



**TÉNGALO
POR SEGURO**

Versión / Enero 2025

Póliza Seguro Salud Total Help MD HDI

Consulta el siguiente clausulado
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0

Permanece siempre en contacto



Línea de atención al cliente

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

Desde el celular: #224
Bogotá: 60 (1) 307 70 50
Línea nacional: 01 8000 113 390



Línea #224

Línea de Asistencia HDI

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

Desde el celular: #224
Bogotá: 60 (1) 307 70 50
Línea nacional: 01 8000 113 390



Defensor del consumidor financiero

Patricia Amelia Rojas Amézquita

Teléfono: 60(1)4898285

Dirección: Carrera 16A #80-63 oficina 601
defensordelcliente@hdiseguros.com.co



TABLA DE CONTENIDO

1. Amparo básico	6
1.1 Coberturas Principales.....	6
1.2 Coberturas opcionales.....	6
2. Exclusiones.....	6
2.1. EXCLUSIONES GENERALES	6
2.2. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA.....	10
2.3. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA.....	10
2.4. EXCLUSIONES PARTICULARES A LA ASISTENCIA EN VIAJES EN EL EXTERIOR.....	11
2.5. EXCLUSIONES PARTICULARES Y LIMITACIONES CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA.....	12
2.6. EXCLUSIONES PARTICULARES RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA	13
3. Coberturas Principales.....	13
3.1. Gastos hospitalarios	13
3.2. Honorarios profesionales.....	16
3.3. Otras coberturas	17
4. Coberturas Opcionales	20
4.1. Consulta médica ambulatoria	20
4.2 Urgencias.....	21
4.3. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria.....	21
4.4. Gastos funerarios.....	21
4.5. Exámenes especiales de diagnóstico	22
4.6. Exámenes de diagnóstico simple, radiología terapias e infiltraciones	22
5. Asistencias.....	22
5.1. Asistencia médica domiciliaria	23
5.2. Servicios médicos internacionales.....	25
5.3. Asistencia odontológica	26
5.4. Asistencia en viaje en el exterior	28
6. Limitaciones	32
7. Definiciones de la póliza	33
8. Normatividades del seguro	37
8.1. Ingreso y retiro de asegurados en la póliza	37
8.2. Edades de ingreso y de permanencia	37
8.3. Afiliación al régimen contributivo del Sistema general de seguridad social en salud	37
9. Reclamaciones	38
10. Pago de la prima.....	40
11. Terminación de contrato	41
12. Renovación.....	41
13. Vigencia	41
14. Responsabilidad	41
15. Normas supletorias.....	42
16. Declaraciones inexactas o reticentes	42
17. Notificaciones.....	43
18. Domicilio	43
19. Prescripción	43



20. Cláusula de limitación de responsabilidad por sanciones.....	43
21. Anticorrupción y antisoborno.	44
22. Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.....	44
23. Cláusula de Trato Justo.	44
24. Protección de datos	44





TÉNGALO POR SEGURO

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

Así tendrás un mejor entendimiento de las



PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD TOTAL HELP MD HDI

Condiciones Generales

1. Amparo básico

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. en adelante LA COMPAÑÍA, cubre los costos incurridos durante la vigencia de la póliza por las coberturas enunciadas más adelante, con sujeción al deducible, copago y a los límites pactados y especificados en la carátula de la póliza y en estas condiciones generales, salvo los eventos expresamente excluidos.

Los gastos causados por concepto de hospitalizaciones y cirugías dentro de la red de profesionales e instituciones adscritas en convenio de servicios, vigente con LA COMPAÑÍA, no estarán sujetos a límite asegurado de acuerdo con la cobertura de esta póliza y estarán sujetos a lo definido en la carátula de la póliza.

Los gastos causados por fuera de la red de profesionales e instituciones adscritas en convenio de servicios, vigente con LA COMPAÑÍA, se reconocerán de acuerdo con los valores asegurados definidos en la carátula de la póliza y en estas condiciones generales.

Los gastos causados por concepto de hospitalizaciones y cirugías en el exterior se reconocerán de acuerdo con los costos promedio en la ciudad de Bogotá, como ciudad de referencia.

1.1 Coberturas Principales

- 1.1.1. Gastos hospitalarios.
- 1.1.2. Honorarios profesionales.
- 1.1.3. Otras coberturas.

1.2 Coberturas opcionales

- 1.2.1. Consulta médica ambulatoria.
- 1.2.2. Urgencias.
- 1.2.3. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria.
- 1.2.4. Gastos funerarios.
- 1.2.5. Exámenes especiales de diagnóstico.
- 1.2.6. Exámenes de diagnóstico simple, radiología, terapias e infiltraciones.

