

HDI
SEGUROS

Antes  **Liberty**
Seguros

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

Versión / agosto 2024

Póliza de Seguro de Salud Health Evolution

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 Health Evolution

Condiciones Generales

COBERTURAS

- I. TRATAMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS
- II. COBERTURAS AMBULATORIAS
- III. OTROS BENEFICIOS

AMPAROS

- I. AMPARO DE ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA
- II. AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR
- III. AMPARO DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES
- IV. AMPARO DE TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA
- V. AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

AMPAROS OPCIONALES

- I. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA
- II. CONSULTA MEDICA AMBULATORIA
- III. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO GENERAL, LABORATORIOS, TERAPIAS E INFILTRACIONES

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

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.), QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CUBRIRÁ LOS COSTOS INCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS REQUIERE, POR ORDEN MEDICA, SER HOSPITALIZADA POR ENFERMEDAD PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA O SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE REQUIERE ATENCIÓN MEDICA CON O SIN INTERNACIÓN HOSPITALARIA- SIEMPRE QUE TALES COSTOS O GASTOS SE CAUSEN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE TENGAN ORIGEN EN LAS COBERTURAS QUE SE ENUMERAN EN LA CLÁUSULA SEGUNDA, DE ACUERDO CON LOS CONCEPTOS Y ALCANCES DETERMINADOS, LAS DEFINICIONES DE CADA AMPARO CON SUJECCIÓN AL DEDUCIBLE Y A LOS LIMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES GENERALES. SALVO EN LOS EVENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS.

CLÁUSULA PRIMERA

EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS AFECIONES QUE TENGAN ORIGEN O ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. PATOLOGÍAS O AFECIONES PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO, SEAN ESTAS AGUDAS O CRÓNICAS. CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE, QUEDARAN ADEMÁS

EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.

2. LA CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA U ORTOPÉDICA. SE EXCEPTÚAN LAS CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO RESULTADO DEL CÁNCER.
3. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE: ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O SICOLÓGICAS, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS, ESTADOS DEPRESIVOS, EXCEPTO LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS HOSPITALARIOS EN COLOMBIA PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, EN CUYO CASO RECONOCEREMOS MÁXIMO 30 DÍAS POR VIGENCIA ANUAL. DENTRO DE ESTE TRATAMIENTO NO SE RECONOCERÁ NINGÚN GASTO PRE Y POSTHOSPITALARIO.
4. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, FÁRMACO DEPENDENCIA, O ALCOHOLISMO Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA; ASÍ COMO TAMPOCO LOS GASTOS INCURRIDOS PREVIAMENTE A ESTOS TRATAMIENTOS.
5. LOS EXÁMENES, CIRUGÍAS, EXTRACCIONES, OBTURACIONES Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECIONES DE ORIGEN DENTAL O A NIVEL GINGIVAL, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO MÉDICAMENTE REQUERIDOS DENTRO DE LOS SIGUIENTES 15 DÍAS DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE. TAMPOCO SE CUBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DISTONIAS MIOFACIALES POR MAL POSICIÓN DENTARIA Y/O ANOMALÍAS DE CRECIMIENTO DE MAXILARES, TRATAMIENTO DE CUALQUIER ÍNDOLE DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MAXILAR

LOS TRATAMIENTOS POR FRACTURAS DENTALES COMO CONSECUENCIA DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS NO ESTÁN CUBIERTAS COMO TAMPOCO LA RESTITUCIÓN DE PRÓTESIS DENTALES COMPLETAS O INCOMPLETAS, ASÍ SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

6. LOS TRATAMIENTOS DE VICIOS DE REFRACCIÓN VISUAL, ESTRABISMO. SUMINISTRO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO.
7. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD. LIGADURA DE TROMPAS, VASECTOMÍA, INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS, FECUNDACIÓN IN VITRO, IMPOTENCIA O DISFUNCIÓN ERÉCTIL, CAMBIOS DE SEXO.

8. EL SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS, AUDÍFONOS, BRAGUEROS, SILLAS DE RUEDAS, EQUIPOS PARA TERAPIA FÍSICA OCUPACIONAL, MULETAS, ÓRGANOS PARA TRASPLANTE NI LOS COSTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS, MEDIAS ANTIEMBOLICAS, PAÑALES, LECHE MATERNIZADA, FAJAS Y CABESTRILLOS.
9. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y ASONADA -BAJO LAS DEFINICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.
10. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRACTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO, BOXEO Y OTROS SIMILARES.
11. LAS HOSPITALIZACIONES Y LOS TRATAMIENTOS AMBULATORIOS QUE TENGAN POR OBJETO CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA (SIN QUE EXISTA UNA RELACIÓN DIRECTA DE ESTOS CON UNA PATOLOGÍA EN TRATAMIENTO Y SOPORTADA MEDIANTE HISTORIA CLÍNICA), EXÁMENES DE TAMISAJE (O SCREENING) O CHEQUEOS EJECUTIVOS Y PRUEBAS GENÉTICAS.
12. EL TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO U HOSPITALARIO PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ÉTICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNOSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
13. LAS LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/ O INTENTO DE SUICIDIO.
14. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR DIETAS, ADELGAZAMIENTO. DESORDENES ALIMENTICIOS COMO BULIMIA O ANOREXIA, REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGÍA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ESCLEROTERAPIA, QUIROPRAKIA, ACNÉ Y CUALQUIER TIPO DE ALOPECIA. ADEMÁS LAS TERAPIAS O TRATAMIENTOS REALIZADOS CON TOXINA BOTULÍNICA (BOTOX), SIN IMPORTAR SU ORIGEN.
15. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
16. EL ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO DEL RONQUIDO O UVULOPALATOPLASTIA.
17. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIATRICA.
18. LOS TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA O CUALQUIER PERSONA QUE NO TENGA LA CALIDAD DE MEDICO DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN, Y CUALQUIER AUTOTERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.
19. EN LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS, EL COSTO DEL ÓRGANO. SIN EMBARGO, SE CUBREN LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS POR EL DONANTE DEL ÓRGANO PARA EL TRASPLANTE AL ASEGURADO, ASÍ COMO TAMBIÉN SE CUBREN LOS GASTOS DE PRESERVACIÓN Y TRANSPORTE DEL ÓRGANO A TRANSPLANTAR.
20. LOS HONORARIOS PROFESIONALES PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGETICA, HOMEOPATÍA, ACUPUNTURA Y SIMILARES Y TODOS AQUELLOS QUE NO ESTÉN CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE ACEPTADOS POR LOS ENTES GUBERNAMENTALES RESPECTIVOS
21. LA MATERNIDAD, LAS COMPLICACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO, SI AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO LA PERSONA ESTA EMBARAZADA, O HA QUEDADO EMBARAZADA DURANTE LOS LIMITES ESTABLECIDOS EN LA CLAUSULA TERCERA LIMITACIONES DE ESTAS CONDICIONES.
22. EL ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS, SALVO QUE SEA MÉDICAMENTE REQUERIDO Y LEGALMENTE APROBADO.
23. LOS GASTOS DEL RECIÉN NACIDO, PREMATUROS U ORDINARIOS, CUANDO ESTOS SEAN CONSECUENCIA DE ALCOHOLISMO, CONSUMO DE DROGAS ENERVANTES Y/O TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD O ESTERILIDAD.
24. EL TRANSPORTE AÉREO, SALVO EL ESTABLECIDO MEDIANTE EL AMPARO DE TRANSPORTE AÉREO POR EMERGENCIA MEDICA, INCLUIDO EN ESTA PÓLIZA.
25. LOS SERVICIOS O TRATAMIENTOS AMBIENTALES, EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES A LARGO PLAZO, EN BALNEARIOS, EN HIDROCLINICAS, EN BAÑOS TERMALES, EN INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN, EN SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO O ASILO DE ANCIANOS Y TODAS AQUELLAS OTRAS QUE NO SEAN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, ESTARÁN AMPARADOS LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS DE REHABILITACIÓN QUE SURJAN A CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, CUANDO ESTOS SEAN SUMINISTRADOS EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.
26. CUALQUIER TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO SEA MÉDICAMENTE REQUERIDO O QUE SEA CONSIDERADO COMO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO POR LA CIENCIA MÉDICA.
27. LOS GASTOS POR HONORARIOS MÉDICOS Y OTROS GASTOS INCURRIDOS, QUE EXCEDAN LOS COSTOS CONTRATADOS POR LA COMPAÑÍA CON SU RED MEDICA O SU OPERADOR INTERNACIONAL, EL TERRITORIO DONDE HAYAN SIDO SUMINISTRADOS TALES SERVICIOS.
28. AQUELLOS GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO CUANDO ESTOS NO HAYAN SIDO SOLICITADOS O AUTORIZADOS POR UN PROFESIONAL MEDICO.
29. LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO CUANDO ESTE LLEVE MAS DE TRES (3) MESES CONSECUTIVOS FUERA DE COLOMBIA, SALVO QUE LA ATENCIÓN MEDICA O TRATAMIENTO, EN EL EXTERIOR, SE HAYA INICIADO CON ANTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE ESTE PERIODO DE TRES (3) MESES CONSECUTIVOS.

30. LA ATENCIÓN MEDICA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS DE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE O RELACIONADAS TALES COMO DISLEXIA, O PROBLEMAS DE CONDUCTA COMO EL TRASTORNO DE LA HIPERACTIVIDAD POR DÉFICIT DE ATENCIÓN O ALTERACIONES HORMONALES CON REPERCUSIÓN EN EL CRECIMIENTO Y/O DESARROLLO.
31. LA FALTA DE AUTORIZACIÓN A QUE HACE REFERENCIA LA CLÁUSULA TERCERA DE ESTAS CONDICIONES, SITUACIÓN QUE CONLLEVA LA REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN AL 50%.
32. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.
33. LA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN O AUMENTO CON FINES ESTÉTICOS Y/O FUNCIONALES Y/O ANATÓMICOS, EXCEPTO EN CASOS DE PACIENTES CON GIGANTOMASTIA JUVENIL QUE, PREVIA APROBACIÓN DE LA COMPAÑÍA, PROVOQUEN EVIDENTES TRASTORNOS A NIVEL DE LA COLUMNA CERVICAL Y DORSAL EVIDENCIADO EN ESTUDIOS CLÍNICOS Y DE IMÁGENES Y A CONDICIÓN DE QUE DICHAS PACIENTES ESTÉN ASEGURADAS EN LA PÓLIZA DESDE ANTES DE LOS 13 AÑOS DE EDAD.
34. LOS IMPUESTOS, GASTOS DE COBRANZA, MICROFILM, HISTORIAS CLÍNICAS Y OTROS COSTOS NO DEFINIDOS NI RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN DECLARADA.
35. 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.
36. 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.
37. 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.

PARÁGRAFO 1:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 1, RECONOCERÁ AQUELLAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES QUE HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL (LOS) SOLICITANTE(S), DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 24 MESES DE PERMANENCIA CONTINUA EN LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO HAYA ACEPTACIÓN EXPRESA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

PARÁGRAFO 2:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 4, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ, A LOS HIJOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y PARTIR DEL TERCER AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA EN LA MISMA Y POR UN MÁXIMO DE (1) MES AL AÑO, ÚNICAMENTE LOS TRATAMIENTOS DERIVADOS DE DROGADICCIÓN.

