

HDI
SEGUROS

Antes  **Liberty**
Seguros

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

Versión / agosto 2024

Póliza de Seguro de Salud

Eventos Críticos Plan Nacional

Consulta el siguiente clausulado
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0

Permanece siempre en contacto



Línea USC

Línea Unidad Servicio al Cliente

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

Desde el celular: #224

Bogotá: 307 70 50

Línea nacional:

01 8000 113 390



Línea #224

Línea Asistencia Liberty

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

Desde el celular: #224

Bogotá: 644 53 10

Línea nacional:

01 8000 117 224

Póliza de Seguro de Salud Eventos Críticos Plan Nacional

Condiciones Generales

AMPAROS

1. AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

COBERTURAS

- A. GASTOS POR TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO O AMBULATORIO
- B. HONORARIOS MÉDICOS
- C. GASTOS POR TRASPLANTE DE ORGANOS
- D. GASTOS DE TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL
- E. GASTOS DE ESTADÍA DEL ASEGURADO O UN ACOMPAÑANTE.
- F. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE LOS ANTERIORES CONCEPTOS Y EL ALCANCE DE LOS MISMOS APARECEN EN LA SEGUNDA CLAUSULA.

CLÁUSULA PRIMERA

EXCLUSIONES

ESTA POLIZA NO CUBRE LOS GASTOS EN QUE SE INCURRA CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES QUE TENGAN ORIGEN O ESTEN RELACIONADAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. PATOLOGÍAS O AFECCIONES PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO, SEAN ESTAS AGUDAS O CRÓNICAS.

CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE, QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.

2. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y, ASONADA - DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO. CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.
3. LAS LESIONES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR: TERREMOTO, TEMBLOR DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO, CICLÓN U OTRA CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA O PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA.

4. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.
5. EL CÁNCER IN-SITU DEL CUELLO UTERINO, EL CÁNCER DE LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. NO SE CUBREN TUMORES EN PRESENCIA DE UN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA.
6. ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS QUE NO REQUIERAN DE CIRUGÍA.
7. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS A SI MISMO POR EL ASEGURADO O POR UN TERCERO, CON SU CONSENTIMIENTO.
8. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
9. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR VENENOS, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
10. LAS ENFERMEDADES RESULTADO DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO QUE NO ESTE CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA.
11. LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES CONGÉNITAS, MANIFIESTAS O NO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO.
12. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS DE TIPO OPTATIVO, O DE TIPO EXPERIMENTAL.
13. LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS ANTES DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, O DURANTE EL PERÍODO DE CARENANCIA.
14. LOS SERVICIOS DE CUALQUIER TIPO SUMINISTRADOS POR UN PARIENTE CERCANO.
15. LOS TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA SECUNDARIA AL, U ORIGINADA POR EL SIDA, O POR CUALQUIER TRATAMIENTO PROPORCIONADO EN RAZÓN DEL SIDA, INCLUYENDO LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO SARCOMA DE KAPOSÍ.
16. LOS TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE DESÓRDENES MENTALES, EMOCIONALES O NERVIOSOS, ALCOHOLISMO, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS O SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES.

