.27. Auxilio o Regalo por Nacimiento

La compañía pagara este auxilio siempre y cuando el nacimiento se haya dado después de transcurridos 60 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) principal al presente amparo.

1.28. Auxilio por Grado

No obstante, lo contenido en las condiciones generales de la póliza, la compañía pagará a los(as) asegurados(as) un auxilio de grado, el valor es de acuerdo con el plan cuando el asegurado obtenga un título académico formal (técnico, tecnológico, pregrado o posgrado) en una institución educativa reconocida por el estado colombiano (registrada en SNIES)

Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a) vigencia.

1.29. Asistencia Internacional Viajeros

Evacuación médica de emergencia

Si durante la permanencia en el exterior, el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere suficientemente idóneo según el criterio del médico tratante, la compañía de asistencia coordinará y pagará los gastos de transporte médico del asegurado hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde se encuentre el asegurado, utilizando el medio de locomoción disponible. Todo traslado deberá ser autorizado por un facultativo y por el departamento médico de la compañía de asistencia.



Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario

La compañía de asistencia asumirá los gastos de traslado del asegurado o del beneficiario, cuando encontrándose en viaje fuera de su ciudad de residencia, sufra una lesión o enfermedad súbita, y se requiera el traslado en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el médico que le atienda, hasta el centro hospitalario más cercano, o en el caso de repatriación, hasta su domicilio en Colombia.

La compañía de asistencia mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al asegurado o beneficiario, para supervisar que el traslado sea el adecuado.

Gastos médicos por accidente o enfermedad

Si durante la urgencia el asegurado sufre un accidente o enfermedad amparada por la póliza, la compañía de asistencia se encargará de organizar y asumir los gastos que se generen por:

- Hospitalización.
- Intervención quirúrgica.
- Honorarios médicos.
- Productos farmacéuticos hospitalarios prescritos por el médico tratante.
- Terapias de recuperación física hasta máximo 10 sesiones según prescripción médica (fisioterapia, kinesiología, quiropráctica).

Gastos odontológicos por enfermedad o accidente: Si durante la urgencia en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de una enfermedad o un accidente en su dentadura natural, la compañía de asistencia cubrirá los gastos generados por dicha atención.

Se excluye de esta cobertura:

- A. Tratamientos de ortodoncia.
- B. Tratamientos de conductos y coronas.
- C. Tratamientos estéticos.

Medicamentos: Si durante la permanencia en el exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que no requiera de su hospitalización, la compañía de asistencia cubrirá el valor del medicamento prescrito por el médico tratante.

Recuperación en hotel (gastos de hotel por convalecencia): Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, la compañía de asistencia se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel.

Repatriación de restos mortales: En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia, la compañía de asistencia efectuará los trámites para el transporte y repatriación de los restos mortales o cenizas y asumirá los gastos de traslado de los mismos desde el sitio de defunción hasta su ciudad de residencia. En aerolínea comercial vuelo regular. Quedan expresamente excluidos de esta prestación los servicios religiosos, funerales y ataúdes especiales.

Gastos de acompañamiento de un familiar: En caso de accidente o enfermedad crítica del asegurado que haga necesaria su hospitalización por un mínimo de diez (10) días, la compañía de asistencia cubrirá los gastos de desplazamiento en clase económica de un familiar del asegurado, más los gastos de hotel y de alimentación en el mismo por un máximo de ocho (8) días, siempre y cuando el asegurado se encuentre solo en el lugar de hospitalización.



Localización y transporte de efectos personales: La compañía de asistencia asesorará al asegurado para la denuncia del hurto o extravío de su equipaje y efectos personales en vuelo regular de aerolínea comercial. En caso de su recuperación se encargará de su traslado hasta su lugar de destino o hasta el domicilio del asegurado, según las circunstancias de tiempo y de lugar.

Pérdida definitiva del equipaje: Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, la compañía de asistencia le reconocerá como indemnización según el peso del equipaje aforado.

Interrupción del viaje: Cuando con ocasión de un accidente o de enfermedad o muerte del acompañante de viaje o con ocasión de muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, el asegurado deba interrumpir su viaje, la compañía de asistencia se hará cargo del ticket de regreso en aerolínea comercial clase económica, hasta su ciudad de residencia, siempre y cuando el asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original.

Pago de honorarios legales: En caso de que durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, la compañía de asistencia pagará los honorarios de abogados que le asesorarán en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios.

Traslados urbanos de emergencia o traslados médicos en ambulancia terrestre: Una vez clasificada la situación, en cualquier caso, de ser requerida una intervención médica hospitalaria, la compañía de asistencia coordinará, contactará y hará un seguimiento 100% del arribo de unidades médicas especializadas (de alta, media o baja complejidad según el caso y el lugar), para transportar el beneficiario hasta el centro asistencial adecuado.

Visita médica domiciliar o envío de médico a domicilio: En caso de enfermedad, y una vez determinada que no tipifica emergencia o urgencia médica, la compañía de asistencia coordinará el envío al domicilio de un médico que evaluará el estado del paciente y defina las conductas a seguir.

Retorno y acompañamiento de menores: Si los menores de quince (15) años que viajan con el asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, la compañía de asistencia organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje la compañía de asistencia pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.

Contacto con su médico de cabecera: Si por solicitud del asegurado que, habiendo sufrido un accidente o una enfermedad, originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera la compañía de asistencia pondrá a su disposición la central de alarma para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

Informes de trámites de documentos extraviados en el exterior: Si el asegurado sufriera la pérdida de los documentos en el exterior la compañía de asistencia lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

Transmisión de mensajes urgentes: La compañía de asistencia se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.



1.30. Asistencia de Ambulancia Básica para Eventos Culturales y Deportivos

El tomador puede utilizar el(los) servicio(s) de ambulancia básica contratados al inicio de la vigencia de la póliza, para eventos culturales o deportivos que realice el tomador a sus asegurados. Cada servicio puede tener como máximo un día de duración.

El tomador deberá solicitar el servicio con 8 días de anticipación al evento y la prestación del servicio está sujeta a disponibilidad y cobertura.

Si el servicio es solicitado fuera de ciudades principales en Colombia y no hay disponibilidad la compañía procederá a efectuar el reembolso del servicio con un valor máximo de \$500.000 por evento.

1.31. Asistencia Central Médica

Asistencia médica telefónica: LA COMPAÑÍA pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año. Este servicio será prestado por profesionales del área de la salud, (médicos y enfermeras profesionales) y un soporte administrativo apoyado por técnicos en enfermería.

Los operadores médicos que decepcionan la llamada harán una verificación de derechos en la base de datos remitida por la aseguradora y en los aplicativos dispuestos por HDI Seguros Colombia, con los datos de identificación suministrados por el cliente o el colectivo beneficiario del servicio. Una vez registrados los datos del beneficiario y validados sus derechos, el operador médico realizará una serie de preguntas con el fin de establecer el motivo de consulta, los síntomas y signos del paciente, antecedentes familiares, médicos y farmacológicos, para definir un diagnóstico presuntivo ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el beneficiario recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al asegurado o a quién solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto personal médico-paciente, todo bajo el criterio Médico "

Asistencia médica domiciliaria: Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente, según la definición contenida en el anexo, el asegurado requiera una asistencia médica, LA COMPAÑÍA pondrá a su disposición un médico general para que lo visite en su domicilio o en el lugar donde se encuentre, siempre y cuando se cumplan las condiciones de privacidad para adelantar la consulta médica. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención, serán cubiertos por LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA mantendrá los contactos necesarios con el o los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica cumpla con las condiciones técnicas descritas en el anexo y en la normatividad vigente.



En casos específicos y cuando a su juicio la aseguradora lo considere pertinente, podrá solicitar a través de su departamento médico las historias clínicas que soportan la atención.

Traslados de emergencia: En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera de los beneficiarios, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario; LA COMPAÑÍA adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

El operador médico de LA COMPAÑÍA orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

Traslado básico: Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, LA COMPAÑÍA pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un Taxi o una ambulancia básica.

Traslado médico en ambulancia: Una vez clasificada la situación médica del paciente, LA COMPAÑÍA coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

1.32. Asistencia al Hogar

Este servicio se prestará en la dirección del inmueble registrado por el USUARIO reportado en el momento de tomar el servicio dentro del perímetro urbano únicamente en las ciudades estipuladas en el ámbito territorial. Los servicios de emergencia incluyen costos de mano de obra y materiales hasta del límite de la cobertura detallada en las condiciones de prestación de cada asistencia del presente documento.

Plomería: Cuando a consecuencia de una avería súbita e imprevista en las instalaciones de abastecimiento y/o sanitarias propias e internas del inmueble registrado se produzca una falla que imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, a solicitud del USUARIO prestará el servicio de coordinación logística y monitoreo de un proveedor en la mayor brevedad, previo acuerdo con el USUARIO, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan.

Si la visita técnica no puede realizarse por datos incorrectos suministrados por el asegurado (dirección, fecha u hora de la cita), el servicio se considerará prestado que genera un servicio fallido con cobro al asegurado.

Esta asistencia se prestará exclusivamente en los siguientes casos:

- Cuando se trate de reparación y/o sustitución de tubos de conducción de agua potable. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones hidráulicas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de exploración, instalación entregando el servicio hasta resane.
- Cuando se trate de reparación y/o sustitución de tubos de conducción de aguas negras o residuales.
- Se incluyen las labores de búsqueda de las instalaciones hidráulicas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de exploración, instalación entregando el servicio hasta resane.
- Cuando se trate de reparación y/o sustitución de los siguientes elementos accesorios: acoples, sifones, grifos, codos, uniones, yeas, tees, adaptadores, tapones, bujes, empaques en grifería afectadas sin garantía por la rotura del tubo o a consecuencia de la emergencia o desgaste de este. (Accesorios de las extensiones que no sean flexo-metálicos).



- Cuando se trate de des taponamiento de sifones internos de la vivienda que no den a la intemperie, patios o terrazas, siempre que no involucre cajas de inspección, trampa-grasas y/o desagües de aguas lluvias, emboquilla miento de mesones de cocina y lavamanos.

Parágrafo 1: se deja expresa constancia que HDI no será responsable de materiales que no estén a la venta en Colombia, que hayan sido discontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo o que hayan sido discontinuados exclusivo o mármol o materiales alto costo; los cuales no tendrán cobertura a no ser que sean suministrados por el USUARIO. Queda excluido todo tipo de desmonte o desinstalación de lavamanos, sanitarios, tinas de baño, sauna, turco, pedestales, jacuzzi, muebles, cualquier elemento de carpintería, lavaplatos y mesones que interfieran con la reparación del daño. Los gastos que se incurran por el desmonte serán a cargo del asegurado.

Cerrajería: Cuando a consecuencia de cualquier hecho accidental, como pérdida, extravío o hurto de las llaves o inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de la puerta principal del inmueble registrado dentro del perímetro urbano, a solicitud del USUARIO brindará el servicio de coordinación logística y monitoreo de un proveedor, previo acuerdo con el USUARIO, que realizará las labores para permitir el acceso por dicha puerta y arreglar o en caso necesario sustituir la cerradura de la misma por una de características similares que superen la emergencia.