2. Exclusiones

2.1. EXCLUSIONES GENERALES

APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS Y ASISTENCIAS

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS CON MOTIVO DE LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN EVENTO NO



AMPARADO POR LA PÓLIZA Y DE LAS AFECCIONES QUE TENGAN ORIGEN O ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.1.1. LAS PATOLOGÍAS O AFECCIONES AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO Y TODAS AQUELLAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.

2.1.2. LA CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA. SE EXCEPTÚAN LAS CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O COMO RESULTADO DEL CÁNCER.

2.1.3. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS, ESTADOS DEPRESIVOS, EXCEPTO LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS.

2.1.4. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, LAS ASISTENCIAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS, POR DROGADICCIÓN, FARMACODEPENDENCIA O ALCOHOLISMO Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, TÓXICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER PATOLOGÍA, ASÍ COMO TAMPOCO LOS GASTOS INCURRIDOS PREVIAMENTE A ESTOS TRATAMIENTOS. SE EXCEPTÚA EL CUBRIMIENTO DE LOS GASTOS MÉDICOS POR ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS ASEGURADOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL.

2.1.5. LOS EXÁMENES, CIRUGÍAS, EXTRACCIONES, OBTURACIONES Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL O A NIVEL GINGIVAL, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

TAMPOCO SE RECONOCERÁN LOS GASTOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, CUYA ATENCIÓN INICIAL SE PRESTE DESPUÉS DE LOS 15 DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

NO TIENE COBERTURA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DISTONÍAS MIOFASCIALES 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 CUBIERTOS, COMO TAMPOCO LA RESTITUCIÓN DE PRÓTESIS DENTALES COMPLETAS O INCOMPLETAS, ASÍ SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

2.1.6. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR VICIOS DE REFRACCIÓN VISUAL, ESTRABISMO. SUMINISTRO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO.

2.1.7. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD, LIGADURA DE TROMPAS, VASECTOMÍA, INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS, FECUNDACIÓN INVITRO, IMPOTENCIA O DISFUNCIÓN ERÉCTIL, CAMBIOS DE SEXO.

2.1.8. EL SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS, BRAGUEROS, SILLAS DE RUEDAS, EQUIPOS PARA TERAPIA FÍSICA OCUPACIONAL, MULETAS, ÓRGANOS PARA TRASPLANTE



NI LOS COSTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE ESTOS, MEDIAS ANTIEMBÓLICAS, PAÑALES, LECHE MATERNIZADA, FAJAS Y CABESTRILLOS.

2.1.9. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y ASONADA, DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES PREVISTAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO, CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE ACTIVO DE ESTAS.

2.1.10. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO, BOXEO Y OTROS SIMILARES.

2.1.11. 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 TAMIZAJE (O SCREENING) O CHEQUEOS EJECUTIVOS Y PRUEBAS GENÉTICAS. EXCEPTO MAMOGRAFÍAS Y CITOLOGÍAS CERVICOVAGINALES.

2.1.12. EL TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO U HOSPITALARIO PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ÉTICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.

2.1.13. LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS Y/O INTENTO DE SUICIDIO Y SECUELAS QUE OCASIONES SU TENTATIVA.

2.1.14. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR DIETAS, ADELGAZAMIENTO, DESÓRDENES ALIMENTICIOS, COMO BULIMIA O ANOREXIA, REJUVENECIMIENTO, CÁMARA HIPERBÁRICA, COSMETOLOGÍA, QUIROPRAXIA, ESCLEROTERAPIA, ACNÉ Y CUALQUIER TIPO DE ALOPECIA. ADEMÁS, LAS TERAPIAS O TRATAMIENTOS REALIZADOS CON TOXINA BOTULÍNICA (BÓTOX), SIN IMPORTAR SU ORIGEN.

2.1.15. LOS TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, SEA ESTE HOSPITALARIO O AMBULATORIO, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO DEL RONQUIDO Y LA UVULOPALATOPLASTIA, EL ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO ESTÁ EXCLUIDO PARA LAS PÓLIZAS INDIVIDUALES.

2.1.16. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA. O CUALQUIER OTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

2.1.17. LOS TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA HASTA TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL O CUALQUIER PERSONA QUE NO TENGA LA CALIDAD DE MÉDICO DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN, Y CUALQUIER AUTOTERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.