17. AQUELLOS CARGOS QUE EXCEDAN LOS GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS; O QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS, O LOS CUALES NO HUBIESEN SIDO SUMINISTRADOS DE NO EXISTIR EL SEGURO.
18. LOS GASTOS INCURRIDOS EN MEDICINAS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADAS POR EL MÉDICO TRATANTE.
19. LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA COMPRA O RENTA DE SILLAS DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES, Y CUALQUIER OTRO TIPO DE ARTÍCULOS O EQUIPOS SIMILARES, SALVO CUANDO SEAN REQUERIDOS POR UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, LA CUAL DEBE SER CALIFICADA COMO TAL POR LA JUNTA NACIONAL O REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.
20. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.
21. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA, AÚN CUANDO LA LESIÓN O LA DEFORMACIÓN QUE REQUIERE DICHO TRATAMIENTO O CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA HAYA SIDO ORIGINADA POR UN EVENTO CUBIERTO POR ESTE SEGURO, SE EXCEPTÚA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO RESULTADO DEL CÁNCER Y LA ORIGINADA POR UN POLITRAUMATISMO.
22. LOS HONORARIOS PROFESIONALES O GASTOS PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGÉTICA, DE HOMEOPATÍA Y CUALQUIER OTRA CLASE DE MEDICINA ALTERNATIVA, NO RECONOCIDA POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA.
23. EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EDADES DE INGRESO O, POR HABERSE CUMPLIDO LA EDAD DE PERMANENCIA.
24. LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR ATENCIÓN MÉDICA O TRATAMIENTO EN EL EXTERIOR.
25. IMPUESTOS, GASTOS DE COBRANZA, MICROFILM, HISTORIAS CLÍNICAS Y OTROS COSTOS NO DEFINIDOS NI RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA.
26. LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO QUE AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN ALCANZA LA EDAD DE 70 AÑOS.
27. EL TRASPLANTE DE CUALQUIER ÓRGANO DIFERENTE A AQUELLOS ENUMERADOS EN EL AMPARO BÁSICO.
28. TODOS AQUELLOS GASTOS EN QUE SE INCURRA POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE LA COMPAÑÍA O SUS PROFESIONALES ADSCRITOS. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE REEMBOLSAR LOS SERVICIOS CONTRATADOS A LAS TARIFAS DE LA COMPAÑÍA.
29. LOS GASTOS QUE SE GENEREN FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
30. CLÁUSULA DE LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SANCIONES. 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. 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.
31. ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO. 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.
32. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. 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. 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.

CLÁUSULA SEGUNDA

AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SI CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA REQUIERE DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR ORDEN MÉDICA SER HOSPITALIZADA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA EN VIRTUD DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS, O REQUIERE DE TRATAMIENTO NO HOSPITALARIO, **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA)** INDEMNIZARÁ LOS VALORES QUE CORRESPONDA CON SUJECION A LOS VALORES ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y TODAS LAS ESTIPULACIONES DE LA PRESENTE POLIZA, LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EL TRATAMIENTO O LA CIRUGÍA SEA PRESTADA EN LA RED CONTRATADA POR LA COMPAÑÍA PARA TAL EFECTO.

LOS EVENTOS AMPARADOS BAJO EL PRESENTE SEGURO SON:

- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, INCLUYENDO ACCIDENTES CEREBROVASCULARES.
- CIRUGÍA CARDÍACA Y ANGIOPLASTIA.
- TRATAMIENTO DEL CÁNCER, INCLUYENDO QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.
- TRASPLANTE DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: CORAZÓN, PULMÓN, PÁNCREAS, RIÑÓN, HÍGADO Y MÉDULA ÓSEA.
- TRATAMIENTO POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
- TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR, COMÚNMENTE DENOMINADO POLITRAUMATISMO. EL TRATAMIENTO INCLUYE LA REHABILITACIÓN.

ADICIONALMENTE, EN VIRTUD DE LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- GASTOS DE TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL.
- GASTOS DE ESTADIA DEL ASEGURADO Y UN ACOMPAÑANTE.
- EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS.

LA DEFINICIÓN DE LOS ANTERIORES EVENTOS, CONCEPTOS Y GASTOS DE EXONERACIÓN TIENEN EL SIGNIFICADO Y ALCANCE MENCIONADOS EN LA CLÁUSULA QUINTA Y CLÁUSULA SEXTA DE ESTAS CONDICIONES GENERALES.

COBERTURAS

Para los efectos de esta póliza, estarán cubiertos los conceptos descritos a continuación, incurridos por una persona asegurada durante el período de vigencia de esta póliza, por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios y prestados dentro del territorio nacional, incurridos como resultado de, o en relación con los eventos amparados:

A. GASTOS POR TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO O AMBULATORIO

1. Los facturados por un hospital o centro de trasplante, por concepto de:
 - a. Habitación, comidas y servicios generales de enfermería, servicios especiales de enfermería sujetos a orden médica, durante la permanencia en una habitación semiprivada, sala o pabellón, o unidad de cuidados intensivos.
 - b. Otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados por un pariente cercano acompañante o asistente, incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital).
2. Por centro de cirugía ambulatoria o independiente (pero solamente si el tratamiento, cirugía, servicio o suministro hubiese estado cubierto bajo esta póliza de haber sido proporcionado en un hospital).
3. Drogas y medicinas para cuya obtención se requiera una receta o prescripción médica.