En todos los casos el usuario deberá acompañar en todo momento al prestador de servicios

NOTA: Si la visita técnica no puede realizarse por datos incorrectos suministrados por el asegurado (dirección, fecha u hora de la cita), el servicio se considerará prestado que genera un servicio fallido con cobro al asegurado.

Electricidad: Cuando a consecuencia de una avería súbita e imprevista en las instalaciones eléctricas propias del inmueble registrado, se produzca una falta de energía eléctrica en forma total o parcial, a solicitud del USUARIO, brindará el servicio de coordinación logística y monitoreo de un proveedor de la red a la mayor brevedad, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para reestablecer el suministro del fluido eléctrico, siempre y cuando el estado de las redes eléctricas lo permitan.

- Si la visita técnica no puede realizarse por datos incorrectos suministrados por el asegurado (dirección, fecha u hora de la cita), el servicio se considerará prestado que genera un servicio fallido con cobro al asegurado.

Esta asistencia se prestará exclusivamente en los siguientes casos:

- Cuando se trate de reparación y/o sustitución de cables y/o alambres eléctricos. Se incluyen las labores de búsqueda o exploración de las instalaciones eléctricas para detectar el daño, así como los gastos generados en las labores de instalación y restableciendo el servicio de energía eléctrica con un tope máximo de 12 m, de alambre de cualquier calibre y un accesorio básico que solucionará la emergencia.
- Cuando se trate de reparación y/o sustitución de los siguientes elementos accesorios: Tomas, suiches de cuchillas, breakes, rosetas, tacos o fusibles dañados a consecuencia por sobre carga o cortó circuito, se sustituiría sólo un accesorio de los ya nombrados exclusivamente básico que supere la emergencia.

Parágrafo 1: Se deja expresa constancia que la compañía no será responsable de materiales que no estén a la venta en Colombia, o que hayan sido discontinuados o aquellos que hayan sido fabricados con diseño exclusivo. No tendrán cobertura a no ser que sea suministrado por el USUARIO. Tampoco se realizan acciones de exploración ni regata.



Parágrafo 2: En el evento que la visita resulte fallida por causa de suministro de información errónea por parte del USUARIO al momento de solicitar la prestación del servicio, el valor que se cause en virtud de dicha visita será cancelado por el USUARIO.

Vidriería: Cuando a consecuencia de un hecho súbito e imprevisto se produzca la rotura de los vidrios de las ventanas o de cualquier otra superficie de cristal que forme parte del cerramiento del inmueble registrado; a solicitud del USUARIO se enviará con la mayor brevedad un técnico que realizará la asistencia de emergencia, siempre y cuando las circunstancias lo permitan. La reposición de vidrios no es objeto de garantía.

- El servicio incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra.
- Si la visita técnica no puede realizarse por datos incorrectos suministrados por el asegurado (dirección, fecha u hora de la cita), el servicio se considerará prestado que genera un servicio fallido con cobro al asegurado.

Limpieza cocina baño profunda: Cuando el usuario requiera, pondrá a su disposición profesionales para realizar el servicio donde realizaran labores básicas de aseo dentro de la vivienda asegurada del titular de la póliza, hasta por máximo 8 horas, como lo son: lavar los utensilios de cocina y limpieza del baño. No se hace responsable por daños ocasionados durante el trabajo, ni por pérdida de objetos de valor.

El servicio se prestará de lunes a sábados de 8:00 am a 4:00 pm. El servicio debe ser solicitado con 24 horas de antelación y siempre deberá estar presente el usuario y/o Familiar responsable del inmueble durante la permanencia del proveedor.

Para cancelar la asistencia programada, el usuario debe comunicarse a cancelar el servicio con 6 horas de anticipación.

Armado de muebles: A solicitud del asegurado, la compañía coordinará y realizará el seguimiento del envío de un proveedor, previo acuerdo con el usuario, para que este preste los servicios de armado de muebles en el inmueble registrado propiedad del asegurado. Este servicio está dirigido respecto a aquellos muebles que, en su compra, se haya incluido el instructivo o catálogo original de armado. El servicio debe ser solicitado con 24 horas de antelación y siempre deberá estar presente el usuario y/o Familiar mayor de edad responsable del inmueble durante la permanencia del proveedor.

Tabla 1

Beneficios de asistencia al hogar según tipo de plan

Descripción	Monto máx.	N° Eventos
Vida hogar complementaria		
Cerrajería	30 SMLDV	8 EVENTOS
Plomería	30 SMLDV	ilimitado
Electricidad	30 SMLDV	8 EVENTOS
Vidriería	30 SMLDV	ilimitado
Limpieza cocina baño profunda	5 SMLDV	1 EVENTO
Armado de muebles	8 SMLDV	3 EVENTOS

Descripción	Monto máx.	N° Eventos
Vida hogar básica		
Cerrajería	30 SMLDV	2 EVENTOS
Plomería	30 SMLDV	2 EVENTOS
Electricidad	30 SMLDV	2 EVENTOS
Vidriería	30 SMLDV	2 EVENTOS



1.33. Asistencia a la Mascota

Cobertura Ámbito Territorial

Ámbito Territorial: El derecho a los servicios señalados en el presente documento se extiende al USUARIO y mascota registrada que se encuentren en el casco urbano con nomenclatura del siguiente ámbito territorial:

Antioquia: Bello, Envigado, Itagüí, La estrella, Medellín, Sabaneta. **Atlántico:** Barranquilla, Soledad, Malambo, Puerto Colombia. **Bogotá:** Bogotá. **Bolívar:** Cartagena, Cartagena Zona norte, Turbaco. **Boyacá:** Tunja, Duitama, Sogamoso. **Caldas:** Manizales, Villa María. **Cauca:** Popayán. **Cesar:** Valledupar. **Córdoba:** Montería. **Cundinamarca:** Soacha, Chía, Mosquera, Facatativá, Zipaquirá, Funza, Cajicá, Madrid, Cota, La Calera, Briceño, Sopó, Tenjo, Tocancipá, Soacha. **Huila:** Neiva. **Magdalena:** Santa Marta, Rodadero, Pozos Colorado. **Meta:** Villavicencio. **Nariño:** Pasto. **Norte de Santander:** Cúcuta, Los patios, Villa del Rosario. **Quindío:** Armenia, Combia, Calarcá, Circasia, Quimbaya. **Risaralda:** Pereira, Dosquebradas, Santa rosa de Cabal, Cerritos. **Santander:** Barrancabermeja, Bucaramanga, Floridablanca, Girón, Piedecuesta. **Sucre:** Sincelejo. **Tolima:** Ibagué. **Valle del cauca:** Cali, Palmira, Jamundí, Yumbo.

Siempre que: (i) existan vías transitables y carreteables; (ii) las condiciones de orden público lo permitan; y (iii) ni el lugar del servicio ni el origen/destino se ubiquen en zonas de alto riesgo (**Zonas Rojas**).

Eutanasia

Cuando el asegurado lo requiera, el servicio de eutanasia de la mascota será coordinado y gestionado a través de la red de prestadores autorizados, por accidente o enfermedad grave comprobada o vejez. El prestador asume la obligación de suministrar y prestar el servicio de eutanasia, siempre y cuando el propietario de la mascota haya solicitado el servicio y obtenido el visto bueno de la compañía. La asistencia se prestará en la ciudad de residencia permanente de la mascota dentro del perímetro urbano. La prestación se realizará hasta el monto límite de cobertura establecido en la póliza.

Asistencia Exequial Mascotas

Si la mascota muere como resultado de un accidente o enfermedad grave, inesperada y comprobada, el proveedor de asistencia prestará servicio de asistencia exequial a la mascota. Así mismo se deja claro que esta asistencia opera únicamente cuando el asegurado ha solicitado y obtenido el visto bueno de la compañía.

Orientación Veterinaria Telefónica

El USUARIO puede comunicarse las 24 horas del día y los 7 días de la semana para solicitar el servicio de orientación médica veterinaria telefónica por enfermedad para la mascota registrada. En la línea de asistencia un médico veterinario le atenderá y brindará las recomendaciones a seguir según la sintomatología manifestada y en las conductas provisionales que se deben asumir mientras se hace contacto profesional veterinario mascota.

La orientación veterinaria telefónica, estará enfocada a la atención de molestias, síntomas y enfermedades de la mascota, primeros auxilios en caso de emergencia por accidente o enfermedad de la mascota, siempre y cuando el propietario de la mascota indique de manera veraz y oportuna los síntomas presentados por la mascota.

Asesoría Legal Telefónica Por Daños Ocasionados Por La Mascota

Cuando el USUARIO lo requiera se brindará orientación legal telefónica con un abogado que asesorará en procesos judiciales o conciliatorios, cuando los mismos sean necesarios por la reclamación de daños y perjuicios sufridos por un tercero, con ocasión de daños o lesiones causados por la mascota registrada. En caso de que un tercero sufra daños derivados de una conducta dolosa por parte de la mascota registrada se



otorgará asistencia que orientara legalmente al afiliado, para perseguir la responsabilidad civil o penal del tercero, sin perjuicio del derecho de subrogación en cabeza de la compañía. Este servicio es de medio y no de resultado.

Se prestará en un horario de lunes a sábado de 08:00 a 18:00 Hrs.

Veterinaria a domicilio o en red

Si la mascota registrada del USUARIO requiere consulta médica a consecuencia de un accidente o enfermedad, el USUARIO puede comunicarse las 24 horas del día y los 7 días de la semana a solicitar la asistencia. Se coordinará y brindará de forma programada la consulta de un veterinario a domicilio, en el inmueble registrado o la coordinación en un consultorio veterinario de la red, en un horario de lunes a domingo de 07:00 a 19:00 Hrs.

Si el usuario se comunica fuera de este horario, dependiendo la clasificación del triage se le dará el manejo. Triage 1 y 2 se remitirá a una clínica, triage 3 se programará la consulta.

Este servicio se prestará dentro del perímetro urbano en las ciudades detalladas en el ámbito territorial. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico veterinario del Call Center.

Baño

Si el USUARIO requiere servicio de baño y peluquería para su mascota HDI pondrá a su disposición un centro veterinario especializado para brindarle esta asistencia. El baño incluye corte de uñas, limpieza externa de oídos, limpieza de dientes y drenaje de glándulas perianales hasta el límite de cobertura.

Este servicio se prestará en la ciudad de residencia del propietario de la mascota, dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

El servicio debe ser solicitado con un mínimo de 48 horas sujeto a disponibilidad de horario de los proveedores.

Vacunación refuerzo

Cuando el USUARIO lo requiera se brindará el servicio de asistencia de vacunación a la mascota vinculada, en red veterinaria, incluyendo costo de la vacuna. Este servicio solo aplica para vacunas de refuerzo anual, así:

- En caninos vacuna pentavalente + vacuna contra la rabia o vacuna hexavalente
- En felinos vacuna triple viral felina + vacuna contra la rabia.