ESTA COBERTURA SE PRESTARÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN LA RED DE INSTITUCIONES Y MÉDICOS EN CONVENIO CON LA COMPAÑÍA

PARÁGRAFO 3:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 6, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LAS CIRUGÍAS REFRACTIVAS EN LOS SIGUIENTES CASOS, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE

AL MOMENTO DE REALIZARLE EL TRATAMIENTO:

1. PARA LOS ASEGURADOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA Y CUYA PERMANENCIA EN LA MISMA HAYA SIDO CONTINUA DESDE SU NACIMIENTO. PARA ESTE CASO, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EL 100% DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y MÉDICOS INCURRIDOS.
2. PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE A PARTIR DEL AÑO 2012, LLEVEN MÁS DE CINCO (5) AÑOS DE PERMANENCIA CONTINUA EN LA PÓLIZA DE

LA COMPAÑÍA Y SIEMPRE Y CUANDO HAYAN ADQUIRIDO LA ENFERMEDAD DE REFRACCIÓN VISUAL ESTANDO ASEGURADOS EN ELLA. PARA ESTOS CASOS SE RECONOCERÁ EL 50% DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y MÉDICOS.

ESTE BENEFICIO SE OTORGARÁ UNA SOLA VEZ, INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE RENOVACIONES QUE HAYA TENIDO LA PÓLIZA Y LA COBERTURA SE PRESTARÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN COLOMBIA EN LA RED DE INSTITUCIONES Y MÉDICOS EN CONVENIO CON LA COMPAÑÍA. POR NINGÚN MOTIVO SE EFECTUARÁN REEMBOLSOS DE GASTOS INCURRIDOS POR ESTE CONCEPTO.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE AMPAROLAS PRESTACIONES DERIVADAS DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. ESTÁN EXCLUIDAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE SE REFIERE EL PRESENTE AMPARO CUANDO LAS PERSONAS RESIDEN FUERA DEL CASCO URBANO DE LAS CIUDADES DE BOGOTÁ D.C., MEDELLÍN Y SU ÁREA METROPOLITANA, CALI, BARRANQUILLA Y SOLEDAD, BUCARAMANGA, PEREIRA, MANIZALES, ARMENIA, SANTA MARTA, CARTAGENA Y TURBACO, MONTERÍA, SINCELEJO, VALLEDUPAR, VILLAVICENCIO, CÚCUTA, TUNJA, SAN ANDRÉS, NEIVA, PASTO E IBAGUÉ
2. 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.
3. 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..
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, EL PARTO Y/O SUS COMPLICACIONES.
9. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRACTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.
10. LA ASISTENCIA Y GASTOS A LOS ASEGURADOS, QUE

SEAN TRANSPORTADOS GRATUITAMENTE MEDIANTE "AUTOSTOP" O "DEDO" (TRANSPORTE GRATUITO OCASIONAL)

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA OBJETO DEL PRESENTE AMPARO LAS CONSECUENCIAS DE LOS HECHOS SIGUIENTES:

1. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
2. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
3. HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN O TUMULTO POPULAR.
4. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS MILITARES O DE POLICÍA.
5. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
6. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, RIÑAS O DESAFÍOS.

EXCLUSIONES PARTICULARES AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

TODOS LOS GASTOS Y/O PRESTACIONES OCASIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ENUMERADAS A CONTINUACIÓN, QUEDAN EXCLUIDOS EXPRESAMENTE DE ESTA COBERTURA Y POR LO TANTO LA COMPAÑÍA 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 MEDICA 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 TOXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA, 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 PRACTICAS 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 CLAUSULA PRIMERA DE LAS CONDICIONES GENERALES A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA

1. LOS GASTOS DE ACOMPAÑANTES.
2. EL REGRESO DEL ASEGURADO, SALVO QUE SEA MÉDICAMENTE REQUERIDO.
3. EL REEMBOLSO DE GASTOS NO AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA O EL TERCERO.
4. LOS TRANSPORTES CONTRATADOS DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

ESTE AMPARO NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS CON EVENTOS QUE TENGAN ORIGEN O ESTÉN RELACIONADOS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DENTAL, COMO EL CASO DEL LABIO LEPORINO.
2. LOS TRATAMIENTOS ORIGINADOS EN ENFERMEDADES MENTALES Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS, ALCOHÓLICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA.
3. LOS EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL NO CUBIERTOS POR LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUYO TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y QUIRÚRGICO HAYA SIDO CUBIERTO POR ESTA, EN CUYO CASO SE EXCLUYEN LOS APARATOS DE PRÓTESIS, SU

IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN.

4. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.
5. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
6. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS MILITARES O DE POLICÍA.
7. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA
8. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.
9. LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUIRÚRGICOS U HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ÉTICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
10. LAS LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/ O INTENTO DE SUICIDIO.
11. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
12. LOS PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN DOMICILIARIA
13. LOS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL IMPORTADO NO RECONOCIDO EN COLOMBIA Y EN EL PLAN DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA; PRÓTESIS, IMPLANTES, REHABILITACIÓN ORAL, DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, SERVICIOS DE ORTODONCIA Y/O ORTOPEDIA FUNCIONAL; SERVICIOS CON METALES PRECIOSOS Y/O CUALQUIER TIPO DE PORCELANAS O CERÁMICA (PROSTODONCIA Y/O REHABILITACIÓN), ODONTOLOGÍA COSMÉTICA.
14. LOS PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED ESTABLECIDA POR LA COMPAÑÍA.
15. LOS JUEGOS PERIAPICALES COMPLETOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS, CARILLAS PARA CAMBIOS DE FORMA, TAMAÑO O COLOR DE LOS DIENTES, O EL CAMBIO DE AMALGAMAS QUE SE ENCUENTREN ADAPTADAS Y FUNCIONALES POR RESINAS, ASÍ MISMO RESTAURACIONES PARA SENSIBILIDAD DENTAL, BLANQUEAMIENTOS DE DIENTES NO VITALES, REPARACIÓN DE PERFORACIONES DENTALES, SALVO LAS CAUSADAS POR LOS ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED, REMODELADO OSEO Y

PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL.

16. LOS SERVICIOS QUE NO HAYAN SIDO PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA

1. NO SE INDEMNIZARÁ RENTA DIARIA POR AQUELLOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y/O SUS COMPLICACIONES.
2. TAMPOCO SERÁ OBJETO DE ESTA COBERTURA, LA RENTA GENERADA POR ATENCIONES HOSPITALARIAS DE URGENCIAS.
3. NO RECONOCEREMOS LA COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA EN AQUELLOS CASOS DE ENFERMEDADES TERMINALES Y

ESTADOS COMATOSOS IRREVERSIBLES, CUYA HOSPITALIZACIÓN SEA SUPERIOR A 30 DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE CONSULTA MEDICA AMBULATORIA

1. LAS CONSULTAS NO SON TRANSFERIBLES ENTRE MIEMBROS DE UN MISMO GRUPO FAMILIAR, ES DECIR, NO PUEDE HACERSE USO DE CONSULTAS DE NINGUNO DE LOS OTROS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.
2. NO HAY DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR CONSULTAS TELEFÓNICAS.
3. NO SE CUBREN CONSULTAS ATENDIDAS POR PERSONAS QUE NO TENGAN EL CARÁCTER DE MÉDICOS SEGÚN LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO AL QUE ACCEDE ESTE AMPARO.

CLAUSULA SEGUNDA**COBERTURAS****I. TRATAMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS**

- A. GASTOS HOSPITALARIOS
 1. HABITACIÓN
 2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 3. CAMA DE ACOMPAÑANTE
 4. ENFERMERA ESPECIAL
 5. SERVICIOS HOSPITALARIOS
 6. PRÓTESIS
- B. HONORARIOS MÉDICOS
 1. HONORARIOS QUIRÚRGICOS
 2. HONORARIOS POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS NO QUIRÚRGICOS.

II. COBERTURAS AMBULATORIAS

- A. URGENCIAS
- B. CIRUGÍAS AMBULATORIAS EN CONSULTORIO

- C. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO
- D. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIMPLE, LABORATORIOS Y RX.
- E. CONSULTA MÉDICA GENERAL Y ESPECIALISTA.
- F. TERAPIAS.
- G. MEDICAMENTOS.
- H. TRANSPORTE TERRESTRE DE AMBULANCIA.

III. OTROS BENEFICIOS

- A. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE
- B. MATERNIDAD.
- C. COBERTURA AL RECIÉN NACIDO.
- D. TRATAMIENTO DE CÁNCER.
- E. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ARTICULACIONES.
- F. TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- G. TRATAMIENTO DEL SIDA.
- H. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS.
- I. APARATOS ORTOPÉDICOS.
- J. TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA.
- K. ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL.
- L. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.
- LL. CUIDADOS EN CASA.
- M. AUXILIO FUNERARIO.
- N. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS
- O. DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL
- P. APOYO PSICOLÓGICO EN CASO DEL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGÉNITA O MUERTE DE UN FAMILIAR.

IV. AMPARO DE ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA**V. AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR.****VI. AMPARO DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES.****VII. AMPARO DE TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA.****VIII. AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA****AMPAROS OPCIONALES**

- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA.
- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD LA COMPAÑÍA HEALTH EVOLUTION.
- CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA.
- EXÁMENES DE DIAGNOSTICO GENERAL, LABORATORIOS, TERAPIAS E INFILTRACIONES.

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE LOS ANTERIORES CONCEPTOS Y EL ALCANCE DE LOS MISMOS APARECEN

A CONTINUACIÓN.

Las coberturas determinadas en la cláusula segunda estarán sujetas a los conceptos y alcances que a continuación se consignan:

I. TRATAMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS

A. GASTOS HOSPITALARIOS

1. HABITACIÓN:

Cubre los gastos de habitación individual los 365 días al año.

2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

Cobertura los 365 días al año.

3. CAMA DE ACOMPAÑANTE:

Cobertura los 365 días al año.

4. ENFERMERA ESPECIAL

Se reconoce la enfermera especial intrahospitalaria o domiciliaria. Hasta por 180 días en Colombia y 30 días en el exterior, siempre y cuando sea médicamente requerida y prescrita por el médico tratante

5. SERVICIOS HOSPITALARIOS

Incluye: derechos de sala de cirugía, instrumentación, material de cirugía, medicamentos, exámenes de diagnóstico simple, radiológicos y especializados, elementos de anestesia, material de osteosíntesis, plasma sanguíneo, transfusiones, vendajes, yesos, oxígeno, alimentación enteral y parenteral, terapias, infiltraciones, respiradores artificiales.

6. PRÓTESIS:

Se reconocerá cualquier aparato aprobado científicamente y construido para reemplazar artificialmente la falta de un órgano o parte de él, con la finalidad de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. se incluye bajo este amparo los marcapasos, stent, válvulas cardíacas y prótesis articulares entre otras, ajustadas a la definición.

B. AMPARO DE HONORARIOS MÉDICOS

1. HONORARIOS QUIRÚRGICOS

La póliza reconoce los siguientes honorarios profesionales cuando a cualquiera de los asegurados les sea practicada una cirugía ya sea con internamiento hospitalario o ambulatoriamente.