B. HONORARIOS MÉDICOS

Los honorarios médicos facturados:

1. Por un médico por concepto de tratamiento, cuidados médicos, o cirugía. En el caso de extirpación de cáncer de la piel, por cualquier método. No se indemnizarán los beneficios contenidos en la presente póliza si no se adjunta a la factura o cuenta del médico que diagnosticó o removió la lesión, una copia de reporte patológico en el que se confirme la naturaleza cancerosa de dicha lesión.
2. Por visitas médicas efectuadas a una persona asegurada mientras se encuentre recluida en un hospital o centro de trasplante.
3. Por concepto de los siguientes servicios, tratamiento o suministros médicos y quirúrgicos:
 - a. Honorarios por anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional que no sea empleado del hospital o centro de trasplante.
 - b. Análisis de laboratorio y patología, exámenes de rayos X con fines diagnósticos, terapia de rayos X, Isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiogramas, mielogramas, electroencefalografía, angiografías, tomografías computarizadas y otras pruebas y tratamiento similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido solicitados por el médico tratante y administrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
 - c. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 - d. Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
4. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento objeto de cobertura.

C. GASTOS POR TRASPLANTE DE ORGANOS

1. Por servicios prestados durante el proceso de adquisición de órganos o tejidos obtenidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o un trasplante de tejido. Gastos cubiertos incluyen la remoción, preservación y transporte de un órgano o de tejido que se intenta trasplantar a una persona asegurada.
2. Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o de tejido de un receptor, incurridos por:
 - a. Investigación de donantes potenciales.
 - b. Servicios prestados al donante en un hospital, o centro de trasplante, por concepto de habitación semiprivada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, y usos de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar).
 - c. Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejidos del donante, que se intenta trasplantar a la persona asegurada.
3. Por servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido practicado a una persona asegurada. LA COMPAÑÍA pagará solamente por los gastos en que se incurran a partir de la fecha en la que se origina el primer gasto cubierto por concepto de dicho cultivo.

D. GASTOS DE TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL.

En caso del diagnóstico positivo de una de las enfermedades objeto de este seguro y su posterior tratamiento en un lugar diferente al sitio habitual de residencia del asegurado, LA COMPAÑÍA reconocerá dos (2) tiquetes aéreos en vuelo comercial o dos tiquetes terrestres ida y vuelta para el asegurado y un acompañante mayor de 18 años. Este beneficio se otorgará una sola vez por vigencia anual. LA COMPAÑÍA reembolsará los mismos a costos de agencia de viaje y en tarifa de clase diferente a la ejecutiva.

Este gasto no sirve para acreditar el deducible de la póliza. Este concepto no está sujeto a deducible.

E. GASTOS DE ESTADÍA DEL ASEGURADO O UN ACOMPAÑANTE.

En caso del tratamiento de un evento amparado por el seguro al que hace referencia esta condiciones, en un lugar diferente al sitio habitual de residencia del asegurado, LA COMPAÑÍA reconocerá para gastos diarios del asegurado o su acompañante, mayor de 18 años, la suma de 28 SMDLV. El número máximo de días de estancia a reconocer será de 25. En todo caso el asegurado o acompañante deberá demostrar y soportar dichos gastos con facturas originales de Hotel, transporte o alimentación.

Este gasto no sirve para acreditar el deducible de la póliza. Este concepto no está sujeto a deducible.

F. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, LA COMPAÑÍA exonerará del pago de primas a los demás asegurados en la póliza, por el resto de la vigencia pendiente por causarse, incluyendo las primas correspondientes a la renovación de la vigencia siguiente.

En caso de que la prima haya sido pagada en su totalidad, la devolución de primas a que haya lugar por la exoneración, se abonarán a la renovación de la vigencia subsiguiente al fallecimiento del asegurado principal, según la proporción que corresponda.

CLAUSULA TERCERA

LIMITACIONES

1. PERÍODO DE CARENCIA

Se entiende como tal, el lapso de 24 meses durante el cual el evento o concepto amparado no tiene cobertura, si el mismo se presenta o se manifiesta por primera vez dentro de los sesenta (60) días siguientes contados a partir de la fecha de ingreso (inicio de vigencia del seguro) de cada uno de los asegurados.