La aceptación del servicio va ligada a la aceptación de las condiciones inherentes a la mascota y sus reacciones individuales frente a los biológicos que utilice el proveedor.

Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del Call Center de IKÉ será prestado en el domicilio registrado, en un horario de lunes a sábado de 07:00 a 18:00 Hrs.

Para continuar con los refuerzos de vacunas estipulados para cada mascota, no puede pasar más de 90 días después de la última dosis, adicional debe estar desparasitada, situación que deberá acreditarse **mediante la** presentación del carnet de vacunación por correo electrónico antes del envío del profesional al domicilio.

Guardería Canina

Cuando el USUARIO lo requiera, se brindará si el asegurado dueño de la mascota se encuentra hospitalizado / incapacitado con prescripción médica por un periodo superior a 3 días, con un límite de cobertura máximo hasta 3 días y hasta DIEZ (10) Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes (SMDLV).

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Estos servicios se prestarán en la ciudad de residencia de la mascota, a nivel nacional dentro del perímetro urbano, en horario de lunes a viernes a domingo de 8:00 AM a 5:00 PM.

En el momento de prestar el servicio se debe dejar los números de contacto y datos personales de la persona a cargo de la mascota. Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas situación que deberá acreditarse mediante la presentación del carné de vacunación.

El servicio debe ser solicitado mínimo con 48 horas de antelación.

Ayuda en la Localización Por Extravió

Cuando el usuario lo requiera se brindará asistencia en la localización de mascotas extraviadas. Este servicio se prestará en la localidad de residencia del propietario de la mascota, dentro del perímetro urbano. Se apoya al asociado en la localización de mascotas perdidas a través de la distribución de folletos, afiches y fotografías en vía pública de la mascota hasta el monto límite de cobertura.

Tabla 2

Beneficios de asistencia a la mascota según tipo de plan

Premium		
Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida mascotas premium		
Eutanasia	16 SMLDV	1
Asistencia exequial mascotas	20SMLDV	1
Orientación veterinaria telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Asesoría legal telefónica por daños ocasionados por la mascota	Ilimitado	Ilimitado
Consulta veterinaria de emergencia	10 SMLDV	2 eventos
Baño	8 SMDLV	2 eventos
Vacunación refuerzo	5 SMDLV	1 evento
Guardería canina	10 SMDLV	1 evento
Ayuda en la localización por extravió	8 SMDLV	2 eventos

Complementarias		
Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida mascotas complementario		
Eutanasia	16 SMLDV	1
Asistencia exequial mascotas	20SMLDV	1
Orientación veterinaria telefónica	Max 30 minutos	3 eventos
Asesoría legal telefónica por daños ocasionados por la mascota	Max 30 minutos	1 eventos
Baño	8 SMDLV	1 eventos
Vacunación refuerzo	5 SMLDV	1 evento

Básica		
Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida mascotas básico		
Eutanasia	16 SMLDV	1
Asistencia exequial mascotas	20SMLDV	1
Orientación veterinaria telefónica	Max 30 minutos	1

1.34. Asistencia Odontológica

Los servicios serán prestados a consecuencia de una urgencia odontológica entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas incluyendo la atención en caso de consulta ambulatoria y tratamientos de prevención, siempre que se adecúen a la definición de urgencia y/o consulta ambulatoria odontológica, y/o prevención.

Para efectos de las asistencias odontológicas, entenderá por:

Aplicación tópica de flúor: Colocación de un gel de flúor en los dientes para prevenir la aparición de caries o disminuir la sensibilidad ocasionada por lesiones no cariosas en zona cervical de los dientes (cuellos expuestos). Este tratamiento será realizado solo en caso en que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.



Detartraje: Es una limpieza dental que consiste en la eliminación de cálculos dentales o sarro de los dientes de forma supragingival (sobre la encía), para evitar o disminuir la inflamación y sangrado de la encía. Este tratamiento será realizado en los casos en que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.

Exodoncia simple: Procedimiento por el que se practica el retiro de un diente o parte que quede de él (resto radicular) de la cavidad oral, mediante unas técnicas y un instrumental específico, sin que implique procedimientos quirúrgicos que requieran remoción de tejidos como hueso o encía.

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

Prevención: Conjunto de medidas o acciones destinadas a promover la salud bucal que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para evitar la instauración de la caries dental y la enfermedad periodontal.

Obturación provisional: Es una calza temporal compuesta de materiales diferentes a los de las calzas definitivas que se coloca en los dientes para rellenar una fractura o una caries con dolor. Se utiliza de manera momentánea cuando se requiere realizar seguimiento al comportamiento de la lesión, o cuando algún factor impide colocar la calza definitiva.

Obturación en amalgama en dientes posteriores: Es una calza definitiva de color gris que se coloca en los dientes para rellenar una fractura o una caries con dolor. Se dará cobertura a este tratamiento solo en caso de que corresponda al tratamiento indicado y sea aceptado por el titular y/o afiliado.

Obturación en ionómero de vidrio: Es una calza de color blanco que, para efectos de este anexo, se coloca en el cuello de los dientes para rellenar una fractura cervical o una caries con dolor.

Obturación en resina en dientes anteriores y posteriores: Es una calza definitiva de color blanco (similar al color del diente) que se coloca para rellenar una fractura o una caries con dolor. Se dará cobertura a este tratamiento únicamente cuando sea el tratamiento indicado. No hay cobertura de las obturaciones cuando correspondan a un tratamiento estético, es decir cuando no se vea afectada la funcionalidad.

Profilaxis: Es una limpieza dental que consiste en la eliminación de placa bacteriana blanda de los dientes a través de un pulido para evitar o disminuir la inflamación y sangrado de las encías. Este tratamiento será realizado en los casos en que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.

Pulpectomías: Corresponden al retiro del nervio dental como manejo inicial del dolor donde el nervio se ve comprometido por fractura o caries extensa.

Pulpotomía: Consiste en retirar una parte de la pulpa dental (nervio), situada a nivel de la corona cuando ha sido afectada por el trauma o la caries que generó dolor, sin tocar aquella de las raíces. Aplica únicamente para dientes temporales.

Radiología oral: Radiografías intraorales periapicales, radiografías intraorales coroneles (bitewing), imágenes pequeñas que permiten evaluar la estructura dental en toda su longitud, o en su porción coronal. Para este anexo, corresponde a aquellas que el titular y/o afiliado requiera en los dientes afectados, para diagnosticar y tratar la urgencia odontológica. No se cubrirá bajo ningún concepto radiografías que no estén mencionadas en la cobertura, ni que se requieran para realizar tratamientos no cubiertos o que no sean solicitados por la red de proveedores.



Recubrimiento pulpar directo e indirecto: Equivale a la colocación de medicamentos como protección al nervio para evitar su afectación por el trauma.

Sellantes de fosetas y fisuras: Colocación de un material fluido en la superficie de masticación de molares temporales y/o permanentes para prevenir la aparición de caries. Este tratamiento será realizado solo en caso de que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten una vez evaluado el riesgo individual de caries del paciente: índice de placa alto, paciente con historia de caries en temporales, anatomía retentiva de placa, deficiencia marcada de cepillado por falta de motricidad y desmineralización del esmalte o lesiones de mancha blanca incipiente.

Tratamientos de endodoncia convencional (tratamientos de conductos) unirradiculares, birradiculares y multirradiculares: Consisten en realizar una apertura del diente, y utilizar herramientas para retirar el nervio y limpiar internamente el diente y reemplazarlo con un material dental para aliviar el dolor, la inflamación y/o infección del nervio. No hay cobertura cuando se realiza por segunda vez (retratamiento de conducto), ni cuando se inició el tratamiento (pulpectomía) fuera de la red.

Parágrafo 1: Los servicios de asistencia se brindarán de acuerdo con las disponibilidades locales, horarios de los prestadores de servicios, y su aplicación estará limitada a todo el ámbito territorial. En aquellas circunstancias en las que por razones de fuerza mayor o de falta de prestadores que puedan cumplir con la calidad de servicio garantizada en tiempo y forma, ésta tomará a cargo los gastos a través de la modalidad de reembolso. Antes de incurrir en algún gasto, el usuario del servicio deberá obtener la autorización, los cuales serán reintegrables contra la presentación de los comprobantes originales correspondientes.

Parágrafo 2: Los servicios serán atendidos por prestadores de servicios de salud dentro del territorio nacional. Para acceder a este servicio en Colombia, el titular y/o beneficiario podrá comunicarse a través de los canales de contacto indicados en la sección proceso de prestación y seguimiento del servicio de este anexo de condiciones particulares del servicio. Cuando la urgencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Urgencia Odontológica

Cuando el usuario requiera asistencia en consecuencia de una urgencia odontológica, por accidente o enfermedad, se brindará los servicios dentro de la cobertura cuando la urgencia haya sido originada en Colombia, los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, de acuerdo con el criterio del profesional quien realice la gestión:

- Examen clínico y diagnóstico de urgencia.
- Urgencia – odontología. (alivio, dolor, mediación)
- Medicación intraconducto.
- Drenaje absceso intraoral.
- Exodoncia de pieza dental en los casos que estén gravemente fracturados.
- Curetaje radicular localizado. (urgencia periodontal)

Orientación dental

Cuando el usuario requiera una orientación odontológica, se le brindará asistencia con un profesional en odontología que les prestará apoyo frente a consultas como dolores puntuales y solución de inquietudes generales. Aplicará la cobertura cuando la urgencia haya sido originada en Colombia, la misma se brindará por medio telefónico en un tiempo máximo de 20 minutos.



Limpieza dental

El asegurado podrá acceder a una sesión de limpieza dental profesional, orientada a la prevención de la salud bucal o derivado de una emergencia, aplicará la cobertura cuando haya sido originada en Colombia los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas:

- Examen clínico
- Instrucción en higiene oral + control placas bacteriana
- Limpieza dental profesional o higienista oral (remoción de cálculos y/o detartrajes + profilaxis)

Tabla 3

Beneficios de asistencia odontológica según tipo de plan

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida odontología complementaria		
Urgencias Odontológicas		1 EVENTO
Orientación Dental	SIN LIMITE	3 EVENTOS

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida odontología premium		
Urgencias Odontológicas		SIN LIMITE
Orientación Dental	SIN LIMITE	SIN LIMITE
Limpieza dental		1 EVENTO

1.35. Asistencia Médica Domiciliaria

Orientación médica básica telefónica

HDI Seguros Colombia pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año. Los operadores médicos que recepcionan la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica.

El operador médico orientará al asegurado o a quién solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Asistencia médica domiciliaria

Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio del asegurado, los beneficiarios requieran de una consulta médica de urgencia, la compañía de asistencia pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención será cubierto por la compañía de asistencia.