2.1.18. LA MATERNIDAD, LAS COMPLICACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO, SI AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO LA PERSONA ESTÁ EMBARAZADA O NO CUMPLE CON EL TIEMPO ESTABLECIDO EN LAS LIMITACIONES DEFINIDAS EN LA SECCIÓN 5.



2.1.19. EL ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS, SALVO QUE SEA MÉDICAMENTE REQUERIDO Y LEGALMENTE APROBADO.

2.1.20. LOS SERVICIOS O TRATAMIENTOS AMBIENTALES, EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES A LARGO PLAZO, EN BALNEARIOS, EN HIDROCLÍNICA, 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.

2.1.21. CUALQUIER TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO SEA MÉDICAMENTE REQUERIDO O QUE SEA CONSIDERADO COMO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO POR LA CIENCIA MÉDICA.

2.1.22. AQUELLOS GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO CUANDO ESTOS NO HAYAN SIDO SOLICITADOS O AUTORIZADOS POR UN PROFESIONAL MÉDICO.

2.1.23. LA ATENCIÓN MÉDICA, 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.

2.1.24. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO EL ASEGURADO SEA DONANTE.

2.1.25. 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 PROVOQUE EVIDENTES TRASTORNOS A NIVEL DE LA COLUMNA CERVICAL Y DORSAL EVIDENCIADOS 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.

2.1.26. LOS IMPUESTOS, GASTOS DE COBRANZA, MICROFILM, HISTORIAS CLÍNICAS Y OTROS COSTOS NO DEFINIDOS NI RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN DECLARADA.

2.1.27. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CÍCLICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.

2.1.28. EPIDEMIAS Y PANDEMIAS.

2.1.29. LOS MEDICAMENTOS QUE SE REQUIERAN PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA MATERNIDAD O CUALQUIER PATOLOGÍA, EXCEPTO LOS DEFINIDOS EN LOS AMPAROS DE GASTOS PRE Y POSHOSPITALARIOS, TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PERMANENTES Y LOS RELACIONADOS CON LOS EFECTOS SECUNDARIOS PRODUCIDOS POR LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA Y RADIOTERAPIA, DE ACUERDO CON EL ALCANCE DEFINIDO EN CADA UNA DE ESTAS COBERTURAS.



2.2. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTA ASISTENCIA LAS PRESTACIONES DERIVADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS O LAS CONSECUENCIAS DE LOS HECHOS INCLUIDOS EN LOS SIGUIENTES NUMERALES:

2.2.1. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA

2.2.2. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, DIFERENTES A LOS SEÑALADOS EN ESTA COBERTURA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

2.2.3. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.

2.2.4. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.

2.2.5. LO RELATIVO Y DERIVADO DE GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, EL PARTO Y/O SUS COMPLICACIONES.

2.2.6. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.

2.2.7. LA ASISTENCIA Y GASTOS A LOS OCUPANTES DE VEHÍCULOS, TRANSPORTADOS GRATUITAMENTE MEDIANTE “AUTOSTOP” O “DEDO” (TRANSPORTE GRATUITO OCASIONAL).

2.2.8. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.

2.2.9. HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN O TUMULTO POPULAR.

2.2.10. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS, MILITARES O DE POLICÍA.

2.2.11. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.

2.2.12. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, RIÑAS O DESAFÍOS.

2.3. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

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

2.3.1. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DENTAL, COMO ES CASO DEL LABIO LEPORINO.



2.3.2. 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.

2.3.3. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS MILITARES O DE POLICÍA.

2.3.4. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA.

2.3.5. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.3.6. LOS PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN DOMICILIARIA.

2.3.7. 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 TEMPOROMANDIBULAR, 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.

2.3.8. LOS PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.

2.3.9. 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 ÓSEO Y PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL.

2.3.10. LOS SERVICIOS QUE NO HAYAN SIDO PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES ADSCRITAS A LA COMPAÑÍA.

2.4. EXCLUSIONES PARTICULARES A LA ASISTENCIA EN VIAJES EN EL EXTERIOR

TODOS LOS GASTOS Y/O PRESTACIONES OCASIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ENUMERADAS A CONTINUACIÓN, QUEDAN EXCLUIDOS EXPRESAMENTE DE ESTA COBERTURA Y POR LO TANTO LA COMPAÑÍA NO TENDRÁ NINGUNA OBLIGACIÓN EN VIRTUD DE LOS MISMOS:

2.4.1. EVENTOS QUE OCURRAN FUERA DEL PAÍS CUANDO LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO SEA SUPERIOR A 90 DÍAS.



2.4.2. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA; SALVO EL CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON ESTE.