Los 24 meses se cuentan a partir de la fecha de entrada en vigencia el seguro para cada asegurado, siempre que la póliza este vigente y, obviamente, continuidad de seguro, es decir, que no se haya presentado interrupción de la vigencia de la cobertura por cada asegurado.

Pasados los 24 meses, se indemnizarán los gastos incurridos por los eventos y conceptos amparados en la presente póliza.

2. AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO

LA PERSONA ASEGURADA ESTA OBLIGADA A OBTENER UNA AUTORIZACION PREVIA DE LA COMPAÑÍA, EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA QUE SE REQUIERAN COMO RESULTADO DE, O EN RELACIÓN CON CUALQUIERA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS O CONCEPTOS CUBIERTOS. PARA OBTENER LA AUTORIZACION PREVIA, LA PERSONA ASEGURADA O CUALQUIER OTRA PERSONA ACTUANDO EN NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA, DEBERÁ PONERSE EN CONTACTO CON LA COMPAÑÍA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PERO POR LO MENOS CON 10 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE ADMISIÓN A UN HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE, O A LA FECHA SEÑALADA PARA EFECTUAR UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. EN AQUELLOS CASOS DE URGENCIA SE TENDRÁ UN PLAZO DE DOS (2) DÍAS HÁBILES LUEGO DE OCURRIDA LA HOSPITALIZACIÓN, O INICIADA LA ATENCIÓN O TRATAMIENTO, PARA SOLICITAR LA AUTORIZACION.

LA NO SOLICITUD DE LA AUTORIZACION DENTRO DE LOS PLAZOS ANTES MENCIONADOS, CONLLEVA A QUE LA COMPAÑÍA SOLO REEMBOLSE HASTA EL 50% DE LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE EL SERVICIO HAYA SIDO PRESTADO DENTRO DE LA RED CONTRATADA POR LA COMPAÑÍA.

EL PROPÓSITO DEL AVISO PREVIO ES EL DE OBTENER:

LA AUTORIZACION EN RELACIÓN CON EL INGRESO EN UN HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE. SI DESPUÉS DE LA CERTIFICACIÓN PREVIA INICIAL FUERAN NECESARIOS DÍAS ADICIONALES DE HOSPITALIZACIÓN, EL ASEGURADO, O ALGUIEN EN SU REPRESENTACION

DEBERÁ COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA ANTES DE HABER TRANSCURRIDO EL ÚLTIMO DE LOS DÍAS ORIGINALMENTE AUTORIZADOS.

EN EL PROCESO DE LA AUTORIZACIÓN, LA COMPAÑÍA O EL ASEGURADO TENDRÁN LA FACULTAD DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. EN EL CASO DE DIFERIR DICHA SEGUNDA OPINIÓN DE LA OPINIÓN ORIGINAL OBTENIDA DEL MÉDICO QUE RECOMENDÓ LA CIRUGÍA O TRATAMIENTO MÉDICO, LA COMPAÑÍA O LA PERSONA ASEGURADA PODRÁN RECURRIR A UNA TERCERA OPINIÓN MÉDICA, SIEMPRE QUE DICHA TERCERA OPINIÓN SE OBTenga DE UN MÉDICO QUE SEA RECONOCIDO O ACEPTADO POR LA COMPAÑÍA. LOS GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS INCURRIDOS POR UNA SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN QUIRÚRGICA CORRERÁN POR CUENTA DE LA COMPAÑÍA. SI UNA PERSONA ASEGURADA SATISFACE LOS REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN TAL COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LOS BENEFICIOS CORRESPONDIENTES A LOS GASTOS CUBIERTOS INCURRIDOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA Y EN ESTA SECCIÓN.

MEDIANTE LAS AUTORIZACIONES DE SERVICIO PARA TRATAMIENTO HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS EN LA RED DE PROVEEDORES, EL ASEGURADO TENDRÁ COBERTURA AL 100%, MENOS EL VALOR DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

CLÁUSULA CUARTA

QUIENES SE PUEDEN ASEGURAR

1. ASEGURADO PRINCIPAL

Es la persona que cuenta con menos de 60 años de edad en el momento de diligenciar la solicitud, pero con más de nueve (9) días de nacido. Puede asegurarse individualmente o con cualquier "persona asegurable" de acuerdo con la definición que se da a continuación.