La compañía de asistencia mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

Traslados médicos de emergencia

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera de los beneficiarios, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario, la compañía de asistencia adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano. El operador médico de la compañía de asistencia orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.



Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

A. Traslado básico: cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la compañía de asistencia pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade del local hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un taxi o una ambulancia básica según definición de la compañía de asistencia.

B. Traslado médico en ambulancia: una vez clasificada la situación médica del paciente, la compañía de asistencia coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta o baja complejidad según el caso, modo y lugar, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

C. Traslado aéreo especializado. Si como resultado de un accidente o enfermedad imprevista general, una vez atendido en un centro hospitalario de una ciudad capital de departamento, se establece por el médico tratante la necesidad de evacuación a un centro especializado de referencia dentro de Colombia, la compañía de asistencia trasladará al beneficiario en aeronaves especializadas para el transporte sanitario."

1.36. Asistencia Opcional Internacional de Vida

Objeto De La Asistencia

La Compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el curso de un viaje fuera de su domicilio habitual, realizado en cualquier medio de locomoción para efectos de las prestaciones a las personas, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en la presente propuesta y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Definiciones

Para los efectos de esta asistencia se entenderá por:

Asegurado: Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

El titular de la póliza.

Viaje: Se define como el trayecto que comprende entre la salida del asegurado de su país de residencia con motivo de realizar un viaje de placer y/o de negocios hasta su regreso nuevamente al país de residencia permanente.

Médico: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina de acuerdo con las leyes del país donde ejerce, con especialización y que está cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente.

Enfermedad: Corresponde a todas las dolencias o desórdenes, súbitas e imprevisibles, que se hayan manifestado por primera vez después de la fecha de inicio de la vigencia de la tarjeta y mientras la misma se mantenga vigente. De cualquier manera, enfermedad corresponderá a toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia de la póliza y que no esté comprendida dentro de los dos grupos siguientes:



- Enfermedad congénita: es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.
- Enfermedad preexistente: es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.

Las enfermedades amparadas por la presente asistencia deben ser diagnosticadas y confirmadas por un médico legalmente reconocido.

Accidente: Todo suceso súbito e imprevisto que ocurra dentro del periodo de vigencia de la póliza y siempre durante el transcurso del viaje, que ocasione en el asegurado una lesión corporal. La lesión corporal sufrida durante la vigencia del contrato, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. También se considerarán como accidentes:

- La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, inmersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Ámbito Territorial: El derecho a las prestaciones de asistencia en viaje internacional, otorgadas en la presente propuesta será de aplicación fuera del territorio de la República de Colombia, siempre y cuando la permanencia del asegurado fuera de su domicilio habitual no sea superior a 90 días.

Coberturas: Las coberturas relativas a las personas aseguradas se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

Traslado médico de emergencia: La Compañía coordinará y pagará los gastos de traslado del asegurado cuando encontrándose de viaje, sufra una lesión súbita e imprevista, la evacuación se realizará así: en el medio más idóneo considerado por el médico tratante (automóvil, ambulancia, avión, helicóptero) hasta el centro hospitalario más cercano.

Evacuación médica de emergencia: Si durante el transcurso del viaje el asegurado sufre un accidente o una enfermedad y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere suficientemente idóneo según el criterio del médico tratante, la compañía coordinará y pagará los gastos de transporte médico del asegurado hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde se encuentre el asegurado, utilizando el medio de locomoción disponible (ambulancia, avión, automóvil u otro). Todo traslado deberá ser autorizado por un facultativo y por el departamento médico de la Compañía

Gastos médicos

Si durante el viaje el asegurado sufre un accidente o enfermedad amparada por la póliza, la Compañía se encargará de organizar y asumir los gastos que se generen por:

- Hospitalización.
- Intervención Quirúrgica.
- Honorarios Médicos.
- Productos Farmacéuticos hospitalarios prescritos por el médico tratante.
- Terapias de recuperación física hasta un máximo de 10 sesiones según prescripción médica (fisioterapia, quinesioterapia, quiropráctica, etc.).

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

El valor asegurado cubierto bajo este amparo es de USD 20.000 o su equivalente en moneda local y exclusivamente para los conceptos especificados en el presente numeral.

Gastos odontológicos: Si durante la estadía en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de un accidente en su dentadura natural, o como consecuencia de problemas odontológicos críticos con ocasión de una infección o dolor, la Compañía cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta por la suma de USD 1.000 o su equivalente en moneda local.

Se excluyen de esta cobertura:

- Los tratamientos de ortodoncia.
- Los tratamientos de conductos y coronas.
- Los tratamientos estéticos.

Medicamentos: Si durante la estadía en el exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que no requiera de su hospitalización, la Compañía cubrirá el valor del medicamento prescrito por el médico tratante hasta por la suma de USD 2.000.

Transporte o repatriación sanitaria por enfermedad o accidente: Si durante el viaje el asegurado sufre un accidente o una enfermedad súbita e imprevista, y una vez atendido y tratado médicamente por los profesionales de la entidad sanitaria respectiva, éstos determinan que es conveniente suspender el viaje y realizar una repatriación médica, la Compañía se encargará de organizar en coordinación con su equipo médico el traslado del asegurado hasta la ciudad de domicilio en Colombia.

Dicho traslado se hará en el medio más idóneo que considere el médico tratante, sujeto a las condiciones de tiempo, lugar y estado clínico del asegurado.

Gastos de hotel por convalecencia: Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, la Compañía se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta por la suma de USD1.500 o su equivalente en moneda local.

Repatriación de restos mortales: En caso de fallecimiento del asegurado durante el viaje, la Compañía efectuará los trámites para el transporte y repatriación de los restos mortales o cenizas y asumirá los gastos de traslado de los mismos desde el sitio de defunción hasta su ciudad de residencia. Quedan expresamente excluidos de esta prestación los servicios religiosos, funerales y ataúdes especiales.

Interrupción del viaje por muerte de un familiar

Cuando con ocasión de un accidente o de enfermedad o muerte del acompañante de viaje o con ocasión de muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, el asegurado deba interrumpir su viaje, la Compañía se hará cargo del tiquete de regreso en vuelo regular de aerolínea comercial hasta su ciudad de residencia, siempre y cuando el asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original.

Retorno y acompañamiento de menores: Si los menores de 15 años que viajan con el asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, la compañía organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original.



Si fuese necesario continuar el viaje la Compañía pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.

Gastos de acompañamiento de un familiar: En caso de accidente o enfermedad del asegurado que haga necesaria su hospitalización por un mínimo de 5 días, la Compañía cubrirá los gastos de desplazamiento en clase económica de un vuelo regular de aerolínea comercial de un familiar del asegurado, más los gastos de hotel y de alimentación en el mismo por un máximo de USD 1.500 o su equivalente en moneda local, siempre y cuando el asegurado se encuentre solo en el lugar de hospitalización. El valor cubierto para los gastos de hotel y manutención corresponden al límite indicado.

Pago de honorarios legales: En caso de que durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, la Compañía pagará los honorarios de abogados que le asesoren en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta por la suma de USD 2.000 o su equivalente en moneda local.

De igual manera si el asegurado requiriese asistencia legal para realizar reclamos o hacer demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz de Accidentes, la Compañía pondrá a su disposición un abogado que lo asesorará en la emergencia planteada, siendo por cuenta exclusiva del asegurado la contratación de sus servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

Adelanto de fondos: En caso de que durante el viaje el asegurado sufra un accidente y una vez agotados los límites de cobertura otorgados en el presente anexo para el amparo de gastos médicos la Compañía a solicitud del asegurado con el aval de su agencia de viajes podrá tramitar un adelanto de fondos hasta por la suma de USD 3.000 o su equivalente en moneda local. Este límite operará de igual manera si el asegurado sufre un hurto simple o calificado del dinero que lleva en su viaje, siempre que exista una denuncia formal ante las autoridades pertinentes, la copia que debe ser enviada vía fax a los números que se le indique el asegurado por la central de alarma al momento de solicitar el servicio.

Interrupción por siniestro en la vivienda: En caso de siniestro ocurrido en la vivienda en que habita permanentemente el asegurado en Colombia, como consecuencia de uno cualquiera de los siguientes eventos: incendio y/o rayo, explosión, inundación o anegación, daños por agua, caída de aeronaves o partes que se desprendan o caigan de ellas, impacto de vehículos terrestres que no sean de propiedad del asegurado o de sus familiares o hurto calificado, siempre que el asegurado se encuentre de viaje y ninguna otra persona pueda sustituirle para hacerse cargo de la situación, la Compañía sufragará los mayores gastos en que incurra para realizar su desplazamiento de regreso. En tales casos el asegurado deberá presentar formalmente las pruebas que demuestren la ocurrencia de tales eventos. De cualquier manera, el asegurado deberá poner a disposición de la Compañía, el cupón del boleto de viaje original o su contravalor, en los casos que no pueda ser utilizado para el regreso a Colombia.

Gastos de traslado de ejecutivo de reemplazo: Para el caso de la póliza donde el tomador sea una persona jurídica y los asegurados sean empleados a su servicio; si durante el viaje al exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que obligue a su hospitalización y le impida proseguir con su comisión laboral objeto de su viaje, la Compañía tomadora del seguro podrá designar otro funcionario que lo reemplace para continuar su misión.

La Compañía pagará el traslado del ejecutivo designado, por el mismo medio inicialmente utilizado por el asegurado, previa verificación por el equipo médico de la Compañía de la hospitalización que imposibilita la continuación del viaje.



Informes de trámites de visado, estado de tiempo y vacunas: El asegurado podrá solicitar información acerca de los trámites de visa para cada país, estado de tiempo, información acerca de las vacunas que acostumbran a pedir como requisito para el turismo en ciertos países, e información sobre embajadas y consulados.

Informes de trámites de documentos extraviados en el exterior: Si el asegurado sufriera la pérdida de los documentos en el exterior la Compañía lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

Información turística

Si el asegurado los requiere, la Compañía a través de la Central de Alarma le brindará apoyo en todo lo relacionado con:

- Informe sobre tasas de cambio y lugares donde puede acudir para cambiar moneda extranjera.
- Información de sitios de referencia o interés, hoteles, restaurantes, museos, o eventos.

Transmisión de mensajes urgentes: La Compañía se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.

Conexión para el cuidado de personas de la tercera edad

Si el asegurado viaja con una persona mayor de 70 años, y por cualquier motivo le impidiera desplazarse dentro del país donde realice el viaje o requiere de atención especial la Compañía podrá proporcionarle los nombres de personas especialistas en el cuidado de la tercera edad. Serán por cuenta del asegurado los honorarios de tales personas.

Localización y transporte de efectos personales: La Compañía asesorará al asegurado para la denuncia del hurto o extravío de su equipaje y efectos personales en vuelo regular de aerolínea comercial. En caso de su recuperación se encargará de su traslado hasta su lugar de destino o hasta el domicilio del asegurado, según las circunstancias de tiempo y de lugar.