1.1 HONORARIOS QUIRÚRGICOS

1.2 HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO

1.3 HONORARIOS DE AYUDANTIA QUIRÚRGICA

2. HONORARIOS POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS NO QUIRÚRGICOS

Cuando cualquiera de los asegurados requiera ser recluso en una institución hospitalaria para tratamiento médico no quirúrgico, se reconocerá bajo este concepto las visitas diarias sin importar el número de visitas y médicos de diferente especialidad, siempre y cuando las mismas gocen de pertinencia médica.

II. COBERTURAS AMBULATORIAS

LA COMPAÑÍA le reconocerá, una vez acreditado el deducible, y siempre y cuando haya una prescripción médica, los siguientes eventos ambulatorios:

A. URGENCIAS

Se reconoce la urgencia ambulatoria, que en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria que en los servicios que ofrece contemple el servicio de urgencias.

B. CIRUGÍAS AMBULATORIAS EN CONSULTORIO

Se reconocen los gastos incurridos por concepto de cirugías realizadas en el consultorio del médico.

C. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNOSTICO

Se reconocen los exámenes especializados de diagnóstico que requiera cualquiera de los asegurados. Los mismos tendrán cobertura al 100% dentro de la red médica de LA COMPAÑÍA en Colombia o en el exterior a través del operador indicado por LA COMPAÑÍA. por fuera de la red y en el exterior el valor máximo a indemnizar por cada examen será el 80% del valor del examen hasta el valor máximo establecido en la caratula de la póliza, salvo que se trate de exámenes previos o posteriores a una hospitalización y cirugía, en cuyo caso tendrán cobertura al 100%.

Bajo este rubro se reconoce, solo en Colombia, las pruebas de alergia o de parche.

D. EXÁMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE, LABORATORIO Y RX.

Se reconocen los exámenes de diagnóstico simple, laboratorio y RX que requiera cualquiera de los asegurados. los mismos tendrán cobertura al 100% dentro de la red médica en Colombia o en el exterior a través del operador indicado por LA COMPAÑÍA. Por fuera de la red y en el exterior el valor máximo a indemnizar por cada orden médica de exámenes será hasta el 80% del valor de la misma y hasta por el valor máximo establecido en la caratula de la póliza, salvo que se trate de exámenes previos o posteriores a una hospitalización y cirugía, en cuyo caso tendrán cobertura al 100%.

E. CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALISTA

Se reconocen las consultas médicas que requiera cualquiera de los asegurados con médico general o especialista. el valor máximo que se reconoce por cada consulta tanto en Colombia como en exterior es el indicado en la caratula de la póliza. dentro de la red médica de LA COMPAÑÍA en Colombia se reconocen ilimitadamente.

Se le reconoce, solamente en Colombia y dentro de la red médica LA COMPAÑÍA, las consultas de nutrición, psiquiatría, psicología. por fuera de la red en Colombia Se reconoce máximo cinco (5) consultas por cada una de estas profesiones y hasta por el valor establecido en la caratula de la póliza.

F. TERAPIAS

Se reconocen las terapias físicas, respiratorias, cardíacas, del lenguaje, ocupacionales, Ortópticas y pleópticas. en Colombia no habrá limite en el número de terapias a reconocer.

En el exterior, y a través del operador indicado por LA COMPAÑÍA, Se reconoce un máximo 30 terapias por evento y hasta por el valor máximo establecido en la caratula de la póliza por cada terapia.

G. MEDICAMENTOS

Se reconocen los medicamentos, prescritos por el

medico tratante para un periodo máximo de un (1) mes y adquiridos mediante fórmula medica. No Se reconocen medicamentos que no estén soportados con una formula medica, o aquellos que no hayan sido adquiridos dentro de los 15 días siguientes a su formulación.

Los medicamentos prescritos dentro de los 45 días posteriores a una hospitalización y/o cirugía y los generados en una consulta medica ambulatoria, dentro de la red medica de LA COMPAÑÍA se reconocen ilimitadamente en Colombia; y en el exterior, hasta el valor indicado en la caratula de la póliza, para cada uno de los casos. Cuando el suministro se realice por fuera de la red bajo convenio con LA COMPAÑÍA, el reembolso de estos medicamentos será hasta el 80% del costo de los mismos sin exceder la suma máxima asegurada establecida en la caratula de la póliza.

H. TRANSPORTE TERRESTRE DE AMBULANCIA

Se reconoce el transporte terrestre de ambulancia médicamente necesaria para el traslado a un hospital o clínica. el valor máximo a reconocer en el exterior es el establecido en la caratula de la póliza. En Colombia se reconocerá y se prestara este servicio únicamente y exclusivamente a través de asistencia medica LA COMPAÑÍA y en caso contrario LA COMPAÑÍA queda exonerada de toda obligación derivada de este servicio.

III. OTROS BENEFICIOS

A. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE

LA COMPAÑÍA reconocerá el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes naturales y sanos, perdidos o dañados en un accidente, siempre y cuando este haya sido médicamente requerido dentro de los primeros 15 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

B. MATERNIDAD

Mediante este beneficio se cubren los costos relativos al cuidado prenatal, al parto ya sea normal, por cesárea y los cuidados postnatales de la madre. para este beneficio no será aplicable el deducible, y su cobertura por evento se ajusta a lo establecido en la caratula de la póliza para este amparo.

Adicionalmente y solo en Colombia, se otorgan las siguientes coberturas:

- Curso psicoprofiláctico: Este se prestará única y exclusivamente en la red definida por LA COMPAÑÍA para este amparo
- Servicio de Enfermería: Posterior al Parto, se reconocerá el servicio de enfermería hasta por cinco (5) días.
- Transporte urbano: Durante el último mes del embarazo y 15 días después de este, LA COMPAÑÍA prestará el servicio de transporte urbano, para el traslado de la asegurada a sus actividades cotidianas.

Las coberturas enunciadas en los literales b y c, serán prestadas directamente por LA COMPAÑÍA a través de un tercero y no están sujetas a reembolsos por gastos contratados por el asegurado de manera directa.

PARÁGRAFO 1:

Los medicamentos que se requieran para el tratamiento ambulatorio de la maternidad no tendrán cobertura.

PARÁGRAFO 2:

Las complicaciones relacionadas con el embarazo tales como intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazo extrauterino, embarazo molar, abortos no provocados, estados de fiebre puerperal, de eclampsia, toxicosis gravídica, placenta acreta, placenta previa, atonía uterina, tendrán cobertura dentro del amparo básico de la póliza previa acreditación del deducible y siempre y cuando se ajuste a las condiciones de cobertura citadas en la cláusula segunda de éstas condiciones.

C. COBERTURA AL RECIÉN NACIDO

Los hijos nacidos en la vigencia de la póliza y cuyo parto haya sido cubierto o tenga cobertura por la misma, se les otorgara amparo automático por los primeros noventa (90) días siguientes a la fecha de su nacimiento, y sin cobro de deducible, hasta por el valor indicado en la caratula de la póliza incluyendo la valoración pediátrica.

Además tendrán derecho a la cobertura de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y genéticas, hasta por el valor indicado en la caratula de la póliza.

Después de estos noventa (90) días, la cobertura en la póliza estará sujeta a su inclusión en la misma. para ello deberá diligenciar la solicitud de seguro y de acuerdo con ella, LA COMPAÑÍA establecerá las condiciones de su aceptación, la cual en ningún momento obligara a LA COMPAÑÍA a dar continuidad sobre las patologías atendidas los primeros 90 días después de su nacimiento. en todo caso esta inclusión conllevara el pago de la prima correspondiente a la vigencia en curso; adquiriendo así, el recién nacido, el derecho a disfrutar de las coberturas totales otorgadas por la póliza, previa acreditación del deducible.

D. TRATAMIENTO DE CÁNCER

Se reconoce el tratamiento hospitalario y ambulatorio del cáncer; incluyendo los honorarios médicos relacionados con la quimio, radio o cobaltoterapia y similares.

En lo relacionado con los medicamentos colaterales al tratamiento de quimio, radio y cobaltoterapia estos se reconocerán hasta el valor establecido en la caratula de la póliza.

E. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ARTICULACIONES

Se reconocen todos los trasplantes médicamente aprobados excepto el trasplante de células madres. Además, Se reconocen los gastos del donante efectivo por estudios de pretransplante y de procedimiento quirúrgico. El valor asegurado para este amparo es anual por vigencia hasta por el valor el indicado en la caratula de la póliza.

F. TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Se reconoce el tratamiento hospitalario y ambulatorio de la insuficiencia renal crónica.

El tratamiento en el exterior por dicho concepto, solo lo reconoceremos hasta el 80% del costo incurrido.

G. TRATAMIENTO DEL SIDA

Se reconoce hasta el valor establecido en la caratula de la póliza, por los servicios hospitalarios y médicos requeridos para el tratamiento del sida y sus consecuencias anatómicas y funcionales. incluye medicamentos,

consultas y exámenes de control.

El tratamiento ambulatorio solo tendrá cobertura en Colombia.

H. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS

Se reconoce hasta el límite establecido y por una sola vez, mientras la persona permanezca asegurada en forma continua en la póliza, los servicios médicos requeridos como consecuencia de una enfermedad congénita o genética, siempre y cuando ésta, al ingreso de la persona al seguro, no tenga el carácter de condición preexistente de acuerdo con la definición prevista para tal fin en esta póliza.

Como quiera que los recién nacidos gozan de una cobertura por los primeros 90 días, estos disfrutarán, durante este tiempo, de la cobertura de enfermedades congénitas o genéticas desde el primer día de vida, hasta por el valor definido en la caratula de la póliza.

En el caso que LA COMPAÑÍA, después de los 90 días y una vez hecho su ingreso a la póliza, acepte otorgarle la cobertura sobre una enfermedad congénita o genética diagnosticada durante dicho lapso, el valor asegurado establecido para este amparo, se disminuirá en los valores incurridos en esos 90 días.

El valor asegurado para este amparo es vitalicio hasta por el valor indicado en la caratula de la póliza. Es decir el valor asegurado una vez agotado no se reestablece

I. APARATOS ORTOPÉDICOS

En concordancia con la exclusión contenida en el numeral 8 de la cláusula primera de estas condiciones generales, los aparatos ortopédicos sólo tendrán cobertura cuando los mismos sean médicamente requeridos.

El valor asegurado a reconocer por este concepto es un valor único que aplicara mientras la persona permanezca asegurada en forma continua en la póliza.

J. TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA

Se reconoce hasta el valor máximo indicado en la caratula de la póliza, de acuerdo con las condiciones establecidas en el amparo correspondiente a esta cobertura.

K. ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

Se reconoce durante los 60 días siguientes a una hospitalización o cirugía y por periodos mensuales, la alimentación enteral o parenteral domiciliaria que requiera cualquiera de las personas aseguradas en la póliza.

L. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Se reconoce, la hospitalización domiciliaria previa solicitud del asegurado y cuando a criterio del médico tratante se amerite dicha hospitalización domiciliaria, siempre y cuando no corresponda a cuidados en casa. La cobertura de la póliza se extiende a las visitas medicas domiciliarias, servicio de enfermería, traslado inicial en ambulancia hasta la ubicación del paciente en casa, alquiler de equipo para oxigenoterapia, a las terapias físicas y respiratorias, a la alimentación parenteral y enteral, a los medicamentos médicamente requeridos para la hospitalización domiciliaria.

LL. CUIDADOS EN CASA

Para aquellos casos diferentes a los contemplados en la hospitalización domiciliaria, se reconocerá y solo en Colombia, los cuidados en casa a los asegurados incapacitados permanentemente por desordenes de

tipo cognoscitivo como alzheimer, secuelas mayores de accidente cerebro vascular y trauma mayor o por enfermedades terminales, por un periodo máximo de tres (3) meses.

Este programa incluye los servicios de:

- 1) Servicio de enfermería de acuerdo a prescripción medica.
- 2) Toma de exámenes de laboratorio a domicilio.
- 3) Valoración medica a domicilio
- 4) Terapias domiciliarias

Para acceder a este beneficio se debe tener la aprobación previa del departamento medico de LA COMPAÑÍA .

El valor asegurado máximo a reconocer por vigencia anual es el indicado en la caratula de la póliza.

M. AUXILIO FUNERARIO

En caso del fallecimiento de alguna de las personas aseguradas en la póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá hasta la suma asegurada descrita en la caratula de la póliza, siempre y cuando la causa de la muerte no este relacionada con de una exclusión o limitación de la póliza.

Esta cobertura opera independientemente de que se tenga o no contratado un servicio por el mismo concepto; es decir que el valor asegurado siempre se pagará y este se cancelará, a la persona o personas que conforman el grupo familiar asegurado en la póliza o certificado de seguro en el que estaba asegurada la persona fallecida.

Cuando el fallecido es único asegurado el valor de la indemnización se pagará a los beneficiarios establecidos en el articulo 1142 del código de comercio.

N. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS.

En caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del tomador asegurado principal, LA COMPAÑÍA exonerará a los asegurados del pago de las primas que se generen con fecha posterior al fallecimiento o incapacidad total y permanente de este y hasta la terminación de la vigencia en curso.

En caso 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 siguiente al fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado principal.

O. DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL

Se reconocen los defectos de refracción visual a aquellos asegurados que a partir del año 2012 lleven más de cinco (5) años de permanencia continua en la póliza de LA COMPAÑÍA y siempre y cuando hayan adquirido la enfermedad de refracción visual estando aseguradas en la póliza; para estos casos se reconocerá el 50% de los gastos hospitalarios y médicos.

Para los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza de LA COMPAÑÍA y siempre y cuando su permanencia en la misma haya sido continua desde su nacimiento, LA COMPAÑÍA reconocerá el 100% de los gastos hospitalarios y médicos incurridos.

Este beneficio se otorgará una sola vez, independientemente del número de renovaciones que haya tenido la póliza y la cobertura se prestará única y exclusivamente en Colombia en la red de instituciones y médicos en convenio con LA

COMPañÍA. Por ningún motivo se efectuarán reembolsos de gastos incurridos por este concepto.

P. APOYO PSICOLÓGICO EN CASO DEL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGÉNITA O MUERTE DE UN FAMILIAR

LA COMPañÍA prestará apoyo psicológico por un (1) mes y hasta ocho (8) sesiones de terapias, por evento, a cualquiera de los asegurados o a su familia en los siguientes casos:

a) Ante el diagnóstico de una enfermedad grave a cualquiera de los asegurados en la póliza.
b) En casos de niños con problemas de salud irreversible, enfermedades congénitas y genéticas.

c) Ante la muerte de un miembro del grupo familiar. (primer grado de consanguinidad y primero de afinidad.)

Esta cobertura se prestará directamente a través de la red médica de LA COMPañÍA.

I. AMPARO DE ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA

Mediante el presente amparo, LA COMPañÍA asegura los servicios de Asistencia Médica Domiciliaria y traslados dentro del territorio de la República de Colombia, contenidos en las siguientes cláusulas:

OBJETO DEL AMPARO

ANTES DE ENTRAR A DEFINIR EL AMPARO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA, ES IMPORTANTE ANOTAR, QUE TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CUANTO HACE AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR, LA COMPañÍA EN DESARROLLO DE DICHO PRECEPTO, REALIZARÁ EL PAGO POR REPOSICIÓN Y LO HARÁ A TRAVÉS DE UN TERCERO, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACIÓN EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR EL SERVICIO QUE MAS ADELANTE SE DEFINE.

EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE SOLICITA EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA. ASÍ MISMO DEBE QUEDAR CLARO, QUE EL SIGUIENTE AMPARO, OPERA ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO HA SOLICITADO Y OBTENIDO EL VISTO BUENO DE LA ASISTENCIA POR TELÉFONO, EN LOS NÚMEROS DISPONIBLES E INDICADOS EN ESTE CONDICIONADO Y SOLO LE SERÁN REEMBOLSADOS LOS GASTOS RAZONABLES CUBIERTOS BAJO ESTE SEGURO, QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO, SI LA ASISTENCIA NO PUDO SER PRESTADA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR.

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO, 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 UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE OCURRIDA EN SU DOMICILIO HABITUAL, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE AMPARO Y POR HECHOS DERIVADOS DE LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN EL MISMO. SE DEJA ESTABLECIDO QUE EL SERVICIO QUE PRESTARÁ LA COMPañÍA A TRAVÉS DE SUS PROVEEDORES DE ASISTENCIA, ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, Y

ESTARÁ SUJETO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR.

ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS PERSONAS

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residen dentro del casco urbano de las ciudades de Bogotá D.C., Medellín y su área metropolitana, Cali, Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, San Andrés, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

COBERTURAS A LAS PERSONAS

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son las relacionadas en este artículo, y se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

1. 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.

Los operadores médicos que reciben la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico 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 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.

2. 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 pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención, serán cubiertos por La Compañía.

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

3. 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 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:

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 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.

B. 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 o baja complejidad según el caso, modo y lugar, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

LIMITE DE RESPONSABILIDAD

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en el presente amparo, no implica responsabilidad en virtud del mismo, respecto de los amparos básicos y demás coberturas de la póliza de seguros, a la que accede el amparo de Asistencia Médica Domiciliaria.

SINIESTROS

Además de lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual accede el presente amparo, referente a las indemnizaciones se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por el presente amparo el asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia por teléfono, a cualquiera de los números disponibles e indicados en este condicionado, debiendo indicar el nombre del Asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza de seguro, la dirección de su domicilio, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

2. INCUMPLIMIENTO

LA COMPAÑÍA y el tercero designado por ella quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este amparo. LA COMPAÑÍA y el tercero no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas del país. En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de Asistencia y la Compañía no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se

incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos de pago y siempre que tales gastos se encuentren cubiertos.

II. AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

Bajo el presente amparo hacen parte integrante de la póliza de seguro de gastos médicos y están en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y las siguientes condiciones particulares:

AMPARO

ANTES DE ENTRAR A DEFINIR EL AMPARO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA, ES IMPORTANTE ANOTAR, QUE TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CUANTO HACE AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR, LA COMPAÑÍA EN DESARROLLO DE DICHO PRECEPTO, REALIZARA EL PAGO POR REPOSICIÓN Y LO HARÁ A TRAVÉS DE UN TERCERO, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACIÓN EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR EL SERVICIO QUE MAS ADELANTE SE DEFINE. EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE SOLICITA EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA. ASÍ MISMO DEBE QUEDAR CLARO, QUE EL SIGUIENTE AMPARO, OPERA UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO HA SOLICITADO Y OBTENIDO EL VISTO BUENO DE LA ASISTENCIA POR TELÉFONO, EN LOS NÚMEROS DISPONIBLES E INDICADOS EN ESTE CONDICIONADO Y SOLO LE SERÁN REEMBOLSADOS LOS GASTOS RAZONABLES CUBIERTOS BAJO ESTE SEGURO, QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO, SI LA ASISTENCIA NO PUDO SER PRESTADA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR.

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ESTE 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, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE AMPARO Y POR HECHOS DERIVADOS UNICAMENTE DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1. EVACUACIÓN MEDICA DE EMERGENCIA.
2. TRANSPORTE O REPATRIACION EN CASO DE LESIONES O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
4. GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
5. MEDICAMENTOS.
6. RECUPERACIÓN EN HOTEL.
7. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES.

8. GASTOS DE ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR.
9. LOCALIZACIÓN Y TRANSPORTE DE EFECTOS PERSONALES.
10. PERDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE.
11. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE.
12. PAGO DE HONORARIOS LEGALES.
13. TRASLADOS URBANOS DE EMERGENCIA O TRASLADOS MÉDICOS EN AMBULANCIA TERRESTRE.
14. VISITA MEDICA DOMICILIARIA O ENVÍO DE MEDICO A DOMICILIO.
15. RETORNO Y ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES.
16. CONTACTO CON SU MEDICO DE CABECERA.
17. INFORME DE TRAMITE DE DOCUMENTOS EXTRAVIADOS EN EL EXTERIOR.
18. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE ESTOS CONCEPTOS Y SU FORMA DE APLICACIÓN APARECEN DETERMINADOS EN LA CLAUSULA SEGUNDA DE ESTE AMPARO.

ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS PERSONAS

Las coberturas referidas a personas y a sus equipajes y efectos personales, se extenderán a cualquier país del mundo, siempre que la permanencia del asegurado fuera de su residencia habitual con motivo de viaje, no sea superior a noventa (90) días.

BENEFICIOS

A. Evacuación médica de emergencia:

Si durante la urgencia del viaje 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 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 del tercero determinado por LA COMPAÑÍA para tal fin.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

B. Transporte o REPATRIACIÓN en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario:

La Compañía 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 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.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

C. Gastos médicos por accidente o enfermedad:

Si durante la urgencia 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 medico tratante.
- Terapias de recuperación física hasta un máximo de 10 sesiones según prescripción médica (fisioterapia, Kinesiterapia, Quiropráctica).

El valor asegurado cubierto bajo este amparo es de US \$50.000 por evento y por el tiempo de vigencia de la misma.

D. 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 cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta US \$1.500.

Se excluye de esta cobertura:

- a. Tratamientos de ortodoncia
- b. Tratamientos de conductos y coronas
- c. Tratamientos estéticos

E. Medicamentos:

Si durante la vigencia 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 medico tratante hasta US \$3.500.

F. 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 se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta por US \$3.000.

G. Repatriación de restos mortales:

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia, 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. En aerolínea comercial vuelo regular. Quedan expresamente excluidos de esta prestación los servicios religiosos, funerales y ataúdes especiales.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

H. 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 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.

I. 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.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

J. 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 según el peso del equipaje aforado hasta US \$2.000.

K. 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 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.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

L. Pago de honorarios legales:

En caso 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 asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta un valor de US \$2.500.

M. Traslados urbanos de emergencia ó traslados médicos en ambulancia terrestre:

Una vez clasificada la situación, en cualquier caso de ser requerida una intervención médica hospitalaria, la Compañía 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.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

N. Visita médica domiciliaria o envío de médico a domicilio:

En caso de enfermedad, y una vez determinada que no tipifica emergencia o urgencia médica, el tercero designado por LA COMPAÑÍA para tal fin coordinará el envío al domicilio de un médico que evaluará el estado del paciente y defina las conductas a seguir.