PERSONAS ASEGURABLES

Son las personas mayores de nueve (9) días y menores de 60 años de edad, que a consideración de LA COMPAÑÍA, previa solicitud del asegurado principal y, previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables.

2. EDAD DE PERMANENCIA:

La edad de permanencia de los asegurados en este seguro, será hasta los 70 años, por lo que el seguro cesará al fin de la vigencia en la cual se alcance dicha edad.

CLÁUSULA QUINTA

DEFINICIONES

1. TOMADOR

Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato.

2. BENEFICIOS

Son todas las sumas pagaderas por LA COMPAÑÍA a título de indemnización de acuerdo con las condiciones del presente Contrato.

3. ASEGURADOS

Personas que aparecen relacionadas en cada uno de los

certificados individuales expedidos en aplicación a la póliza de seguro citada en la parte superior de este clausulado, y que deben ser domiciliados en Colombia.

4. VALOR ASEGURADO

Suma descrita en la carátula de la póliza, que delimita la responsabilidad de LA COMPAÑÍA.

5. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Establecimiento de la red de la compañía que reúne las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

6. MÉDICOS

Persona adscrita a la red de la compañía legalmente autorizada para ejercer la práctica de su profesión y para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

7. RED DE SERVICIOS

Grupo de Instituciones Hospitalarias y Médicos adscritos a la compañía, legalmente autorizados para prestar servicios inherentes a la salud.

8. DEDUCIBLE

Suma a cargo del asegurado que invariablemente será descontada del valor de cada indemnización, cuyo monto aparece relacionado en la carátula del contrato de seguro.

El deducible será cubierto por el asegurado:

a. Con recursos propios.

b. Los gastos, que para la atención del evento amparado, se hayan incurrido a través del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) o de cualquier Medicina Prepagada o Póliza de Hospitalización y Cirugía.

9. CÁNCER

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.

10. QUIMIOTERAPIA

Significa el uso de agentes químicos prescrito por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

11. ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S)

Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el sistema nervioso. No se considerará enfermedad neurológica, para los efectos de esta póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria el sistema nervioso central, o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

12. NEUROCIRUGÍA

Intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

13. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

Suspensión brusca y violenta de origen vascular de

las funciones cerebrales fundamentales, que produce deficiencias neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

14. ENFERMEDADES CEREBRALES (TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES)

Afección originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

15. INFARTO AL MIOCARDIO

Afección que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a. Una hospitalización debida a un dolor agudo del pecho sugerente de un infarto al miocardio, y
- b. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

16. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS

Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass.

17. ANGIOPLASTIA

Intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter, o cualquier otro procedimiento equivalente que lo supla.

18. TRAUMA MAYOR

Lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior, que comprometa más de dos órganos o sistemas, debido a la cual el paciente requiera manejo intrahospitalario y pueda sufrir severas incapacidades.

19. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

20. CENTRO HOSPITALARIO DE TRASPLANTE

- a. Institución que está autorizada y funciona como un hospital de conformidad con la ley colombiana.
- b. Institución especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
- c. Institución que se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes

ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de trasplante de órganos y trasplantes de tejidos, y cuidados en unidades de cuidados intensivos.

d. Institución que proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados.

e. Institución que posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplante de órganos y de tejidos.

21. TRASPLANTE(S) DE ÓRGANO(S)

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos, o parte de ellos, que se mencionan a continuación, provenientes de un donante fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de:

- a. Corazón, corazón y pulmón combinados, un pulmón, dos pulmones, páncreas, riñón, e hígado.
- b. Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no Hodgkin, estado A o B, o estado IV A o B;
 - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
 - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
 - Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
 - Tumores de célula germen (gameto)
- c. Médula ósea alogénica para:
 - Anemia aplásica
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich
 - Osteospetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
 - Leucemia mielógena crónica (LMC)
 - Neublanstoma estado III o IV en niños mayores de un año;
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
 - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B
 - Linfoma de no Hodgkin, estado III o estado IV.