Demora o extravío del equipaje

En caso de que el equipaje del asegurado se extraviara durante el viaje en vuelo regular de aerolínea comercial, y no fuese recuperado dentro de las 12 horas siguientes a su llegada, la Compañía abonará al asegurado la cantidad de USD 200, sin perjuicio de los valores que le reconozca la aerolínea **por tal concepto**.

Pérdida definitiva del equipaje: Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, la Compañía le reconocerá como indemnización la suma USD 1.200, sin importar el número de piezas perdidas.

De cualquier manera, la Compañía efectuará la indemnización del asegurado contra denuncia efectuada ante la aerolínea, y la confirmación escrita de la misma de la pérdida definitiva del equipaje. Estos documentos serán necesarios que sean suministrados por el asegurado, para proceder a la indemnización.

1.37. Asistencia Opcional Médica Especializada

Orientación médica básica telefónica: LA COMPAÑÍA pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Este servicio será prestado por profesionales del área de la salud, (médicos y enfermeras profesionales) y un soporte administrativo apoyado por técnicos en enfermería.

Los operadores médicos que reciben la llamada, harán una verificación de derechos en la base de datos remitida por la aseguradora y en los aplicativos dispuestos por HDI Seguros Colombia, con los datos de identificación suministrados por el cliente o el colectivo beneficiario del servicio. Una vez registrados los datos

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



del beneficiario y validados sus derechos, el operador médico realizará una serie de preguntas con el fin de establecer el motivo de consulta, los síntomas y signos del paciente, antecedentes familiares, médicos y farmacológicos, para definir un diagnóstico presuntivo ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalarios de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el beneficiario recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al asegurado o a quién solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Asistencia domiciliaria básica pacientes intervenidos por cirugía mayor: Cuando el asegurado sufra alguna limitación física como consecuencia de una cirugía mayor, que le impida desempeñar por lo menos tres de las cinco actividades básicas de la vida diaria, LA COMPAÑÍA enviará al domicilio del asegurado, un profesional en el área de la salud (auxiliar de enfermería) que prestará los siguientes servicios:

- Higiene personal
- Asistencia en alimentación y eliminación
- Asistencia en su desplazamiento
- Control de signos vitales
- Control de peso
- Cuidados de Piel
- Recreación

A través del prestador del servicio, la familia recibirá la capacitación necesaria para que asuma el cuidado del asegurado o beneficiario, una vez finalice el periodo de cuidado contratado.

LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios profesionales generados por dicha atención por un periodo de 6 meses, hasta un límite máximo de \$15.000.000 por evento; y los insumos que se describen a continuación, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 50 SMLDV por evento:

- Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, sonda naso gástrica., bomba de infusión, glucómetro.
- Elementos de curación: Solución salina o agua destilada, Guantes, Gasas, Apósitos, cintas adhesivas hipoalergénicas, vendajes, compresas, tijeras.
- Equipo de terapia endovenosa: equipo de venoclisis y buretroles, agujas plásticas, esparadrapo o apósito transparente.
- Toma de laboratorios: Tubos de laboratorio, agujas, venoyet, algodón.
- Venopunciones: Catéter de calibre, gasas, algodón, venoequipo, Atril, Tapón de Braw (catéter sanilizado), buretrol



Asistencia domiciliar especializada por incapacidad total y permanente: Cuando el asegurado sufra una incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente o una enfermedad, LA COMPAÑÍA enviará al domicilio del asegurado, un profesional en el área de la salud (enfermera profesional) que prestará los siguientes servicios:

- Administración de líquidos o medicamentos vía endovenosa
- Soporte nutricional enteral
- Manejo de Sondas y tubos de drenaje
- Terapia respiratoria, física
- Administración de Quimioterapia
- Transfusiones sanguíneas
- Curaciones
- Manejo del dolor
- Toma de laboratorio
- Glucometrías
- Aplicación de Insulina

LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios profesionales generados por dicha atención por un periodo de 6 meses, hasta un límite máximo de \$15.000.000 por evento; y el alquiler o la compra de los siguientes equipos, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 200 SMLDV:

- Bala de oxígeno
- Cama de tres planos
- Silla de ruedas
- Muletas o Caminadores
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsioxímetros, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal
- Almohadillas

Cuidados paliativos por enfermedad terminal en el domicilio: Cuando al asegurado le diagnostiquen una enfermedad grave de carácter terminal que no responda al tratamiento curativo, LA COMPAÑÍA enviará al domicilio del asegurado, un profesional en el área de la salud (enfermera profesional) que prestará los siguientes servicios:

- Aliviar el dolor y otros síntomas penosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al asegurado.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir lo más activamente que sea posible hasta el día de la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a la familia del asegurado a seguir adelante durante la enfermedad del paciente y durante su propio duelo.
- Brindar cuidados paliativos con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento con una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y demás problemas físicos.

LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios profesionales generados por dicha atención por el periodo pactado un periodo de 6 meses, hasta un límite máximo de \$15.000.000 por evento; y el alquiler o la compra de los siguientes equipos, cuando se requieran, hasta por el equivalente a 200 SMLDV:



- Bala de oxígeno
- Cama de tres planos
- Silla de ruedas
- Muletas o Caminadores
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsioxímetro, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal
- Almohadillas

Servicio de obras civiles: LA COMPAÑÍA enviará al domicilio del asegurado, previo acuerdo con el beneficiario, un técnico especializado que adelantará las labores para efectuar las modificaciones o ajustes que se requieran en el inmueble, de acuerdo con las recomendaciones del médico tratante que permitan el adecuado manejo del paciente. El límite de esta cobertura será de 60 SMLD.

1.38. Asistencia Bienestar

Ámbito Territorial para servicios virtuales – telefónicos: El derecho a los servicios virtuales o telefónicos se extiende a los usuarios que se encuentren en cualquiera de los 32 departamentos de Colombia y la cobertura dependerá del acceso a internet y señal que tengan los usuarios.

Curso Virtual de Nutrición: Cuando el USUARIO lo requiera, se brindará el servicio de manera virtual acerca un curso de nutrición que está diseñado para proporcionar conocimientos teóricos y prácticos sobre la alimentación humana, la dietética y la relación entre la nutrición y la salud. El proveedor determinará el canal virtual de prestación y el tiempo de disponibilidad de este, en el cual el usuario podrá realizar la visualización el material las veces que considere sin restricción alguna.

El usuario deberá comunicarse a la línea de asistencia #224 o al WhatsApp 3164821802 en la cual, se le brindará el enlace de la plataforma junto con las credenciales (usuario y contraseña) donde deberá ingresar para poder acceder al curso.

El material proporcionado en el curso no podrá tomarse como una guía nutricional personal o familiar y/o la atención de alguna patología.

Curso Online Manejo del Estrés: Cuando el USUARIO lo requiera, se brindará el servicio de manera virtual sobre el manejo del estrés el cual está diseñado para dotar al usuario de herramientas prácticas para identificar, gestionar y reducir la tensión física y mental, mejorando la calidad de vida. El proveedor determinará el canal virtual de prestación y el tiempo de disponibilidad de este, en el cual el usuario podrá realizar la visualización el material las veces que considere sin restricción alguna.

El usuario deberá comunicarse a la línea de asistencia #224 o al WhatsApp 3164821802 en la cual, se le brindará el enlace de la plataforma junto con las credenciales (usuario y contraseña) donde deberá ingresar para poder acceder al curso.

El material proporcionado en el curso no podrá tomarse como una guía psicológica y/o la atención de alguna patología de salud mental.

Asistencia Jurídica /Tributaria Telefónica: Cuando el USUARIO lo requiera, tendrá derecho al servicio de asesoría jurídica telefónica y tributaria cuando tenga inquietudes en las siguientes ramas del derecho: laboral, comercial, policivo, familiar, consumo, administrativo, notariado y registro civil (incluye responsabilidad civil). El servicio de consultoría se realizará sobre la información suministrada por el Usuario, este servicio sólo incluye conceptos básicos y generales. “estos conceptos No comprometen la responsabilidad de la compañía, no podrá



garantizar los resultados de las acciones que el Usuario adelante con base en el concepto brindado en el presente servicio de asistencia.

Tiempo máximo de consulta 20 minutos por medio telefónico.

Diseño Rutina de Ejercicios

Cuando el USUARIO lo requiera, se le brindará una guía diseñada con rutina de ejercicios estructurada con objetivos claros que incluya calentamiento, sesión principal y vuelta a la calma y estiramientos. Se brindará el canal virtual de prestación y el tiempo de disponibilidad de este, en el cual el usuario podrá acceder al material las veces que considere, sin restricción alguna.

El material proporcionado en el curso no podrá tomarse como una guía personalizada de ejercicio y/o la atención de alguna patología metabólica y deportiva.

Club Lectura y Manualidades

Cuando el USUARIO lo requiera, se le brindará el servicio de participar en un club de lectura y manualidades en donde tendrá un espacio creativo y social, podrá realizar actividades manuales, artísticas o creativas.

El usuario deberá comunicarse a la línea de asistencia #224 o al WhatsApp 3164821802 en la cual, se le brindará el enlace de la plataforma junto con las credenciales (usuario y contraseña) donde deberá ingresar para poder acceder al curso.

Se brindará el canal virtual de prestación y el tiempo de disponibilidad de este, en el cual el usuario podrá acceder al material las veces que considere, sin restricción alguna. No incluye los materiales que se utilicen durante el servicio.

Tabla 4

Beneficios de asistencia bienestar según tipo de plan

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida bienestar básica		
Curso virtual de nutrición	Ilimitado	
Curso online manejo del estrés	Ilimitado	
Asistencia jurídica /tributaria Telefónica	Ilimitado	SIN LIMITE

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida bienestar complementaria		
Curso virtual de nutrición		
Curso online manejo del estrés		
Asistencia jurídica /tributaria Telefónica		SIN LIMITE
Diseño rutina ejercicios		
Club lectura y manualidades		

1.39. Asistencia Salud

Ámbito Territorial para servicios virtuales – telefónicos

El derecho a los servicios virtuales o telefónicos se extiende a los usuarios que se encuentren en cualquiera de los 32 departamentos de Colombia y la cobertura dependerá del acceso a internet y señal que tengan los usuarios.