O. 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 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.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

P. Contacto con su medico 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 pondrá a su disposición la central de alarma para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

Q. Informes de tramites de documentos extraviados en el exterior:

Si el titular de la tarjeta 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.

R. Transmisión de mensajes urgentes:

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

DEFINICIONES**1. Tomador del seguro:**

Es la persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

2. Asegurado:

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

Para los efectos de este amparo, tienen además la condición de beneficiario:

a. El titular de la póliza.

b. El cónyuge y los ascendientes y descendientes en primer grado de las personas naturales aseguradas, siempre que convivan con estas y a sus expensas, aunque viajen por separado y en cualquier medio de locomoción.

INDEMNIZACIÓN

Además de lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede el presente amparo, en la indemnización se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Obligaciones del Asegurado

En caso de evento cubierto por el presente amparo el asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia por teléfono, a cualquiera de los números disponibles e indicados en este condicionado, debiendo indicar el nombre del Asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se

encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que requiere.

Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido, y en los lugares en que no fuera posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de llamadas, contra presentación de los recibos.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

2. Incumplimiento

LA COMPAÑÍA y el tercero quedan relevados de toda responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este amparo.

Así mismo LA COMPAÑÍA y el tercero no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de asistencia y el tercero no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos, al regreso del asegurado a Colombia, siempre que tales gastos se hallaren cubiertos bajo el presente amparo.

3. Pago de la Indemnización

El asegurado deberá tener en cuenta las siguientes circunstancias al hacer uso de su derecho de indemnización.

- a. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.
- b. Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por parte de la empresa transportadora comercial correspondiente al pasaje no consumido, al hacer uso de la cobertura de transporte o repatriación, dicho reembolso deberá reintegrarse al tercero. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, LA COMPAÑÍA a través del tercero sólo se hace cargo de los gastos adicionales que excedan de los previstos inicialmente por los asegurados.
- c. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al asegurado con el equipo médico que LA COMPAÑÍA, a través del tercero, tenga para tal fin.

III. AMPARO DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES

1. Interconsulta

Interconsulta es un servicio de consultas médicas internacionales que permite al asegurado efectuar consultas con los mejores especialistas y centros asistenciales y otros centros académicos de primer nivel. Interconsulta es un pedido de información médica solicitada por el asegurado, a través de la Compañía, en referencia a un diagnóstico y/o un tratamiento, siempre y cuando la solicitud del servicio se ajuste a lo contenido en las condiciones generales de esta póliza. A través de nuestro proveedor, se ayuda al asegurado a resolver inquietudes relacionadas con casos graves de salud, por medio de los servicios de interconsulta que a continuación se describen:

- a. Recibir, identificar, presentar y discutirla Interconsulta con los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas en la consulta.
- b. Coordinar la información obtenida y la eventual consulta con otros profesionales, si ello fuera necesario.
- c. Identificar métodos diagnósticos alternativos al material enviado.
- d. Coordinar el análisis de materiales adicionales tales como patologías, laboratorios y/o radiología.
- e. Enviar los materiales a los especialistas seleccionados.
- f. Interpretar, escribir y enviar al asegurado las conclusiones y recomendaciones finales

2. Intersalud

Intersalud, Este beneficio solo se otorga para la cobertura el exterior, siempre y cuando lo tenga contratado y se presta a través de nuestro operador, que ofrece una serie de servicios personalizados para el asegurado, que a continuación se describen:

- a. Enviar respuesta a la solicitud de servicios al asegurado antes de su llegada a los estados unidos, haciendo mención a la selección de los médicos y hospitales.
- b. Seleccionar y dar referencias al asegurado sobre hospitales o médicos en el extranjero.
- c. Obtener citas médicas con los especialistas seleccionados.
- d. Formalizar los trámites previos a la admisión del asegurado en el hospital.
- e. Coordinar la gestión de transporte y el alojamiento provisional de él y sus familias. los costos de tal transporte o alojamiento serán a cargo del asegurado y en ningún caso de LA COMPAÑÍA.
- f. Controlar y analizar las correspondientes facturas a lo largo del tratamiento del asegurado.
- g. Obtener descuentos que correspondan en cada caso en las facturas de los distintos servicios médicos y hospitalarios.

IV. AMPARO DE TRANSPORTE AÉREO POR EMERGENCIA MEDICA

Queda entendido y convenido que la cobertura de la póliza de la cual hace parte este amparo se extiende a cubrir el transporte aéreo por emergencia médica en las condiciones estipuladas.

1. Definición

Se entenderá por emergencia médica aquella condición que pone en peligro de muerte, o severas incapacidades al asegurado, y que por razones de institución hospitalaria, tecnología o de experiencia profesional, no puede ser atendido en el lugar en que se encuentra el asegurado.

2. Límite

Esta cobertura tendrá un límite por viaje de US \$30.000 y podrá ser utilizada como máximo dos veces por vigencia anual del seguro. La diferencia, si la hubiere, será asumida por el asegurado.

3. Prestación del Servicio

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 1110 del Código de Comercio, en cuanto hace el cumplimiento de la obligación de pagar, LA COMPAÑÍA en desarrollo de dicho precepto, realizará el pago por reposición y lo hará

a través de un tercero, que para efectos del presente contrato en adelante se llamará simplemente el tercero, el cual asume la obligación en todo caso, de suministrar y prestar el servicio que más adelante se define. El tomador y/o el asegurado, declaran conocer y aceptar dicha circunstancia desde el mismo momento en que solicitan el otorgamiento de esta cobertura y por lo tanto declaran a LA COMPAÑÍA exenta de cualquier responsabilidad derivada de la prestación de dicho servicio.

4. Proceso de Autorización

Para la aprobación de cualquier transporte aéreo por emergencia médica se requerirá de la aprobación del centro de asistencia médica de emergencias, con servicio las 24 horas del día, en los teléfonos indicados. En dicho centro se decidirá el lugar a donde el asegurado deba ser trasladado, dependiendo de su estado de salud, del concepto del médico que lo este atendiendo y de las limitaciones que más adelante se indican. En caso de que el tratamiento requerido exista localmente, pero el asegurado decida ser tratado en otro lugar, los gastos de transporte serán costeados por el asegurado.

5. Tipo de Transporte

Dependiendo del estado de salud de la persona y según el concepto médico, el transporte aéreo podrá hacerse en avión ambulancia o en aerolínea comercial. Esto será decidido por el tercero de común acuerdo con el médico tratante, debiendo ser necesariamente contratado el servicio por el tercero y no por el asegurado.

V. AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

EL PRESENTE AMPARO, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD, EN UN TODO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

AMPARO

LA COBERTURA OTORGADA POR LA COMPAÑÍA MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO SERÁ PRESTADA A TRAVÉS DE LA RED DE CLÍNICAS Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACIÓN EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR LOS SERVICIOS QUE MAS ADELANTE SE DEFINEN.

EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE SE OTORGA ESTA COBERTURA.

BAJO EL PRESENTE AMPARO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS ODONTOLÓGICOS REQUERIDOS POR EL ASEGURADO, CON SUJECCIÓN A LOS LÍMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

- A. PLAN SALUD ORAL INTEGRAL EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
- B. PLAN DE SALUD ORAL INTEGRAL EN URGENCIA DENTAL

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE ESTOS AMPAROS Y SU FORMA DE APLICACIÓN APARECEN ESPECIFICADOS EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES.

LOS BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS ANTERIORMENTE CITADOS SERÁN PRESTADOS A LAS PERSONAS QUE COMO TAL FIGURAN COMO ASEGURADOS EN

EL CONTRATO A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED DE LA COMPAÑÍA EN CUYO CASO OPERA LA COBERTURA EN FORMA ILIMITADA EN LA RED, SUJETO A LAS EXCLUSIONES, TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES.

COBERTURAS

LA COMPAÑÍA se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia odontológica:

A. PLAN SALUD ORAL INTEGRAL EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Área de la Odontología que se encarga de prevenir las enfermedades orales y promover el autocuidado de la salud oral. Las actividades realizadas son:

1. CONSULTAS

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente. Bajo esta cobertura se incluye la realización y evaluación clínica del estado de salud oral a través del odontólogo general y remisiones que éste efectúe a odontólogos especialistas dentro de la red. Se excluye la consulta especializada que no sea remitida para un tratamiento derivado de una urgencia objeto de este amparo.

2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

2.1 PROFILAXIS

Bajo esta cobertura se incluyen las medidas necesarias para la eliminación y control de la placa bacteriana, la cual comprende la eliminación de la placa blanda.

2.2 FLUORIZACIÓN

Bajo esta cobertura se incluye la aplicación de flúor para menores de 15 años cuando ésta sea recomendada por el odontólogo general, la cual se realiza con el fin de prevenir la caries dental.

2.3 FISIOTERAPIA ORAL

Bajo esta cobertura se incluye la práctica de medidas destinadas a la promoción y prevención de la salud oral, tales como: charlas individuales de motivación y concientización, control de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado y uso de seda dental. En pacientes pediátricos, además se incluyen instrucciones para el manejo de la dieta y efectos del azúcar en la salud oral.

B. PLAN DE SALUD ORAL INTEGRAL EN URGENCIA DENTAL

Bajo esta cobertura se incluyen las medidas terapéuticas destinadas a la atención, manejo y tratamiento de dolor intenso en procesos inflamatorios agudos que afectan los tejidos duros y blandos de la cabeza y cavidad oral. Lo anterior puede ser causado por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos. En este cuadro de eventos inmediatos se incluyen las afecciones del nervio dental, sangrado posterior a una cirugía o trauma, dolor muscular por dificultad en la apertura bucal, desalajo total de piezas dentales, movilidad dental a causa de trauma, drenaje de abscesos de origen radicular o de los tejidos de soporte del diente, entre otros. Para los casos en que se presente fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, se prestará la atención inicial de urgencias que

incluye reposición de dientes desalojados o con movilidad, sutura de tejidos bucales lacerados, control de sangrado y prescripción de analgésicos.

1. DIAGNÓSTICO ORAL

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente. Este examen será practicado por el Odontólogo General y en los casos en que requiera especialista se genera la respectiva remisión y asesoramiento.

2. URGENCIA ENDODÓNTICAS

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del nervio dental y de la raíz. Bajo este amparo se da cobertura a la eliminación de caries, recubrimientos pulpares directos e indirectos, obturación provisional, obturación con amalgama, resina de fotocurado, ionómero de vidrio (solo para reconstrucción de muñones) y tratamientos de conductos uni, bi y multirradiculares. Los tratamientos de conductos son realizados directamente por los especialistas en la materia.

3. URGENCIA PROTÉSICA

Cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, reparación de la prótesis removible (Únicamente sustitución de dientes) realizados por odontólogo general.

4. URGENCIA PERIODONTAL

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la encía y tejidos de soporte del diente.

Bajo este amparo se da cobertura a la realización de detartrajes simples y complejos, raspajes y alizados radiculares supra y subgingivales, retiro de capuchón pericoronario (no incluye la extracción de dientes incluidos) ajustes de oclusión y ferulización. Estos procedimientos son practicados por odontólogo general y según complejidad se remite a odontólogo especialista.