22. DONANTE

Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno o mas de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlo (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.

23. RECEPTOR

Persona que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante de tejido o trasplante de órgano cubierto bajo esta póliza.

24. TEJIDO

Conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

25. EXPERIMENTAL

Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento

de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o cualquier fase de un experimento clínico.

26. MÉDULA OSEA

Tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

27. ENFERMEDAD CONGÉNITA Y GENÉTICA

Para los efectos del presente amparo enfermedades de origen genético significa el trastorno funcional o estructural causado por anomalías en la morfología o en el número de cromosomas.

Se entiende por enfermedades congénitas cualquier alteración anatómica y/o fisiológica no manifestada ni diagnosticada con anterioridad al momento del ingreso a la póliza, presente en el nacimiento con manifestaciones tempranas o tardías en la vida del individuo.

28. CONDICIÓN PREEXISTENTE

Es aquella que:

- Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, independientemente de que la persona haya tenido o no conocimientos del diagnóstico, y/o
- Se haya establecido un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
- Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

29. GASTO MÉDICO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

- Es el usual que cobraría el proveedor del servicio médico por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera el seguro; y
- No excede el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro del municipio en el que fue prestado el servicio.

30. PARIENTE CERCANO

Se entiende por tal el cónyuge del asegurado, el hijo o la hija, hermano o hermana, o los padres del asegurado o de su cónyuge.

31. GASTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS

Para que un tratamiento, cirugía, servicio, suministro, medicamento o estancia hospitalaria sea médicamente requerido se deberán cumplir las siguientes condiciones:

- Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la persona asegurada.
- Que no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

- Que haya sido prescrito por un profesional médico.
- Que sea consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en Colombia.
- Que el tratamiento en una Institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.

32. OPTATIVO

Entiéndase por este concepto, las cirugías alternativas a un manejo médico no quirúrgico que no representen, según concepto del especialista, ventajas o beneficios comparativo con el manejo no intervencionista.

33. ENFERMEDAD

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

34. ACCIDENTE

Se entiende como tal cualquier lesión corporal sufrida por el Asegurado, independiente de su voluntad, causada por la acción repentina y violenta de un objeto externo y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

35. PERIODO DE CARENCIA

Se entiende como tal, el lapso de 24 meses durante el cual el evento o concepto amparado no tiene cobertura, si el mismo se presenta o se manifiesta por primera vez dentro de los sesenta (60) días siguientes contados a partir de la fecha de ingreso (iniciación de vigencia del seguro) de cada uno de los asegurados.

Los 24 meses se cuentan a partir de la fecha de entrada en vigencia el seguro para cada asegurado, siempre que la póliza este vigente y, obviamente, continuidad de seguro, es decir, que no se haya presentado interrupción de la vigencia de la cobertura por cada asegurado.

Pasados los 24 meses, se indemnizarán los gastos incurridos por los eventos y conceptos amparados en la presente póliza.

36. REHABILITACIÓN

Especialidad que reúne el conjunto de procedimientos médicos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica, intentando restablecer la salud.

37. S.M.D.L.V

Salario Mínimo Diario Legal Vigente, es el valor determinado por el Gobierno Colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

CLÁUSULA SEXTA

RECLAMACIONES

Para estos efectos se aplicará lo dispuesto en el artículo 1080 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

Art. 1080 El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el

asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código De Comercio. Vencido éste plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

El reconocimiento de reembolsos se realiza una vez el asegurado haya abonado al deducible, de acuerdo con condiciones de la póliza y acreditados por vigencia.