Ámbito Territorial para servicios presenciales

El derecho a los servicios señalados en el presente documento se extiende al USUARIO que se encuentren en el casco urbano con nomenclatura del siguiente ámbito territorial:



Antioquia: Bello, Envigado, Itagüí, La estrella, Medellín, Sabaneta. **Atlántico:** Barranquilla, Soledad, Malambo, Puerto Colombia. **Bogotá:** Bogotá. **Bolívar:** Cartagena, Cartagena Zona norte, Turbaco. **Boyacá:** Tunja, Duitama, Sogamoso. **Caldas:** Manizales, Villa María. **Cauca:** Popayán. **Cesar:** Valledupar. **Córdoba:** Montería. **Cundinamarca:** Soacha, Chía, Mosquera, Facatativá, Zipaquirá, Funza, Cajicá, Madrid, Cota, La Calera, Briceño, Sopó, Tenjo, Tocancipá, Soacha. **Huila:** Neiva. **Magdalena:** Santa Marta, Rodadero, Pozos Colorado. **Meta:** Villavicencio. **Nariño:** Pasto. **Norte de Santander:** Cúcuta, Los patios, Villa del Rosario. **Quindío:** Armenia, Combia, Calarcá, Circasia, Quimbaya. **Risaralda:** Pereira, Dosquebradas, Santa rosa de Cabal, Cerritos. **Santander:** Barrancabermeja, Bucaramanga, Floridablanca, Girón, Piedecuesta. **Sucre:** Sincelejo. **Tolima:** Ibagué. **Valle del cauca:** Cali, Palmira, Jamundí, Yumbo.

Siempre que: (i) existan vías transitables y carreteables; (ii) las condiciones de orden público lo permitan; y (iii) ni el lugar del servicio ni el origen/destino se ubiquen en zonas de alto riesgo (**Zonas Rojas**).

Orientación medica telefónica: En caso de que el cliente y/o beneficiarios requieran una orientación médica telefónica, se prestará el servicio de coordinación logística y monitoreo del direccionamiento de la llamada con un proveedor de la red para orientación médica telefónica las 24 horas, los 365 días del año. En la línea de asistencia, un médico le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras se hace contacto presencial profesional médico-paciente, en caso de que lo requiera.

Orientación Psicológica Telefónica: Cuando el Usuario y/o beneficiario requiera una orientación telefónica psicológica, deberá comunicarse a las líneas de atención dispuestas para que se conecte por llamada con nuestro Psicólogo, quien orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, como apoyo emocional a sus procesos, brindará orientación profesional en situaciones relacionadas con la ansiedad, pánico, estrés, mecanismos de afrontamiento, técnicas de estudio y trabajo, pautas de crianza y conflictos familiares o de pareja. El psicólogo brindará recomendaciones sobre la continuidad de un tratamiento por cuenta del Usuario o la necesidad de una intervención de alguna otra especialidad, en caso de considerarlo pertinente.

La programación de los servicios de tele orientación psicológica estarán disponibles lunes a viernes de 8:00-20:00 horas. La orientación no podrá superar los 20 minutos.

Consulta medico general virtual: En caso de que el USUARIO requiera una asesoría virtual por un médico general, se realizará la coordinación y direccionamiento de la consulta a través de videollamada con el médico. La atención médica se prestará en un máximo de 24 horas hábiles posterior a la solicitud del USUARIO, bajo cita programada de domingo a domingo de 08:00 a.m. a 08:00 p.m. Durante la prestación de esta asistencia un médico revisará el caso clínico y enviará las ordenes pertinentes para cada caso.

- EL PRESTADOR no se hará responsable de los servicios que el USUARIO haya contratado por su cuenta y riesgo.
- A través del servicio de tele consulta, el profesional podrá realizar diagnóstico, formulación y recomendaciones asociadas a medicamentos de venta libre.
- En caso de requerir imágenes diagnosticas o paraclínicos se deberá tramitar a través de su EPS o aseguramiento en salud del USUARIO.
- El USUARIO deberá contar con conexión a internet estable y un dispositivo que permita realizar la video llamada ya que, de lo contrario el USUARIO tendrá que reprogramar la atención.
- La atención se limitará de acuerdo con los alcances del servicio brindado por tele consulta, en caso de requerirse el usuario debe asistir a un servicio de urgencias o atención presencial médica.



- En caso de requerirse la atención de un adulto mayor con déficit neurológico o desconocimiento del manejo tecnológico, o de igual forma de un menor de edad este deberá contar con un acompañante que pueda garantizar la conectividad y la información médica que se requiera.
- Si el usuario no se conecta dentro de los 7 minutos del tiempo programado para la atención, se considerará como fallido el servicio.

Recordatorio de Medicamentos: Cuando el Usuario requiera el servicio de recordatorio de medicamentos, se pone a disposición expertos en servicios de orientación telefónica una vez al mes donde se realizará una sesión con el asegurado el cual, y en caso de que lo necesite, deberá estar acompañado por un cuidador para realizar el cronograma y minuta del medicamento asignado por horario. El usuario debe comunicarse con la línea de atención especificando la solicitud de la recordación para la toma del medicamento, sin que esto indique cambio del tratamiento prescrito previamente.

Consulta Médica Domiciliaria: En caso de que el USUARIO presente una condición de salud que no sea catalogada como emergencia médica, a consecuencia de enfermedad, lesión súbita o traumatismo que no requiera ser tratada en un centro asistencial y que amerite la visita presencial de un profesional médico o en red, al USUARIO se le prestará el servicio de coordinación logística y monitoreo del envío de un proveedor de la red, con el fin de asistir la comodidad de la residencia (inmueble registrado) dentro del perímetro urbano.

Para las ciudades y municipios que no se cuente con disponibilidad de red o que el servicio sea requerido a prestar en una zona de riesgo, en primera instancia se brindará manejo a través de Tele consulta.

Para cancelar la asistencia programada, el cliente debe comunicarse con la línea de atención y cancelar el servicio con 15 minutos de anticipación, de lo contrario se entenderá.

Ambulancia: En caso que el USUARIO requiera un traslado médico terrestre de emergencia a un centro hospitalario dentro del territorio Colombiano a consecuencia de lesión súbita o traumatismo que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico en ambulancia, la línea de asistencia previo criterio y autorización del médico de Call Center brindará los servicios de coordinación logística, coordinación y monitoreo hasta el arribo de unidades médicas para trasladar al usuario hasta el centro médico asistencial más cercano. No incluye segundo traslado y/o interhospitalario. Para la realización del traslado el usuario debe contar con un tutor o acompañante que facilite la información médica y el consentimiento informado para la realización propias del servicio prestado. Se enviará un transporte acorde al triage realizado por el Call Center:

- **Transporte Asistencial Medicalizada (TAM):** En situaciones de peligro inminente de muerte, las cuales requieren de desplazamiento de una unidad con paramédicos.

- **Transporte Asistencial Básico (TAB):** En situaciones que, si bien no existe peligro inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica en un centro asistencial, ya sea para calmar los síntomas o prevenir complicaciones de mayor importancia.

Consulta virtual con especialistas: En caso de que el USUARIO requiera una asesoría virtual por especialistas, EL PRESTADOR realizará la coordinación y direccionamiento de la consulta a través de videollamada con el profesional en pediatría, nutrición, psicología, dermatología.

La atención médica se prestará en un máximo de 24 horas hábiles posterior a la solicitud del USUARIO, bajo cita programada de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 06:00 p.m. Durante la prestación de esta asistencia el profesional revisará el caso clínico y enviará las ordenes pertinentes para cada caso.



- EL PRESTADOR no se hará responsable de los servicios que el USUARIO haya contratado por su cuenta y riesgo.
- A través del servicio de tele consulta, el profesional podrá realizar diagnóstico, formulación y recomendaciones asociadas a medicamentos de venta libre.
- En caso de requerir imágenes diagnosticas o paraclínicos se deberá tramitar a través de su EPS o aseguramiento en salud del USUARIO.
- El USUARIO deberá contar con conexión a internet estable y un dispositivo que permita realizar la video llamada ya que, de lo contrario el USUARIO tendrá que reprogramar la atención.
- La atención se limitará de acuerdo con los alcances del servicio brindado por tele consulta, en caso de requerirse el usuario debe asistir a un servicio de urgencias o atención presencial médica.
- En caso de requerirse la atención de un adulto mayor con déficit neurológico o desconocimiento del manejo tecnológico, o de igual forma de un menor de edad este deberá contar con un acompañante que pueda garantizar la conectividad y la información médica que se requiera.
- Si el usuario no se conecta dentro de los 7 minutos del tiempo programado para la atención, se considerará como fallido el servicio.
- Para el servicio de pediatría la edad máxima de atención será hasta los 15 años y debe estar acompañado de un tutor o adulto responsable que brinde información del estado de salud del menor.
- Para el servicio de psicología no aplica para la realización de psicoterapia individual y familiar, o la atención de enfermedades mentales con o sin tratamiento.
- Para el servicio de nutrición no incluye la atención de trastornos alimentarios, desnutrición, enfermedades de alto costo, posoperatorios de cirugía bariátrica o la recomendación de tratamientos para la pérdida de peso.
- Para el servicio de dermatología no incluye la atención de enfermedades de alto costo, tratamientos estéticos. En caso de que no sea posible valorar piel o lesiones, el usuario deberá ser atendido de manera presencial.

Terapias (Físicas / Respiratorias / Lenguaje): En caso de que el USUARIO requiera se prestará el servicio de terapias básicas físicas, respiratorias, y/o de lenguaje a domicilio, en donde requiera principalmente habilitar y rehabilitar el movimiento corporal humano, brindando a los usuarios programas de prevención y rehabilitación. Las terapias de rehabilitación física las realiza un profesional de la salud graduado en fisioterapia, terapia respiratoria, por un terapeuta de la especialidad, de lenguaje por un fonoaudiólogo o terapeuta de la especialidad.

Para el servicio de terapias físicas, respiratorias o de lenguaje a domicilio a nivel nacional, se prestará dentro del perímetro urbano, con previa presentación de orden médica e historial clínico que permita validar el estado clínico del usuario y que el servicio ha sido requerido por un profesional médico indicando que se puede realizar a domicilio.

Enfermera a Domicilio: En caso de que el USUARIO requiera compañía de asistencia IKÉ pondrá a su disposición una auxiliar de enfermería (no especialista) para la realización de curaciones básicas y/o aplicación de medicamento, si se cuenta con una orden con sello médico y vigente no mayor a 6 meses de emitida, consentimiento informado previamente firmado por parte del asegurado y/o familiar, en un horario de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm y sábados de 8:00am a 2:00pm en un turno máximo de 6 horas por evento con el fin de cubrir la necesidad básica en salud (que no requiera ser asistida en una institución médica).

Para la coordinación del servicio, es necesario que el cliente lo soliciten con 48 horas de anticipación.

La cita será confirmada hasta un máximo 12 horas posterior a la solicitud por parte del cliente. Para cancelar la asistencia programada, el USUARIO debe comunicarse a cancelar el servicio con 6 horas de anticipación, de lo contrario se entenderá consumido un evento.

- Este servicio se prestará en el inmueble registrado del USUARIO, dentro del perímetro urbano.



- Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico del Call Center.
- Cada evento corresponde a un turno máximo de 8 horas, sólo se permite un evento por día.
- Servicio aplica solo para el asegurado.

Pediatría a Domicilio: En caso de que el USUARIO requiera una asesoría médica pediátrica, para sus hijos menores de 15 años y que no requiera ser tratado en un centro asistencial, se brindará el servicio de coordinación logística y monitoreo del envío de un médico pediatra, se puede prestar por telemedicina o consulta a domicilio de acuerdo con la disponibilidad de la agenda médica para asistir al paciente en la comodidad de la residencia dentro del perímetro urbano. El servicio está sujeto a previa autorización del personal médico del call center.