2.4.3. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

2.4.4. LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DEL VIAJE.

2.4.5. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y/O SECUELAS QUE SE OCACIONEN CON SU TENTATIVA.

2.4.6. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.

2.4.7. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.

2.4.8. LO RELATIVO O DERIVADO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, Y SUS COMPLICACIONES Y EL PARTO.

2.4.9. LA ASISTENCIA Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.

2.4.10. LOS CAUSADOS POR LA MALA FE DEL ASEGURADO.

2.4.11. LOS HECHOS DERIVADOS DE FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.

2.4.12. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.

2.4.13. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA.

2.4.14. LOS HECHOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS O DESAFÍOS.

2.5. EXCLUSIONES PARTICULARES Y LIMITACIONES CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA



2.5.1. 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.

2.5.2 NO HAY DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR CONSULTAS TELEFÓNICAS.

2.5.3. 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.

2.6. EXCLUSIONES PARTICULARES RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA

2.6.1. NO SE INDEMNIZARÁ RENTA DIARIA POR AQUELLOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y/O SUS COMPLICACIONES.

2.6.2. TAMPOCO SERÁ OBJETO DE ESTA COBERTURA, LA RENTA GENERADA POR ATENCIONES HOSPITALARIAS DE URGENCIAS.

2.6.3. 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.

3. Coberturas Principales

Sujeto a las exclusiones, limitaciones, deducibles y copagos, si cualquiera de las personas aseguradas bajo la póliza requiere por orden médica ser hospitalizada por enfermedad para tratamiento o cirugía, o si a consecuencia de un accidente requiere atención médica con o sin internación hospitalaria, LA COMPAÑÍA, indemnizará los gastos que se causen dentro de la vigencia de la póliza por los siguientes conceptos:

- 3.1. Gastos hospitalarios.
- 3.2. Honorarios profesionales.
- 3.3. Otras coberturas.

3.1. Gastos hospitalarios

- Habitación

Comprende la habitación diaria sin límite de días de internamiento durante la vigencia de la póliza.

- Unidad de cuidados intensivos o cuidado intermedio



Comprende los gastos facturados por la institución hospitalaria incluyendo dentro de ellos todos los medios necesarios para la supervisión del paciente tales como aparatos de monitoreo, servicio de enfermería, suministro de oxígeno y soporte ventilatorio entre otros, sin límite de días de internamiento durante la vigencia.

Mientras el asegurado permanezca en la unidad de cuidados intensivos, bajo este amparo no se reconocerán gastos por días de habitación, cama de acompañante, ni honorarios del médico intensivista, los cuales se entienden incluidos dentro del servicio de la unidad.

- Otros servicios hospitalarios

Bajo esta cobertura se indemnizarán los siguientes conceptos:

- Alimentación: la dieta normal suministrada por la institución hospitalaria al paciente y ordenada médicamente.
- Cama de acompañante: la utilización de un tercero para acompañar al paciente.
- Servicio general de enfermería: servicio suministrado normalmente por la institución hospitalaria.
- Enfermera especial: sin límite de días y médicamente requerida y prescrita por el médico tratante se reconoce la enfermera especial intrahospitalaria o poshospitalaria.
- Servicios hospitalarios: derecho de sala de cirugía, instrumentación, material de cirugía, elementos de anestesia, exámenes de laboratorio, radiológicos y de diagnóstico, vendajes, yesos, medicamentos, material de osteosíntesis, plasma sanguíneo, transfusiones, oxígeno, respiradores artificiales.
- Prótesis: se reconoce cualquier aparato aprobado científicamente y construido para reemplazar artificialmente 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.
- Exámenes especiales de diagnóstico intrahospitalarios: cuando por orden médica sea requerida la realización de exámenes especiales para diagnóstico, LA COMPAÑÍA los indemnizará si estos se requieren durante el tratamiento hospitalario o durante la intervención quirúrgica.
- Exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones intrahospitalarios: LA COMPAÑÍA reconocerá los exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones ordenados como parte del tratamiento hospitalario o durante la intervención quirúrgica.
- Maternidad

Los gastos objeto de la cobertura maternidad que genere la atención del embarazo, se reconocerán a todas las mujeres aseguradas en la póliza. Siempre y cuando, el embarazo se inicie 30 días después de su ingreso a la misma. Mediante este beneficio se cubren los costos relativos al cuidado prenatal, al parto 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 carátula de la póliza para este amparo. Dentro de esta cobertura se incluye:



- Curso psicoprofiláctico: este se prestará única y exclusivamente en la red de profesionales e instituciones adscritas.
- 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. Se reconocerán máximo cuatro trayectos al día. Las coberturas enunciadas en los literales B y C, serán prestadas por LA COMPAÑÍA a través de un tercero.
- Amparo al recién nacido: a los hijos nacidos dentro de la vigencia de la póliza y cuyo parto haya sido cubierto o tenga cobertura por la misma, se les otorgará amparo automático a partir de su nacimiento con las mismas coberturas que tenga contratada su progenitora y sin pago adicional de prima por el resto de la vigencia en curso a partir de la fecha de nacimiento. Además, tendrán derecho a la cobertura de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y genéticas, así como a la valoración pediátrica al momento del nacimiento.
- Gastos pre y post hospitalarios

LA COMPAÑÍA indemnizará dentro de esta cobertura el costo de los medicamentos, los exámenes de laboratorio y radiografías simples, al igual que el alquiler de muletas, sillas de ruedas y caminador que se realicen dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio de la hospitalización y/o cirugía y hasta treinta (30) días posteriores a la salida del hospital o clínica, siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó el tratamiento hospitalario. Así mismo, se reconocerán hasta tres (3) consultas entre pre y post hospitalarias siempre y cuando guarden relación con el tratamiento realizado.

Adicionalmente, LA COMPAÑÍA reconocerá la alimentación enteral y parenteral posterior a una hospitalización y/o cirugía que se cause dentro de los (60) días siguientes a esta.

Los medicamentos ambulatorios que se reconocerán serán los que formule el médico para un periodo de administración máximo de un (1) mes a partir de la fecha de salida registrada en la institución hospitalaria.

- Tratamientos de enfermedades permanentes

LA COMPAÑÍA reconocerá a los asegurados en la póliza: las consultas médicas, exámenes de laboratorio y medicamentos requeridos para el tratamiento ambulatorio de las siguientes enfermedades: difteria, diabetes, epilepsia, cirrosis hepática, fiebre reumática, hepatitis, glaucoma, híper e hipotiroidismo, lupus, poliomielitis, tétano, litiasis, úlcera, péptica y tuberculosis, que se le manifiesten y le diagnostiquen durante la vigencia de esta. El valor máximo a reconocer por consulta médica será el estipulado en la carátula de la póliza y por medicamentos el valor máximo a reconocer es hasta el 25% del valor asegurado en este amparo.

- Hospitalización domiciliaria

Se reconoce la hospitalización domiciliaria previa solicitud del asegurado y cuando a criterio del médico tratante se amerita, siempre y cuando no corresponda a cuidados en casa. La cobertura de la póliza se extiende a las visitas médicas 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, y a los medicamentos requeridos mediante prescripción médica para la hospitalización domiciliaria.

- Tratamientos odontológicos por accidente

El valor asegurado por este amparo es ilimitado.

3.2. Honorarios profesionales

- Honorarios quirúrgicos.
- Honorarios de anesthesiólogo.
- Honorarios por ayudantía quirúrgica.
- Honorarios profesionales por tratamientos hospitalarios no quirúrgicos.
- Honorarios médicos por tratamientos médicos simultáneos.
- Terapias derivadas de un evento hospitalario.

La póliza reconocerá los siguientes honorarios profesionales y hasta el valor máximo indicado en la carátula de la póliza

- Honorarios quirúrgicos

Es el valor correspondiente a honorarios y visitas médicas hospitalarias, en caso de que al asegurado se le practique una cirugía.

- Honorarios de anesthesiólogo

Por fuera de la red de profesionales e instituciones adscritas los honorarios profesionales por concepto de servicios prestados por el médico anesthesiólogo tendrán cobertura hasta por un máximo del 40% del valor reconocido por LA COMPAÑÍA por honorarios del cirujano.

- Honorarios por ayudantía quirúrgica

Para aquellas intervenciones quirúrgicas en donde por su complejidad médicamente se requiera la presencia de un profesional de ayudantía quirúrgica, LA COMPAÑÍA reconocerá por fuera de la red, máximo hasta el 25% del valor reconocido por honorarios del cirujano.

- Honorarios profesionales por tratamientos hospitalarios no quirúrgicos

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

Fuera de red, el valor indemnizable se ajusta al valor total diario establecido en los beneficios de la póliza.

- Honorarios médicos por tratamientos médicos simultáneos



En caso de que un asegurado requiera como consecuencia de una complicación la atención médica por parte de uno (1) o varios médicos de diferente especialidad, se reconocerá una visita médica diaria por especialidad, con un máximo de tres (3) visitas diarias.