5. URGENCIA QUIRÚRGICA

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de patologías que requieren procedimientos quirúrgicos orales y extracciones dentales. Bajo este amparo se da cobertura a la realización de exodoncias, curetajes, tratamiento de la alveolitis postexodoncia, control de hemorragias y suturas en paladar, encías y lengua. Practicados por odontólogo general y según su complejidad se remite a odontólogo especialista.

6. RAYOS X PERIAPICALES

Es el medio que soporta el diagnóstico dental a través de imágenes obtenidas por los Rayos X.

Bajo esta cobertura se incluyen las radiografías periapicales preliminares que serán empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar, urgencias endodónticas (tratamiento de conductos) y de cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de la cobertura de este contrato. Las radiografías periapicales que cubre el plan son las necesarias para la ejecución y continuidad de tratamientos dentales.

PARÁGRAFO: CONDICIONES ESPECIALES DE ATENCIÓN APLICABLES A LOS AMPAROS

- a) LA COMPAÑÍA podrá, en cualquier momento, solicitar una consulta especial con cualquier asegurado, con el objetivo de mantener el nivel de calidad y la autorización del amparo de Asistencia

Odontológica y/o aclarar dudas técnicas.

- b) Es requisito indispensable para la operancia del amparo de asistencia odontológica la autorización del Odontólogo General quien realizará el diagnóstico y el plan de tratamiento.
- c) Se considera un abandono de tratamiento la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida del diente, cuando un asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días consecutivos a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.

DEFINICIONES Y OBLIGACIONES

1) ENFERMEDAD

Es cualquier alteración de la salud que conduzca a un tratamiento odontológico o quirúrgico.

2) ACCIDENTE

Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones dentales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas odontológicamente comprobadas y que sean objeto de las coberturas del presente amparo odontológico.

3) INSTITUCIÓN DENTAL

Es el establecimiento que reúne las condiciones exigidas por la ley Colombiana para prestar los servicios objeto de este contrato y debe estar legalmente registrada y autorizada para prestar los mismos.

4) ODONTÓLOGO

Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos o quirúrgicos.

El asegurado autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier tratamiento. Además autoriza a LA COMPAÑÍA para que la clínica, centro de salud oral o cualquier institución de salud y odontólogo tratante le suministre toda información relacionada con la misma.

LA COMPAÑÍA cubrirá la atención de urgencia comprobada, desde que haya ocurrido en el territorio nacional y solamente en las ciudades donde opera el presente seguro.

Como garantía de este amparo, el servicio opera únicamente en la república de Colombia y en las ciudades capitales, incluida Sogamoso.

Debe quedar claro que si el contrato al que accede este amparo por alguna circunstancia para la fecha en que fueron prestados los servicios fue terminado o revocado, el asegurado estará en la obligación de cancelar los servicios prestados por la Compañía.

RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de sus asegurados una red de instituciones y odontólogos, que son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad odontológica y prestación de servicios asistenciales

y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones. No obstante LA COMPAÑÍA no asume la responsabilidad técnica ni profesional propia de dicha personas como suministradoras directas de los servicios, dada la naturaleza de la función que desempeñan en este contrato.

AMPAROS OPCIONALES PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD LA COMPAÑÍA HEALTH EVOLUTION

LOS SIGUIENTES AMPAROS OPCIONALES HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD LA COMPAÑÍA HEALTH, A LA QUE SE ADHIEREN, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO CONTRATADOS E INCLUIDOS EN EL «CUADRO DE BENEFICIOS» DE LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y EN UN TODO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA

1. DEFINICIÓN:

LA COMPAÑÍA reconocerá una Renta Diaria, a la (s) persona (s) asegurada(s) por el presente amparo, si a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza requiere ser hospitalizados para un tratamiento médico y/o quirúrgico y posteriormente ser incapacitado.

2. COBERTURA

La cobertura que brinda este amparo es la siguiente:

2.1 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

Si el asegurado requiere, durante la vigencia de la presente póliza, ser hospitalizado por mas de 24 horas para un tratamiento médico o quirúrgico por enfermedad no preexistente o accidente amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá el beneficio diario contratado indicado en la caratula de la póliza por cada día de internamiento hospitalario.

2.2 RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD DOMICILIARIA

Si a consecuencia del tratamiento hospitalario el asegurado queda incapacitado para continuar desempeñando sus labores habituales, LA COMPAÑÍA, reconocerá una renta diaria equivalente al número de días en que el asegurado estuvo hospitalizado, sin exceder el número de días de incapacidad decretado por el médico.

En todo caso el número máximo de días a indemnizar, por incapacidad domiciliaria nunca será superior a diez (10) días.

PARÁGRAFO:

Para efectos de establecer el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado, se tendrá como referencia el número de días que facture la institución hospitalaria.

CONSULTA MEDICA AMBULATORIA DEFINICIÓN

Sin exceder los límites establecidos en el cuadro de beneficios contratados, cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo tendrá derecho al reconocimiento de las consultas médicas profesionales que requiera, ya sea consulta médica general o especializada, y llevadas a cabo en el consultorio del médico y en un todo, de acuerdo con las alternativas que se describen a continuación, las cuales podrán ser elegidas directamente por el asegurado.

CONSULTA MEDICA ILIMITADA

El asegurado puede acceder a la Red Médica establecida por la

Compañía para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago para cada consulta, hasta por el valor establecido en la caratula de la póliza. No hay límite en el número de consultas.

No obstante si el asegurado no utiliza la Red médica establecida por LA COMPAÑÍA, ésta reconocerá por reembolso, el valor de la consulta médica de acuerdo con las tarifas de convenio que en ese momento tenga pactadas LA COMPAÑÍA con su Red Médica, descontando de esta el valor del copago

CONSULTA MEDICA TRADICIONAL

El asegurado tiene la libertad de escoger el médico de su preferencia y LA COMPAÑÍA reconocerá por Consulta Médica hasta el valor máximo establecido en el cuadro de beneficios como «suma asegurada para cada consulta médica».

En cualquier caso, el máximo valor que LA COMPAÑÍA indemnice a una persona asegurada bajo el presente amparo, no podrá exceder el valor asegurado establecido en la caratula de la póliza, valor que se entenderá como límite por año póliza y por persona.

El valor asegurado en este amparo no se repone durante la vigencia anual. No obstante lo anterior, una vez agotado el valor asegurado, el asegurado podrá contar con cobertura ilimitada dentro de la Red de médicos adscritos a LA COMPAÑÍA, debiendo cancelar el respectivo copago establecido en la caratula de la póliza.

PARÁGRAFO: Bajo la modalidad de consulta médica con cobertura Ilimitada y Tradicional, la consulta ambulatoria de Nutrición, Psicología, Terapia Ocupacional y Psiquiatría, tendrán cobertura únicamente dentro de la Red médica LA COMPAÑÍA y con el valor del copago establecido en la caratula de la póliza.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO GENERAL, LABORATORIOS, TERAPIAS E INFILTRACIONES DEFINICIÓN

Sin exceder los límites establecidos en el cuadro de beneficios contratados, cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo tendrá derecho al reconocimiento de las siguientes coberturas, siempre y cuando sean prescritas por un médico:

1. Exámenes de Diagnóstico General y Laboratorios

- Exámenes de Laboratorio Clínico e Histológico
- Radiografías simples
- Ecografías simples
- Electrocardiogramas
- Electroencefalogramas

2. Terapias

Requeridas como tratamiento de afecciones recuperables, iniciadas con posterioridad a la inclusión del beneficiario al presente contrato. Se reconocerán las siguientes Terapias, bajo tratamiento ambulatorio, siempre que sean prescritas por un médico:

- Física y Rehabilitación: En lo que se refiere a Rehabilitación, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- Respiratorias
- Del lenguaje
- Ortópticas y Pleóptica

3. Infiltraciones

COBERTURA

El asegurado tiene la libertad de escoger la Institución Médica ya sea dentro o fuera de la Red. LA COMPAÑÍA reconocerá hasta el valor máximo establecido en el cuadro de beneficios como «suma asegurada máxima para Amparo de Exámenes de Diagnóstico General, Laboratorios, Terapias e Infiltraciones».

No obstante si el asegurado no utiliza la Red Médica, LA COMPAÑÍA reconocerá por reembolso el 80% del valor de los gastos incurridos por exámenes de diagnóstico simple, laboratorio, terapias e infiltraciones.

Si el asegurado utiliza la Red Médica, mediante autorización del servicio, la Compañía reconocerá el 100% de los servicios de exámenes de diagnóstico simple, laboratorio, terapias e infiltraciones.

El valor asegurado en este amparo no se repone durante la vigencia anual

CLAUSULA TERCERA

LIMITACIONES DE LA PÓLIZA

1. MATERNIDAD

MATERNIDAD ATENDIDA EN COLOMBIA: LOS GASTOS QUE GENERE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, SE RECONOCERÁN SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE 30 DÍAS DESPUÉS DE INICIO DE LA INCLUSIÓN DE LA ASEGURADA EN LA PÓLIZA Y SIEMPRE QUE, DESDE EL INICIO DEL EMBARAZO HASTA SU TERMINACIÓN, SE MANTENGAN POR LO MENOS DOS (2) O MÁS PERSONAS ASEGURADAS EN LA PÓLIZA, INCLUYENDO LA PERSONA EMBARAZADA. EN EL EVENTO DE EXISTIR UNA SOLA PERSONA ASEGURADA, LOS GASTOS QUE GENERE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, SE RECONOCERÁN A PARTIR DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SIEMPRE Y CUANDO, EL EMBARAZO SE INICIE A PARTIR DE ÉSTA MISMA FECHA.

MATERNIDAD ATENDIDA FUERA DE COLOMBIA: EN ESTE EVENTO, LOS GASTOS QUE GENERE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, SE RECONOCERÁN SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE A PARTIR DEL TERCER AÑO DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADA.

2. DEDUCIBLE

NO OBSTANTE EL DEDUCIBLE ESTABLECIDO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, SE TENDRÁN EN CUENTA LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:

- 2.1 EL DEDUCIBLE TENDRÁ EFECTO AL 100% PARA UTILIZACIONES EN EL EXTERIOR Y AL 50% EN COLOMBIA, EXCEPTO PARA LA OPCIÓN DE DEDUCIBLE DE US \$250, EL CUAL SERÁ AL 100%. PARA LAS OPCIONES DE DEDUCIBLES DE US \$1.000, US \$500 Y US \$250 POR ASEGURADO AÑO Y SOLO EN COLOMBIA, CUANDO SE TRATE DE HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS REALIZADAS EN QUIROFAÑO, NO SERÁ NECESARIO ACREDITAR DICHOS DEDUCIBLES. PARA CUALQUIER OTRO EVENTO DIFERENTE A LOS ANTERIORES COMO: CONSULTAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TERAPIAS, INFILTRACIONES, URGENCIAS, MEDICAMENTOS, ENTRE OTROS, SERÁ NECESARIA LA ACREDITACIÓN

DEL DEDUCIBLE.

3. AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN EL EXTERIOR

LA PERSONA ASEGURADA, ESTA OBLIGADA A OBTENER UNA AUTORIZACIÓN 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 CUBIERTOS. PARA OBTENER LA AUTORIZACIÓN 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 AUTORIZACIÓN. LA NO SOLICITUD DE LA AUTORIZACIÓN DENTRO DE LOS PLAZOS ANTES MENCIONADOS, CONLLEVA A QUE LA COMPAÑÍA SOLO REEMBOLSE HASTA EL 50% DE LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO.

EL PROPÓSITO DEL AVISO PREVIO ES EL DE OBTENER: LA AUTORIZACIÓN 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 MÉDICO DE CABECERA, O UN REPRESENTANTE OFICIAL DEL HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTES DONDE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRA RECLUIDA DEBERÁ COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA ANTES DE HABER TRANSCURRIDO EL ÚLTIMO DE LOS DÍAS ORIGINALMENTE AUTORIZADOS.

EN EL PROCESO DE LA AUTORIZACIÓN, LA COMPAÑÍA TENDRÁ LA FACULTAD DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA DE UN MÉDICO O UN CIRUJANO INDEPENDIENTE. EN EL CASO DE DIFERIR DICHA SEGUNDA OPINIÓN DE LA OPINIÓN ORIGINAL OBTENIDA DEL CIRUJANO QUE RECOMENDÓ LA CIRUGÍA, LA PERSONA ASEGURADA PODRÁ RECURRIR A UNA TERCERA OPINIÓN QUIRÚRGICA, SIEMPRE QUE DICHA TERCERA OPINIÓN SE OBTenga DE UN MÉDICO O CIRUJANO 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 DE LA COMPAÑÍA EL ASEGURADO TENDRÁ COBERTURA AL 100% Y HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO. EN CASO QUE EL ASEGURADO NO UTILICE LAS AUTORIZACIONES DE SERVICIO OTORGADAS POR LA COMPAÑÍA EN LOS TÉRMINOS ANTERIORES, O SI LA AUTORIZACIÓN SE OTORGA A UN PROVEEDOR QUE NO ESTÁ EN LA RED MEDICA, LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE LIMITA AL 80% DEL TOTAL DE LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO, PREVIA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE ESTABLECIDO EN LA CARATULA DE LA

PÓLIZA.

CON AUTORIZACIÓN O NO, LA OPERANCIA DEL SEGURO, EN TODO CASO ESTARÁ SUJETA A LAS EXCLUSIONES, LIMITACIONES, DEDUCIBLES Y DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE SEGURO.

LIMITACIONES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE

LA PRESTACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS, O EL PAGO DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DERIVADA DE LAS COBERTURAS DESCRITAS EN EL PRESENTE AMPARO, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE LOS AMPAROS BÁSICOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO, AL QUE ACCEDE EL PRESENTE AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE. LIMITACIONES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

1. LOS BENEFICIOS OTORGADOS EN ESTE AMPARO PARA EL AMPARO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SÓLO TENDRÁN OPERANCIA CADA SEIS (6) MESES Y UNO (1) POR SEMESTRE.
2. PARA EL AMPARO DE URGENCIAS SE PODRÁ ACCEDER DE MANERA ILIMITADA, Y TENDRÁ COBERTURA SIEMPRE Y CUANDO LA AFECCIÓN DENTAL SEA DEFINIDA Y CONSIDERADA POR EL ODONTÓLOGO GENERAL COMO UNA URGENCIA.

LIMITACIONES APLICABLES AL AMPARO TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA

ESTE BENEFICIO ESTARÁ LIMITADO A AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES LA SALUD DEL ASEGURADO, LA DISPONIBILIDAD DE AEROPUERTOS, LAS CONDICIONES CLIMATOLÓGICAS Y LA DISTANCIA PERMITAN REALIZAR EL TRANSPORTE ANTES MENCIONADO.

CLÁUSULA CUARTA**DEFINICIONES****1. BENEFICIOS**

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

2. ENFERMEDAD

Es cualquier alteración de la salud de una persona, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

3. ACCIDENTE

Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas.

4. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

El término Institución Hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas por la ley Colombiana para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

5. MÉDICOS

El término médico significa cualquier persona legalmente

autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

6. DEDUCIBLE

Suma a cargo del asegurado que invariablemente será descontada del valor de cada indemnización, cuyo monto aparece relacionado en la caratula del contrato de seguro. Los beneficios derivados de maternidad no estarán sujetos a deducible alguno.

El asegurado podrá asumir el monto que le corresponda por concepto de deducible con alguno de los siguientes conceptos:

- a. Con recursos propios.
- b. Aquella parte de los gastos que hubieren sido cubiertos a través del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), cualquier Medicina Prepagada o hayan sido asumidos directamente por el asegurado.
- c. Los gastos amparados bajo la cobertura de Asistencia en Viaje, cuando esta tenga relación con alguno de los eventos amparados bajo el seguro al que acceden esta condiciones.
- d. Los gastos amparados bajo la cobertura de Servicios Médicos Internacionales siempre y cuando estos estén relacionados directamente con la patología que se va a tratar en el exterior.

Para lo estipulado en los literales b, c y d, la tasa representativa del mercado (T.R.M) a aplicar será la de la fecha en que se radique en el área de indemnizaciones de LA COMPAÑÍA, la documentación respectiva para la acreditación del deducible.

No se podrá asumir el deducible con gastos generados de las atenciones que tenga cualquiera de los asegurados por los Amparos Opcionales de Consulta Médica y Exámenes de Diagnóstico Simple, en caso que tenga contratados los mismos en la póliza.

El monto de los deducibles que hubiere asumido el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año de vigencia de la póliza, por concepto de una hospitalización y/o cirugía objeto de cobertura de la póliza, siempre que no sean a causa de un tratamiento electivo, según lo definido en el numeral 12 de esta cláusula y que el asegurado asuma, servirán para acreditar el deducibles que se hayan de cubrir para el año inmediatamente siguiente.

Para servicios médicos recibidos en Colombia, el asegurado asumirá únicamente el cincuenta por ciento (50%) del deducible establecido. En otros países, se aplicará al 100% el deducible pactado en la caratula de la póliza.

7. RED DE SERVICIOS

Cuando en esta póliza se haga mención a alguna red de instituciones o médicos, debe entenderse como un servicio adicional que LA COMPAÑÍA quiere brindar a sus asegurados y no como un listado de obligatoria selección. A través de dichas redes LA COMPAÑÍA pone a disposición de los asegurados servicios especiales ofrecidos por terceros pero el asegurado siempre mantendrá la libertad de escoger la institución hospitalaria o médico en cualquier parte del mundo.

8. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Cualquier alteración de estado de salud de un asegurado que haya sido manifestada, diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión a la Póliza

9. URGENCIA

Se entiende por urgencia cualquier evento que por ser imprevisto, agudo y apremiante requiere de atención médica inmediata y de asistencia especial en un servicio de Urgencia de una institución hospitalaria y que de lo contrario el estado general de salud del asegurado puede deteriorarse, agravarse o llevarle a serias complicaciones y/o secuelas, incluso la muerte.

10. TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Es el ingreso a una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

11. TRATAMIENTO AMBULATORIO

Es el tratamiento médico y/o quirúrgico que no requiere hospitalización del paciente, o que ésta es inferior a 24 horas y el cual es médicamente requerido.

12. TRATAMIENTO ELECTIVO

Tratamiento electivo significa que un tratamiento, cirugía, suministro, procedimiento o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización), puede ser ordenado o programado a conveniencia del paciente, sin que se ponga en peligro la vida de dicho paciente o sin causarle severos trastornos a alguna de las funciones vitales del paciente.

13. PRÓTESIS

Son aquellos elementos que permiten reemplazar u optimizar la capacidad fisiológica o física de un paciente.

14. SIDA

Cualquier persona que tenga una prueba serológica positiva de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, confirmada con el método de Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) correspondiente a los criterios diagnósticos para SIDA según la Organización Mundial de la Salud o cualquier persona que tenga confirmación serológica para VIH y que tenga además cualquiera de las siguientes enfermedades especificadas asociadas:

1. Candidiásis de la tráquea, bronquios o pulmones.
2. Candidiásis del esófago
3. Cáncer invasivo del cuello uterino.
4. Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada.
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración)
7. Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar)
8. Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual)
9. Encefalopatía relacionada con el VIH.
10. Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofaguitis.
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
12. Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de

duración).

13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
14. Linfoma de Brucitt
15. Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
16. Linfoma primario del cerebro
17. Mycobacterium avium-intracellulare o Micobacterium Kansali, diseminados o extrapulmonares
18. Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)
19. Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares.
20. Neumosisitis carini.
21. Neumonía bacteriana recurrente.
22. Salmonela (no tifoidea), bacteriana recurrente
23. Sarcoma de Kaposi
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Síndrome de consunción causado por VIH

15. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica es la etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos y que como consecuencia de lo cual se hace necesaria la realización de diálisis renal, ya sea por diálisis peritoneal o por hemodiálisis, o bien el trasplante renal.

16. CÁNCER

Para los efectos de esta póliza se entiende por Cáncer la enfermedad caracterizada por la reproducción descontrolada de células anormales con la configuración de tumores de cualquier localización que pueden producir compresión de estructuras, invasión a tejidos y metástasis. Se entiende por este grupo de enfermedades también la Leucemia, los linfomas y a la enfermedad de Hodgking.

17. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Enfermedades del corazón significa las alteraciones o desviaciones del estado anatomofisiológico, que comprometen el corazón como órgano blanco; de cualquier etiología, diagnosticada por un médico a través de exámenes de laboratorio o de apoyo diagnóstico y cuyo tratamiento curativo se realiza mediante intervención quirúrgica.

18. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Enfermedad del Sistema Nervioso Central producidas por una causa interna o externa ya sean de origen vascular, tumoral, traumático o de cualquier etiología que afecten de manera general la función o estructura y cuyo tratamiento es esencialmente quirúrgico.

19. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, mediante el cual se inserta dentro del cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos o parte de ellos, provenientes de un donante vivo o fallecido.

20. TRAUMA MAYOR

Para los efectos de esta póliza se entiende por trauma

mayor el sufrido por una persona asegurada dentro de la vigencia de la Póliza, provocada por una violencia exterior, que comprometa de manera grave más de dos (2) órganos o sistemas, debido a lo cual el paciente requiera manejo intrahospitalario de urgencia y que según el triage del servicio de urgencias, se encuentre con un nivel igual o mayor del 15 % de compromiso vital.

21. ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGÉNITO O GENÉTICO

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.

22. REEMPLAZOS ARTICULARES

Para efectos del presente amparo, reemplazos articulares significa la reposición de componentes de una articulación deteriorada, por materiales especiales, los cuales contribuyen a lograr una recuperación funcional aceptable. Tal reemplazo debe ser realizado por el médico especialista bajo indicación médica específica.

23. PÓLIZA INDIVIDUAL

Es aquella que toma una persona natural o jurídica, a través de la cual se da amparo al Asegurado Principal y a sus asegurados dependientes, de acuerdo con lo definido en la cláusula quinta de las presentes condiciones generales.