Para cancelar la asistencia programada, el cliente debe comunicarse con línea de atención y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación, de lo contrario se entenderá consumido un evento.

- Para la atención del menor siempre debe estar en compañía de un adulto responsable que pueda brindar información en salud.
- El usuario debe presentar el documento de identidad para poder brindarle el servicio.

Emergencia Oftalmológica: En caso de que el USUARIO tenga una emergencia oftalmológica por trauma o accidente en donde requiera atención inmediata para evitar la pérdida permanente de la visión o daños graves en el ojo, se le brindará atención médica oftalmológica, en el centro médico que cuente con el servicio habilitado y de acuerdo con la disponibilidad de este. En dado caso no se cuente con un centro médico cercano se brindará visita por profesional médico que garantizará la estabilización del paciente mientras accede a la atención al centro médico.

El servicio está sujeto a previa autorización del personal médico del call center. El asegurado puede solicitar su asistencia a domicilio, previamente evaluada la disponibilidad de zona y de red de proveedores para ese lugar. No incluye el costo o la aplicación de medicamentos.

Tabla 5

Beneficios de asistencia salud según tipo de plan

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida salud básico		
Orientación médica telefónica	Ilimitado	1 EVENTOS
Consulta médica domiciliaria	Ilimitado	1 EVENTOS

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida salud complementario		
Orientación médica telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Orientación psicológica telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Consulta médica general virtual	Ilimitado	Ilimitado
Recordatorio de medicamentos	Ilimitado	Ilimitado
Consulta médica domiciliaria		2 EVENTOS

Descripción	Monto máx.	N° eventos
Vida salud premium		
Orientación médica telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Orientación psicológica telefónica	Ilimitado	Ilimitado
Consulta médica general virtual	Ilimitado	Ilimitado
Recordatorio de medicamentos	Ilimitado	Ilimitado
Consulta médica domiciliaria		4 eventos
Ambulancia		2 EVENTOS
Consulta virtual con especialistas		4 EVENTOS
Terapias (físicas / respiratorias / lenguaje)		2 EVENTOS C/U
Enfermera a domicilio		2 EVENTOS
Atención domiciliaria de médico general pediatría		3 EVENTOS
Emergencia Oftalmológica		1 EVENTO

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

3. Deducciones, agotamientos o reducciones de los valores asegurados

3.1. Amparo Opcional Incapacidad Total Y Permanente

La indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente no es acumulable a los amparos de muerte y de auxilio funerario, y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad la póliza termina para el asegurado incapacitado.

Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, y en virtud de él y a consecuencia de la realización del riesgo asegurado LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente.

Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, y en virtud de él y a consecuencia de la realización del riesgo asegurado LA COMPAÑÍA ha efectuado el pago del 100% del valor asegurado por desmembración, quedará terminado el amparo opcional de incapacidad total y permanente, y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de enfermedades graves, y en virtud de él y a consecuencia de la realización del riesgo asegurado LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente.

3.2. Amparo Opcional Indemnización Adicional Por Muerte Accidental Y Beneficios Por Desmembración

Si a consecuencia de un accidente hubiere lugar a pagar beneficios por desmembración, y después como consecuencia del mismo accidente falleciere el asegurado, se indemnizará la muerte accidental por la diferencia del valor asegurado.

Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de enfermedades graves, y en virtud de él y a consecuencia de un riesgo cubierto en el presente amparo LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

3.3. Amparo Opcional Enfermedades Graves

La indemnización por enfermedad grave no es acumulable al amparo básico de muerte; por lo tanto, una vez pagada la indemnización bajo el presente amparo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de muerte.

Si la póliza a la cual accede este amparo contiene además el amparo opcional de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, y en virtud de él y a consecuencia de un riesgo cubierto en el presente amparo LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

4. Edades

Edades de ingreso, máxima y permanencia del amparo Básico de muerte, Bono canasta por fallecimiento del asegurado, Amparo auxilio funerario, Auxilio de Repatriación, Auxilio de Traslado del Cadáver y Auxilio educativo por fallecimiento



PARENTESCO	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
Asegurado Principal, Cónyuge, Progenitor	17 años	69 años + 364 días	71 años + 364 días
Hijos y Hermanos	12 años	25 años + 364 días	30 años + 364 días

Edades de ingreso, máxima y permanencia del amparo opcional de Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad Renta mensual para Gastos del hogar por fallecimiento Gastos por acondicionamiento del vehículo por Incapacidad Total y Permanente Gastos por remodelación por Incapacidad Total y Permanente

PARENTESCO	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
Asegurado Principal, Cónyuge, Progenitor	17 años	64 años + 364 días	65 años + 364 días
Hijos y Hermanos	12 años	25 años + 364 días	30 años + 364 días

Edades de ingreso, máxima y permanencia del amparo opcional Indemnización Adicional por Muerte Accidental o Desmembración

PARENTESCO	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
Asegurado Principal, Cónyuge, Progenitor	17 años	64 años + 364 días	69 años + 364 días
Hijos y Hermanos	12 años	25 años + 364 días	30 años + 364 días

Edades de ingreso, máxima y permanencia del amparo opcional Enfermedades Graves, Rentas diarias por hospitalización por accidente o enfermedad, Renta diaria por hospitalización en unidad de cuidados intensivos, Renta diaria Post Hospitalaria, Cirugía ambulatoria, Auxilio por maternidad y Auxilio Paternidad.

PARENTESCO	INGRESO		PERMANENCIA
	MÍNIMA	MÁXIMA	
Asegurado Principal, Cónyuge, Progenitor	17 años	59 años + 364 días	64 años + 364 días
Hijos y Hermanos	12 años	25 años + 364 días	30 años + 364 días

Nota: La dirección de Vida Grupo, para cualquier producto puede modificar las edades de ingreso, máxima y permanencia de asegurados de acuerdo con el criterio técnico en la suscripción o renovación de cada negocio.

5. Vigencia de la póliza

La vigencia de esta póliza es anual y se informa en la caratula o certificado individual. La renovación de esta se sujetará a lo previsto en la condición decimoquinta “terminación del seguro” de estas condiciones generales. No obstante, la vigencia establecida en la carátula de póliza, la misma podrá terminarse con anterioridad a la fecha establecida, de acuerdo con las condiciones decimoprimer “pago de primas” y decimotercera “revocación del contrato” de las presentes condiciones generales.

6. Modalidades

Esta póliza tiene las siguientes modalidades de seguro:

Contributiva: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los integrantes del grupo asegurado.

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

No contributiva: Cuando la totalidad de la prima sea sufragada por el tomador del seguro

7. Aviso de modificaciones y aceptación de amparos

El tomador deberá dar aviso de cualquier modificación de su objeto social, o de cualquier cambio que registre el grupo asegurado debido a ingresos o retiros de personas, o modificaciones de valores asegurados, si lo desea en los formularios que se suministren para tal fin. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no solicitudes o inclusión de amparos, y de exigir los exámenes o informes de asegurabilidad que estime necesarios. El amparo solo operará desde cuándo LA COMPAÑÍA dé su aceptación por escrito, para lo cual ésta tendrá un plazo de TREINTA (30) días calendario, vencido el cual, sin que se haya pronunciado, se entenderá no aceptada la solicitud.

El grupo familiar asegurado no podrá modificarse durante el transcurso de una vigencia anual. Sólo se considerarán DOS (2) situaciones para incluir un nuevo asegurado al grupo familiar inicialmente definido, y se requerirá la previa aceptación de LA COMPAÑÍA:

Cuando cambie el estado civil del asegurado principal, o en aquel caso en que este acredite la existencia de unión marital de hecho, siempre y cuando se reporte dentro de los TREINTA (30) días siguientes a la fecha del cambio.

Cuando el hijo que se desea asegurar cumpla la edad mínima requerida para ingresar a la póliza (12 años).

8. Valores asegurados

El valor asegurado es aquel establecido en la carátula o certificado de la póliza. Este valor asegurado se incrementará al inicio de cada año de vigencia de la póliza en un 10% o de común acuerdo con el tomador.

El valor del seguro será el acordado y aceptado expresamente por LA COMPAÑÍA en la Póliza, sus amparos o renovaciones.

9. Pagos de Primas

LA COMPAÑÍA otorgará un plazo de SESENTA (60) días comunes contados a partir de la fecha de inicio de vigencia para el pago de las primas. Vencido el plazo, el no pago de las primas correspondientes producirá la terminación del contrato, causando los efectos previstos por la ley.

De conformidad con el artículo 1068 del código de comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o documentos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a LA COMPAÑÍA para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del presente contrato de seguro.

En el caso de fraccionamiento de la prima, LA COMPAÑÍA concede un plazo de gracia de TREINTA (30) días calendario. Durante dicho plazo el seguro se considerará en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

La prima deberá pagarse completa según lo pactado en la carátula de la póliza, sus documentos, o certificados.



10. Fraccionamiento de primas en pólizas de vigencia anual

Las primas son anuales, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales, o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.
Lo anterior, de acuerdo con lo previsto en la carátula de la póliza.

11. Revocación del contrato

El contrato de seguro, exceptuando lo relacionado con las coberturas básicas de los productos de vida podrá ser revocado unilateralmente por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de DIEZ (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a LA COMPAÑÍA.

La revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, es decir, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

PARÁGRAFO: Será un pago de lo no debido, el pago que se efectúe por concepto de primas para un período posterior a la fecha en que opera la revocación de la póliza, razón por la cual la única obligación de LA COMPAÑÍA será la devolución de dichos montos.

12. Declaración inexacta o reticente

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del mismo.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual (artículo 1158, Código de Comercio).

Aunque LA COMPAÑÍA prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 del Código de Comercio, ni de las sanciones a las que su infracción dé lugar.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a solicitar la información médica requerida del asegurado con el fin de verificar las declaraciones presentadas.



13. Terminación del seguro

El Seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza, termina por las siguientes causas:

- A) A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- B) Cuando se revoque por escrito el contrato de Seguro, según lo previsto en la condición decimotercera de las presentes condiciones generales.
- C) Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia.
- D) Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo de asegurados principales sea inferior al mínimo estipulado en el manual de suscripción por cada producto.
- E) Cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurable.
- F) Cuando LA COMPAÑÍA pague la indemnización por el amparo básico o incapacidad total y permanente.
- G) Al vencimiento de la anualidad más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de permanencia estipulada.
- H) En todos los demás casos establecidos en las presentes condiciones generales.

14. Renovación

La presente Póliza es de renovación a voluntad de las partes contratantes

15. Requisitos de asegurabilidad

Todo solicitante de seguro debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que señale LA COMPAÑÍA según los parámetros técnicos establecidos en las condiciones particulares de las pólizas.