- Terapias derivadas de un evento hospitalario

Se cubren las terapias derivadas de un evento hospitalario y/o quirúrgico cubierto por la póliza, sin límite en el número de sesiones, ordenadas por el médico tratante, en la red de profesionales e instituciones adscritas. Fuera de red de profesionales e instituciones adscritas, se reconocerán un máximo de (30) terapias por evento y hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza.

3.3. Otras coberturas

Además de las coberturas anteriormente citadas la póliza cubre, los siguientes eventos, siempre y cuando sean contratados y mencionados en la póliza:

- Enfermedades catastróficas
 - Tratamiento de cáncer.
 - Trasplante de órganos
 - Tratamiento para la insuficiencia renal crónica.
 - Tratamiento para el sida y sus complicaciones.
 - Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
 - Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón.
 - Tratamiento quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central y accidentes cerebro vasculares.
 - Tratamiento quirúrgico para enfermedades congénitas y genéticas.
 - Reemplazos articulares.
- Exoneración de pago de primas.
- Cuidados en casa.
- Aparatos ortopédicos.
- Defectos de refracción visual.
- Apoyo psicológico en caso del diagnóstico de una enfermedad grave, enfermedad congénita o muerte de un familiar.
- Enfermedades catastróficas

- Tratamiento de cáncer

El tratamiento para el cáncer dependiendo del tipo de cáncer, localización, extensión y demás características de cada caso en particular, incluye quimioterapia, radioterapia, cirugía tanto con fines curativos como paliativos, tratamientos hormonales, o cualquier otro método o técnica reconocido por las sociedades científicas.

Se reconocerá tanto el tratamiento hospitalario como ambulatorio.

Los medicamentos relacionados con los efectos secundarios producidos por la quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia se reconocerán por vigencia anual hasta por el valor indicado en la carátula de la póliza.

- Trasplante de órganos



En los trasplantes de órganos LA COMPAÑÍA cubre los servicios médicos, estudios pretransplante y procedimientos quirúrgicos requeridos por el donante efectivo del órgano para el trasplante al asegurado, los gastos de preservación y transporte del órgano a trasplantar.

- Tratamiento para la insuficiencia renal crónica

Se reconocerá tanto el tratamiento hospitalario como ambulatorio para el manejo de esta enfermedad.

- Tratamiento para el sida y sus complicaciones

Se reconocerá tanto el tratamiento hospitalario como ambulatorio para el manejo de esta enfermedad.

- Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor

La gravedad del trauma debe ser certificada por el médico tratante.

- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón

Se entienden como enfermedades del corazón todas aquellas patologías que afectan en menor o mayor medida el funcionamiento del órgano vital.

- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central y accidentes cerebro vasculares

Aquellos cambios cognitivos que afectan el proceso de pensamiento, incluida la reducción de la memoria, la capacidad para resolver problemas y hacer cálculos, problemas de coordinación o de equilibrio; que requieren una intervención quirúrgica.

- Tratamiento quirúrgico para enfermedades congénitas y genéticas

Haciendo referencia a las patologías descritas en el historial médico del paciente en el momento del nacimiento.

- Reemplazos articulares

Se reconocerán los reemplazos articulares como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

- Exoneración de pago de primas

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

En caso de que la prima haya sido pagada en su totalidad, la devolución de primas a que haya lugar por la exoneración se abonará a la renovación de la vigencia siguiente al fallecimiento del asegurado principal si a ello hubiere lugar, o en su defecto será reintegrada a los beneficiarios de ley en la próxima renovación de la póliza.

- Cuidados en casa

Reconocemos los cuidados en casa para aquellos casos diferentes a los contemplados en la hospitalización domiciliaria, y solo en Colombia, a los asegurados incapacitados permanentemente por desórdenes de tipo cognoscitivo (Alzheimer), secuelas mayores de accidente cerebro vascular y trauma mayor o por enfermedades terminales, por un periodo máximo de tres (3) meses por evento.



Este programa incluye los servicios de:

- Servicio de enfermería de acuerdo a prescripción médica.
- Toma de exámenes de laboratorio a domicilio.
- Valoración médica a domicilio.
- Terapias domiciliarias.

Para acceder a este beneficio se requiere obtener la autorización expresa de LA COMPAÑÍA, la cual se otorga previa verificación de las condiciones médicas exigidas por el departamento médico de LA COMPAÑÍA.

- Aparatos ortopédicos

En caso de una discapacidad total permanente como consecuencia de una patología objeto de la cobertura de la presente póliza, y no obstante la exclusión definida en el numeral 8 de las exclusiones generales de la póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá los aparatos ortopédicos que médicamente requiera cualquiera de las personas aseguradas hasta por un valor máximo de dos (2) SMMLV por evento.