Y teniendo en cuenta que se origine la solicitud de un evento amparados por la póliza, en la cláusula segunda

Procedimiento de Indemnizaciones Generales (coberturas principales y/o adicionales):

En caso de que la atención no haya sido cubierta por la póliza de la compañía, el asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos, el cual será reconocido de acuerdo al artículo 1080 del código de comercio y demás normas concordantes; ingresando su reclamación en la siguiente URL https://aplicaciones.libertyseguros.co/GM_WEB_PortalV1/faces/PG_InicioPortalGM y adjuntando los siguientes documentos:

- **Coberturas principales**
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Historia Clínica y/o Epicrisis
Certificación Bancaria
- **Tiquetes Aéreos:**
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Historia Clínica y/o Epicrisis
Certificación Bancaria
Pasabordo

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre el tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

PARAGRAFO 1: Los asegurados, autorizan a LA COMPAÑÍA para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier reclamo, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico su historia clínica. Igualmente tendrá LA COMPAÑÍA la oportunidad y el derecho y así lo autoriza el asegurado, durante el curso de una reclamación, a examinar mediante los servicios de su personal facultativo a la persona asegurada que esté presentado una reclamación, a solicitar los exámenes que considere necesarios y a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que éstas estén prohibidas por la Ley.

CLÁUSULA SÉPTIMA

PÉRDIDA DEL DERECHO A INDEMNIZACIÓN

Si el asegurado o beneficiario incumplieren las obligaciones que le corresponden en caso de un siniestro, el asegurador sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le acuse dicho incumplimiento.

La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación

o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro causará la pérdida de tal derecho.

CLÁUSULA OCTAVA

PAGO DE PRIMAS

Las primas están calculadas para períodos de un (1) año con pago anual y deberá pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, anexo o certificado y su incumplimiento acarreará la terminación automática del contrato de seguro de acuerdo con las normas legales vigentes.

De acuerdo con la tarifa y la celebración del contrato o en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, el tomador puede optar por el pago de la prima semestral o trimestral.

En el evento de no establecerse el pago de la prima de acuerdo con lo anterior, se entenderá que el plazo para el pago será de 45 días contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de los certificados que generen prima, o 45 días contados a partir de la fecha de cada uno de los vencimientos cuando el pago de la prima sea semestral o trimestral.

El no pago oportuno de la prima, producirá la terminación automática del contrato, quedando a salvo el derecho de LA COMPAÑÍA de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

CLÁUSULA NOVENA

INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de la póliza de las personas aseguradas tendrá efecto a partir del recibo por parte de la compañía del correspondiente aviso escrito por parte del tomador de la póliza.

Para los efectos de las inclusiones, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que juzgue convenientes y con base a ellas dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones adicionales al seguro.

La aceptación o rechazo sobre la inclusión de nuevos asegurados o aumentos de valor, debe ser dada a conocer por LA COMPAÑÍA a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recibo de la solicitud. Si transcurrido este lapso LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, dicha modificación se considerará no aprobada.

CLÁUSULA DÉCIMA

RENOVACION

El presente contrato no será renovado en forma automática.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA

VIGENCIA

La vigencia del presente seguro será la establecida en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará por alguna de las siguientes causas:

1. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza.
2. Por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

3. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
4. En pólizas colectivas, cuando no se cumpla con el número mínimo de diez (10) asegurados principales.
5. Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar afiliado al plan obligatorio de salud de él y/o los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia..
6. Al finalizar la vigencia en la cual el asegurado cumpla los 70 años de edad.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA

AJUSTE DE TARIFAS

A criterio de LA COMPAÑÍA y de acuerdo con su experiencia, se reajustarán las tarifas anualmente; en tal evento LA COMPAÑÍA informará al Asegurado Principal las nuevas tarifas que regirán a partir de la renovación.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA

RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA, en desarrollo del presente contrato, no asume la responsabilidad por perjuicios de cualquier orden que puedan derivarse de un tratamiento o intervención equivocada o defectuosa por parte de alguno (s) de los profesionales e instituciones adscritas a la red contratada por la compañía.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y demás normas que la adicionen, modifiquen, complementen o deroguen.

Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente

los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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 el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA

NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de la misma.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA

AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y para efectos de la suscripción de este contrato,

la compañía verificará que el tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud. Para ello, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a la compañía al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar ésta, mediante la presentación de prueba fehaciente de su vinculación a una EPS o que se encuentra en alguno de los regímenes de excepción.

Si el tomador o asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, deberá declararlo a la compañía en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

De conformidad con el párrafo único del artículo 20 del decreto 806 de 1998 la compañía queda exceptuada de la obligación legal contenida en el citado artículo cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

CLÁUSULA VIGESIMA

PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro de de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

ECP-03
REV. 2024-08
03579

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.626-1