16. Beneficiarios

Para los Amparos de Muerte, Renta para Libre Destinación en caso de Fallecimiento y Auxilio Funerario:

Todos los asegurados podrán designar libremente sus beneficiarios; en caso de no hacerlo o quedar la designación sin efecto por cualquier causa, los beneficiarios serán los de ley. El asegurado puede en cualquier tiempo cambiar los beneficiarios mediante solicitud escrita a LA COMPAÑÍA. La solicitud del cambio no requiere el consentimiento del beneficiario anterior, salvo en los casos de beneficiarios a título oneroso.

Para los Amparos de Incapacidad Total y Permanente, Desmembración Accidental, Renta para Libre Destinación en caso de Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves y Renta Diaria por Hospitalización: Es la misma persona asegurada quien adquiere el derecho a ser beneficiario de estos amparos.

17. Convertibilidad

Los asegurados menores de 60 años de edad y exista terminación de la relación del asegurado con el Tomador; si el Tomador revoca la póliza, o si el grupo asegurado es disuelto, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, solo en la cobertura básica de muerte, sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de Seguro de

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

Vida Individual de los que estén autorizados en La Compañía, u otra Compañía de Seguros con la cual tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando se haya solicitado la convertibilidad dentro de los treinta días (30) después de la desvinculación de la póliza de seguro de Vida Grupo. La póliza de Seguro de Vida Individual será emitida de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y considerando la edad alcanzada por el asegurado. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos no-estándar, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra prima que corresponda al seguro de vida individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar su convertibilidad a la póliza individual, conforme con lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que en ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima o no), sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza.

18. Aviso de Siniestros

El tomador, el asegurado o los beneficiarios deberán avisar a LA COMPAÑÍA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos que se establecen de esta póliza, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a la fecha en que se hayan conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

19. Modificaciones

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales legalmente establecidas para la Póliza, que representen un beneficio en favor del asegurado, tales modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la Póliza.

20. Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Se exceptúa de lo anterior el aviso del siniestro, de conformidad con el artículo 1075 del Código del Comercio.

21. Prescripción

La prescripción de las acciones derivadas de la presente Póliza se regirá de conformidad con los términos consagrados en el artículo 1081 del Código de Comercio.

22. Domicilio

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la Póliza como lugar de expedición.

23. Normas Regulatorias

Lo no previsto en las condiciones generales o particulares se regirá por las disposiciones contempladas en el código de comercio.



24. Definiciones

Tomador: Es la persona jurídica que obrando por cuenta ajena traslada los riesgos para asegurar un número determinado de personas y que es responsable del pago de las primas.

Grupo asegurable: Es aquel que esté conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.

Este grupo, cualquiera que sea la modalidad de seguro contratado.

Son asegurables también en esta póliza los integrantes del grupo familiar del Asegurado Principal, de acuerdo con las condiciones generales y particulares de la presente póliza.

Asegurado principal: Es la persona natural, miembro del grupo asegurable, cuya integridad corporal se asegura conforme a las condiciones generales y particulares de la presente póliza.

En los casos en que el Asegurado Principal tiene contrato de trabajo con el Tomador de la póliza, y este contrato termine por cualquier causa, el Asegurado Principal y su Grupo Familiar perderán la calidad de Asegurados en la póliza de forma automática, sin necesidad de notificación alguna.

Grupo familiar asegurado: Lo componen las personas aseguradas, que reúnan las condiciones de estado de salud, edad y parentesco con el Asegurado Principal, y que estén expresamente designadas en cada Solicitud Certificado.

Composición del Grupo Familiar Asegurado

- Asegurado Principal
- Cónyuge o compañero (a) permanente
- Hijos
- Hermanos
- Padres

Accidente: Se entiende por accidente todo suceso externo, violento, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause lesiones o muerte.

25. Procedimiento en caso de siniestro

Para El Amparo Básico De Muerte

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que esté obligada dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la presentación de documentos tales como:

En caso de Muerte Natural:

- A. Registro Civil de Defunción.
- B. Documento de identidad del asegurado fallecido.
- C. Registro civil de nacimiento del asegurado cuando el asegurado es menor de edad.

Clausulado No.
14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:
14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

D. Historia clínica completa desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de la muerte, hasta la fecha de atención del fallecimiento o

E. Acta de levantamiento de cadáver o certificación expedida por la fiscalía.

F. Declaración de asegurabilidad en caso de beneficiarios designados

G. Documento de identidad del (de los) beneficiario(s) de ley.

H. Declaración de extrajuicio de (2) dos familiares (no reclamantes) ante notario, en el cual se manifieste:

Estado civil. Si el fallecido era casado: mencionar nombre completo del esposo/a y/o compañero/a permanente, número total de hijos que tenía (matrimoniales, extramatrimoniales y/o adoptivos). Si el fallecido era soltero sin hijos: nombres completos de los padres. Si el fallecido era soltero, sin hijos y sin padres: nombres completos de los hermanos/as. En caso de beneficiarios fallecidos mencionarlo en la declaración y declarar si existen o no otros beneficiarios del seguro además de los mencionados.

Indicar el número de documento de identificación de cada una de las personas relacionadas en la declaración de extrajuicio solicitada.

I. Los documentos que legalmente sean necesarios para acreditar la condición o legitimidad del (de los) beneficiario (s) de ley de la póliza.

J. Certificación cuenta bancaria.

Los documentos que legalmente sean necesarios para acreditar la calidad de beneficiario.

En caso de Muerte Accidental o Violenta:

Adicional a los documentos anteriores:

A. Copia de la Cédula del asegurado.

B. Acta de levantamiento de cadáver o certificación expedida por la fiscalía.

C. Historia clínica completa de las atenciones recibidas por el evento por cual reclama.

D. Certificación cuenta bancaria.

26. Procedimiento en caso de siniestro de los amparos opcionales

Para El Amparo Opcional Incapacidad Total Y Permanente

El Asegurado presentará pruebas fehacientes y suficientes que determinen la existencia de la Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo con el alcance de la cobertura de este amparo, tales como:

A. Copia de la Cédula del asegurado.

B. Dictamen de calificación de la pérdida de capacidad laboral emitido por EPS, AFP o ARL, según su tipo de afiliación.

C. Historia clínica completa de las patologías motivos de calificación desde la fecha de diagnóstico hasta la actualidad.

D. Certificación cuenta bancaria.

Para El Amparo Opcional Enfermedades Graves

A. Copia de la Cédula del asegurado.

B. Historia clínica completa de la enfermedad grave por la cual reclama desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad, donde se incluyan conceptos por médico especialista, exámenes diagnósticos, en caso de cáncer estudio patológico.

C. Certificación cuenta bancaria.

Para El Amparo Opcional Renta Diaria Por Hospitalización

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

A. Copia de la cédula del asegurado.

B. Historia clínica completa o epicrisis de la hospitalización por la cual reclama, en donde se indique claramente fecha de ingreso, egreso de la hospitalización, diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad por la cual fue hospitalizado.

C. Certificación cuenta bancaria.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de LA COMPAÑÍA para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la Ley.

Amparo Opcional Renta Diaria Por Hospitalización En Unidad De Cuidados Intensivos

Los mismos documentos para el amparo opcional de renta diaria por hospitalización.

Amparo Opcional Renta Diaria Por Incapacidad Domiciliaria Post-Hospitalaria

A. Copia de la Cédula del asegurado.

B. Incapacidad médica.

C. Historia clínica completa o epicrisis de la hospitalización por la cual reclama, en donde se indique claramente fecha de ingreso, egreso de la hospitalización, diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad por la cual fue hospitalizado.

D. Certificación cuenta bancaria.

Amparo Opcional Renta Diaria Por Hospitalización E Incapacidad Domiciliaria Post-Hospitalaria

Los mismos documentos para el amparo opcional de renta diaria por hospitalización y renta diaria por incapacidad post-hospitalaria.

Asistencia Opcional De Repatriación O Expatriación

Con este amparo, se pretende prestar un servicio en el exterior o en Colombia y su traslado hacia la ciudad o país de nacimiento o domicilio de un asegurado fallecido.

La definición de esta cobertura aparece en la cláusula décima novena de estas condiciones.

Amparo Opcional Renta Por 12 Meses Para Libre Destinación En Caso De Fallecimiento Del Asegurado

Los mismos documentos para el amparo básico de muerte.

Amparo Opcional Renta Por 12 Meses Para Libre Destinación En Caso De Incapacidad Total Y Permanente Del Asegurado

Los mismos documentos para el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

Amparo Opcional Auxilio Funerario

Los mismos documentos para el amparo básico de muerte.

27. Exámenes Médicos

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo los amparos de Incapacidad Total y Permanente, Desmembración, Enfermedades Graves o Renta Diaria por Hospitalización.

28. Pérdida Del Derecho A La Indemnización

El Beneficiario en su caso quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieron o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

Clausulado No.

14/08/2026-1333-P-34-SGEMPRESARIAL005- D001

Nota técnica:

14/08/2026-1333-NT-P-34-HDIG130110220000.



Para obtener más información sobre HDI Seguros, nuestros productos y servicios ingresa a www.hdiseguros.com.co

29. Olvido Oncológico

Derecho al olvido oncológico: No está obligado a declarar el estado del riesgo los tomadores o asegurados que hayan padecido y superado la enfermedad de cáncer si han transcurrido CUATRO (4) años desde la finalización de tratamiento con curación total y sin recaídas ni reincidencias, o DOS (2) años si el diagnóstico se realizó siendo menor de edad. Para efectos de acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 2475 de 2025, la aseguradora podrá solicitar durante el proceso de asegurabilidad una certificación médica que incluya como mínimo: Identificación del paciente, diagnóstico oncológico (tipo y estadio), tratamientos recibidos, fecha de finalización del tratamiento activo, estado actual de la enfermedad (remisión completa o ausencia de evidencia de enfermedad), tiempo libre de enfermedad, constancia de ausencia de recaída, identificación, firma y registro del médico especialista tratante.

30. Formulario De Conocimiento Del Cliente Sistema Integral Para La Prevención De Lavado De Activos Superintendencia Financiera

El tomador y/o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente, de conformidad con lo previsto en las disposiciones legales vigentes y en particular con lo dispuesto en la Parte I del Título IV, Capítulo IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta a el tomador/asegurado, este deberá informar tal circunstancia a LA COMPAÑÍA, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.

31. Cláusula de Trato Justo

La compañía se compromete a tratar a todos los clientes con equidad, respeto y transparencia en todas las etapas de la relación contractual y los clientes tienen derecho a recibir un trato justo.

La compañía proporcionará información clara, precisa y comprensible sobre los términos y condiciones de la póliza, las coberturas y las exclusiones, acorde a las disposiciones legales.

Todas las reclamaciones serán gestionadas de manera eficiente, imparcial y dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

32. Protección de Datos

La compañía de seguros garantizará la protección de los datos personales de los clientes, cumpliendo con las leyes y regulaciones aplicables en materia de protección de datos y nuestra política de tratamiento de datos que se encuentra disponible en nuestra página web.