- Defectos de refracción visual

Esta cobertura se otorgará solo para asegurados de pólizas individuales.

LA COMPAÑÍA reconocerá 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 profesionales e instituciones adscritas en convenio con LA COMPAÑÍA. Por ningún motivo se efectuarán reembolsos de gastos incurridos por este concepto.

- Apoyo psicológico en caso del diagnóstico 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:

- Ante el diagnóstico de una enfermedad grave a cualquiera de los asegurados en la póliza.
- En casos de niños con problemas de salud irreversible, enfermedades congénitas y genéticas.
- Ante la muerte de un familiar hasta tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil.

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



4. Coberturas Opcionales

Los siguientes amparos opcionales hacen parte integrante de la póliza de seguro de Salud Total Help MD, a la que se adhieren, siempre y cuando hayan sido contratados e incluidos en el cuadro de beneficios de la carátula de la póliza.

- 4.1. Consulta médica ambulatoria.
- 4.2. Urgencias.
- 4.3. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria.
- 4.4. Gastos funerarios.
- 4.5. Exámenes especiales de diagnóstico.
- 4.6. Exámenes de diagnóstico simple, radiología e infiltraciones.

4.1. Consulta médica ambulatoria

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. Bajo este amparo opcional, la consulta ambulatoria de nutrición, psicología, terapia ocupacional y psiquiatría, tendrán cobertura únicamente dentro de la red de profesionales e instituciones adscritos a LA COMPAÑÍA, y con el valor del copago establecido en la carátula de la póliza.

- Consulta médica ilimitada

El asegurado puede acceder a la red de profesionales e instituciones adscritos a LA COMPAÑÍA para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago para cada consulta, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza. No hay límite en el número de consultas.

No obstante, si el asegurado no utiliza la red 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 de profesionales e instituciones adscritos, descontando de esta el valor del copago.

- Consulta médica 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 carátula 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, y solo para contratos individuales, 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 carátula de la póliza.



4.2 Urgencias

Las urgencias que se reconocen son las derivadas directamente de un accidente y/o enfermedad.

Bajo este amparo se otorga cobertura al tratamiento de urgencias que se preste directamente en una institución hospitalaria, para lo cual, se aplicará un deducible por evento y por servicio del 20% del total de los gastos con un máximo por evento indicado en la carátula de la póliza. Sin embargo, no hay aplicación del deducible pactado por este amparo, en los siguientes casos:

- Cuando a consecuencia de la urgencia por enfermedad se deriva un internamiento hospitalario.
- Cuando el asegurado es remitido a urgencias por el servicio de asistencia médica.

4.3. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria

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 requieren ser hospitalizados para un tratamiento médico y/o quirúrgico y posteriormente ser incapacitados.

La cobertura que brinda este amparo es la siguiente:

- Renta diaria por hospitalización

Si el asegurado requiere, durante la vigencia de la presente póliza, ser hospitalizado por más 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 carátula de la póliza por cada día de internamiento hospitalario.

- 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.

4.4. Gastos funerarios

En caso del fallecimiento de alguna de las personas aseguradas en la póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá el valor de los gastos funerarios incurridos, hasta la suma asegurada descrita en la carátula de la póliza, siempre y cuando la causa de la muerte no esté relacionada con una exclusión o limitación de la póliza.



La indemnización se reconocerá a la persona que demuestre, mediante la presentación de las facturas originales debidamente canceladas, haber incurrido en dichos gastos.

4.5. Exámenes especiales de diagnóstico

Cuando por orden médica sea requerida la realización de exámenes especiales para diagnóstico, LA COMPAÑÍA los indemnizará independientemente de que conduzcan o no a una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario, así sean realizados de manera ambulatoria y de acuerdo con la clasificación de estos por parte de LA COMPAÑÍA.

Los exámenes de diagnóstico realizados por fuera de la red de instituciones en convenio con LA COMPAÑÍA se indemnizarán al 80% del costo de estos.

4.6. Exámenes de diagnóstico simple, radiología terapias e infiltraciones

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 exámenes de diagnóstico simple, radiología terapias e infiltraciones que requiera.

Los exámenes de diagnóstico simple, RX, realizados por fuera de la red de instituciones en convenio con LA COMPAÑÍA se indemnizarán a tarifas de convenio de LA COMPAÑÍA de acuerdo con lo establecido en la carátula de la póliza.