24. PÓLIZA COLECTIVA

Es aquella que se expide a una persona jurídica, y a través de la cual se da amparo a las personas vinculadas al tomador por una relación laboral, comercial o civil, que para estos efectos se denomina Asegurado Principal y que exige para que la misma esté vigente en el tiempo, un mínimo de diez (10) asegurados principales o grupos familiares, salvo que LA COMPAÑÍA acuerde por escrito un número mínimo menor de asegurados principales o grupos familiares.

25. INDEMNIZACIÓN

Se entiende por Indemnización para los efectos del presente contrato, la suma que reembolsará LA COMPAÑÍA al beneficiario del seguro o que pagará directamente al prestador del servicio médico recibido, y que debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Que el motivo del beneficio esté cubierto por el amparo de la póliza.
- Que sea motivo de reembolso por gastos efectivamente incurridos y facturados durante la vigencia de la póliza.
- Que no sobrepase la suma asegurada en el amparo determinado motivo de la cobertura.
- Que se haya recibido por parte de LA COMPAÑÍA el Aviso Previo –salvo en caso de anterior hospitalaria por accidente, o en aquellos casos en que el aviso se haga imposible en razón de situaciones de fuerza mayor o caso fortuito- en los términos establecidos en la Cláusula Segunda de estas condiciones.

En caso que el beneficio, cumpliendo las condiciones

estipuladas en los literales a) y b), sobrepase la suma asegurada, LA COMPAÑÍA reembolsará el equivalente a la suma asegurada menos el deducible respectivo, o pagará directamente al prestador del servicio médico recibido en los términos y condiciones pactados en esta póliza.

La indemnización estará sujeta al aviso previo, a la autorización y al deducible estipulado en la póliza y comprenderá los costos usuales y acostumbrados por los servicios hospitalarios y profesionales recibidos en el territorio en donde se suministren tales servicios, sin exceder en ningún caso de los límites establecidos en la caratula de la póliza.

26. COBERTURA

El valor asegurado para cada uno de los amparos se encuentra establecido en la caratula de la póliza y comprende las hospitalizaciones debidas a cualquier causa amparada.

27. MONEDA

La prima del seguro será pagada en pesos y calculada de acuerdo a la tasa representativa del mercado, teniendo como base la del día lunes de cada semana. Si el lunes fuera un día festivo se tomará la tasa representativa del mercado del día hábil siguiente.. Esta tasa representativa tendrá vigencia para la semana en curso en la cual se expida la póliza.

Los siniestros serán indemnizados también en pesos colombianos a la tasa representativa de la fecha en que se radique por parte del cliente, la reclamación en el área de indemnizaciones de LA COMPAÑÍA, con la salvedad estipulada en el parágrafo 2 de la Cláusula Octava de estas Condiciones Generales (Reclamaciones).

28. SEGUNDA OPINIÓN

LA COMPAÑÍA, sin costo alguno, por solicitud del asegurado, o por solicitud de su departamento médico, podrá pedir, a la entidad o persona natural que considere conveniente, una segunda opinión sobre el diagnóstico y tratamiento sugerido por el médico tratante. Si la segunda opinión fuere contraria a la primera, podrá solicitarse una tercera.

El asegurado podrá en todo caso escoger el tratamiento inicialmente dictaminado, así las dos opiniones adicionales sean diferentes a la primera, siempre y cuando cumpla con lo estipulado en la definición de GASTOS MÉDICAMENTE REQUERIDOS contenida en esta misma cláusula.

29. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO POR ACCIDENTE

Es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes naturales y, perdidos o dañados en un accidente, siempre y cuando este haya sido médicamente requerido dentro de los primeros 15 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

30. COSTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS

Se entiende por Costos Usuales y Acostumbrados el promedio calculado por LA COMPAÑÍA de los gastos médico quirúrgicos y hospitalarios de las clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento similar, libre de complicaciones y que se encuentren cubiertos por la póliza. Para atenciones en Colombia, dicho promedio será calculado sobre la base de los costos hospitalarios y de médicos institucionales en las siguientes entidades hospitalarias ubicadas en la ciudad

de Bogotá: Clínica Marly, Clínica del Country, Fundación Santafé y Clínica de la Mujer, incrementado este valor en un 10%. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo usual y acostumbrado será el monto facturado.

31. GASTOS MÉDICAMENTE REQUERIDOS

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 de los Estados Unidos o de la comunidad médica del país donde sea prestado el servicio o tratamiento.
- Que el tratamiento en una institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.

CLÁUSULA QUINTA

QUIENES PUEDEN ASEGURARSE EN LA PÓLIZA Y HASTA QUE EDAD

1. Asegurado Principal

Es la persona natural que cuenta con menos de 60 años de edad en el momento de formular la solicitud. Puede asegurarse individualmente o con cualquier "persona asegurable" de acuerdo con la definición que se da a continuación.

Personas Asegurables

Personas naturales mayores de nueve (9) días de nacidas y menores de 60 años, que a consideración de LA COMPAÑÍA previa solicitud del asegurado principal y previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables; y los hijos nacidos en la vigencia en la póliza que gocen de amparo automático; quienes en adelante para los efectos de este contrato se denominan "asegurados".

Asegurados Dependientes

El cónyuge, la compañera (o) permanente, los hijos, los padres del asegurado principal, las empleadas del servicio doméstico. Igualmente, serán asegurables otras personas previa aceptación escrita de LA COMPAÑÍA.

2. Edad de Permanencia

La edad de permanencia es indefinida.

CLÁUSULA SEXTA

INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS EN LA PÓLIZA

Los hijos de una asegurada que nazcan durante la vigencia de la póliza, y cuya maternidad tenga cobertura en la póliza quedarán amparados en forma automática y sin cobro adicional de prima por los 90 días siguientes a su nacimiento. Para ello deberán diligenciar y enviar a LA COMPAÑÍA la Solicitud de Seguro, solicitando su inclusión en la póliza, dentro de los 30

días siguientes a su nacimiento.

Después de estos 90 días el recién nacido quedará incluido en forma definitiva en la póliza siempre y cuando lo hayan solicitado a LA COMPAÑÍA mediante la presentación de la Solicitud de Seguro y sujeto a las condiciones de aceptación que LA COMPAÑÍA le defina y al pago de la prima de seguro respectiva.

Para la inclusión de hijos de asegurados cuyo parto no haya sido cubierto por la Póliza se deberá diligenciar declaración de asegurabilidad con posterioridad al noveno día de nacido.

El retiro de un asegurado de la póliza, tendrá efecto a partir del recibo del correspondiente aviso escrito por parte del tomador de la póliza a LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que juzgue convenientes y con base en 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 solicitud se considerará no aprobada

CLÁUSULA SEPTIMA

CERTIFICADO DE SEGURO

En las Pólizas Colectivas, LA COMPAÑÍA expedirá Certificados Individuales de Seguro, en el que se dejarán consignadas las coberturas a las que tiene derecho cada Asegurado Principal y su grupo familiar.

CLÁUSULA OCTAVA

RECLAMACIONES

En lo que hace referencia a las Reclamaciones se aplicará lo dispuesto en el artículo 1080 y demás normas concordantes del Código del 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. 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 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.

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
- Coberturas opcionales:
Consulta médica ambulatoria:
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN o recibo de caja firmado y sellado por el profesional que brindo la atención
Certificación bancaria.
Urgencias:
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Historia Clínica y/o Epicrisis
Certificación Bancaria
Renta Diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria:
Incapacidad emitida por el médico.
Historia Clínica y/o Epicrisis
Certificación Bancaria
Gastos Funerarios
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Certificado de Defunción
Cedula de la persona que asumió los gastos.
Certificación Bancaria
Historia Clínica
Exámenes Especiales de Diagnósticos:
Orden medica con Diagnostico y tiempo de evolución.
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN
Certificación Bancaria
Exámenes de Diagnostico Simple, Terapias e Infiltraciones
Orden médica.
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Certificación Bancaria.
Control de asistencia a terapias

PARÁGRAFO 1

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

PARÁGRAFO 2

Para servicios médicos recibidos fuera de Colombia, una vez el Asegurado formalice una reclamación amparada bajo esta póliza, la compañía procederá al pago de la indemnización en pesos colombianos aplicando la tasa representativa vigente en la fecha en que se radique por parte del cliente, la reclamación en el área de indemnizaciones de LA COMPAÑÍA, siempre y cuando tal formalización haya sido presentada a la compañía dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la

fecha en que incurrió en los gastos reclamados. Vencido este término, y sujeto a los términos de prescripción establecidos en el Código de Comercio, la compañía indemnizará en pesos colombianos aplicando la tasa representativa del día sesenta del periodo antes mencionado.

CLÁUSULA NOVENA**PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

En lo que hace referencia a la pérdida del derecho a la indemnización se aplicará lo dispuesto en el artículo 1078 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

Art. 1078. 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 DÉCIMA**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 caratula 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, trimestral o mensual.

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.

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 DÉCIMA PRIMERA**RENOVACIONES**

El presente contrato no será renovado en forma automática

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**VIGENCIA**

La vigencia del presente seguro será la establecida en la caratula de la póliza

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará:

1. Al vencimiento del plazo establecido en la caratula 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 caratula 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 de los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicables para la materia.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA

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 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.

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.

No obstante, si a consecuencia de una inexacta declaración de la edad de alguno de los asegurados, se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería a la edad real, la obligación en caso de siniestro disminuirá proporcionalmente a la relación que exista entre el valor pagado y el valor que ha debido pagar. Sin embargo, si tal edad al momento de contratar el seguro hubiere sido mayor a 60 años de edad, la obligación de LA COMPAÑÍA quedará limitada únicamente a reintegrar sin intereses la prima pagada por el asegurado, y no estará obligada a pagar reclamo alguno bajo la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por las normas contenidas en el artículo 1081 del Código de Comercio.

ART. 1081 – La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA

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 OCTAVA

NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano.

CLÁUSULA DÉCIMA NAVENA

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 caratula de la póliza como lugar de expedición de la misma.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

PERMANENCIA EN EL EXTERIOR

La cobertura otorgada a través del seguro al que hace referencia estas condiciones, tiene operancia fuera de Colombia, siempre y cuando los servicios y/o tratamientos relacionados con los eventos amparados se presenten, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de salida del país.

Transcurrido mas de tres (3) meses consecutivos de estancia del asegurado en el exterior, el amparo de este seguro termina automáticamente para servicios y tratamientos en el exterior, y la cobertura a partir de dicho momento solo tendrá operancia en el territorio nacional. Para efectos de reactivar la operancia de la cobertura en el exterior, se requerirá de una autorización escrita por parte de la Compañía.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA

CONVERTIBILIDAD

Para aquellas estipulaciones realizadas en moneda extranjera la tasa representativa del mercado a aplicar (T.R.M) será la de la fecha en que se radique, en el área de indemnizaciones de la Compañía, la documentación respectiva para la acreditación del deducible.

La prima del seguro será pagada en pesos y calculada de acuerdo a la tasa representativa del mercado, teniendo como base la del día lunes de cada semana. Si el lunes fuera un día festivo se tomará la tasa representativa del mercado del día hábil siguiente.

SHE-03
Rev. 2024-08
21808

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1