- Tradicional

El asegurado tiene la libertad de escoger la institución de su preferencia y LA COMPAÑÍA reconocerá por exámenes de diagnóstico simple, radiología terapias e infiltraciones hasta el valor máximo establecido en el cuadro de beneficios como suma asegurada para cada examen.

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 carátula 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.

- Ilimitada

LA COMPAÑÍA reconocerá los exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones independiente de que conduzcan o no a una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario o sean consecuencia de estas, hasta los límites por copagos establecidos en la carátula de la póliza.

5. Asistencias

Estas asistencias hacen parte integrante del contrato y por lo tanto se rigen por sus condiciones generales y las particulares que se establecen a continuación, siempre y cuando sean contratadas y figuren en la carátula de la póliza.



- 5.1. Asistencia médica domiciliaria.
- 5.2. Servicios médicos internacionales.
- 5.3. Asistencia odontológica.
- 5.4. Asistencia en viaje en el exterior.

Definición de asistencias

5.1. Asistencia médica domiciliaria

Mediante la presente cobertura, 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 de la asistencia

LA COMPAÑÍA cumplirá la prestación asegurada bajo esta cobertura, mediante la selección de una compañía de asistencia especializada, que pone a disposición del asegurado. LA COMPAÑÍA no asume ninguna responsabilidad por el servicio de la compañía de asistencia y su obligación se limita al pago del servicio.

La compañía de asistencia asume la obligación en todo caso, de suministrar y prestar el servicio que más adelante se define.

El asegurado declara conocer y aceptar dicha circunstancia desde el momento en que solicita el otorgamiento de esta cobertura. Así mismo, queda claro que el siguiente amparo: opera únicamente cuando el asegurado ha solicitado y obtenido el visto bueno de la compañía de asistencia para 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 la compañía de asistencia por causa de fuerza mayor.

En virtud de la presente cobertura, 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 una enfermedad o un accidente ocurrido en su domicilio habitual, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en la presente póliza y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Si de esta atención domiciliaria se deriva la remisión del asegurado a una institución hospitalaria para un tratamiento de urgencias u hospitalario, todos los gastos relacionados con dicha urgencia tendrán cobertura bajo la cobertura principal contratada.

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 lo permitan.

- Ámbito territorial de las personas

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan 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.



- Alcance de la asistencia

La presente asistencia tiene el siguiente alcance:

- 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 reciban la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalarios de emergencia médica.

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

- Asistencia médica domiciliaria

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

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

- Traslados médicos de emergencia

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

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

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

- Traslado básico: cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la compañía de asistencia pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade del local hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un taxi o una ambulancia básica según la definición de la compañía de asistencia
- Traslado médico en ambulancia: una vez clasificada la situación médica del paciente, la compañía de asistencia coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta o baja complejidad según el caso, modo y lugar, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.
- Traslado aéreo especializado: si como resultado de un accidente o enfermedad imprevista general, una vez atendido en un centro hospitalario de una ciudad capital de departamento, se establece por el médico tratante la necesidad de evacuación a un centro especializado de referencia dentro de



Colombia, la compañía de asistencia trasladará al beneficiario en aeronaves especializadas para el transporte sanitario.

- Límite de responsabilidad

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas de la presente asistencia, no implica aceptación de responsabilidad por parte de LA COMPAÑÍA respecto de las coberturas y demás asistencias no contratadas en la póliza de seguros a la cual accede la presente cobertura.

- Solicitud del servicio de asistencia

Además de lo indicado en las condiciones generales de la póliza a la cual accede la presente cobertura, referente a las indemnizaciones se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Obligaciones del asegurado

En caso de evento cubierto 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.

- Incumplimiento

LA COMPAÑÍA y la compañía de asistencia quedan relevadas 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 esta cobertura.

LA COMPAÑÍA y la compañía de asistencia 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 de asistencia 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.

5.2. Servicios médicos internacionales

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:

- Recibir, identificar, presentar y discutir la interconsulta con los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas en la consulta.
- Coordinar la información obtenida y la eventual consulta con otros profesionales, si ello fuera necesario.
- Identificar métodos diagnósticos alternativos al material enviado.
- Coordinar el análisis de materiales adicionales tales como patologías, laboratorios y/o radiología.



- Enviar los materiales a los especialistas seleccionados.
- Interpretar, escribir y enviar al asegurado las conclusiones y recomendaciones finales.

5.3. Asistencia odontológica

Durante la vigencia de la póliza, se cubren los siguientes conceptos odontológicos requeridos por el asegurado, con sujeción a los límites pactados y especificados en la carátula de la póliza.

- Plan salud oral integral en promoción y prevención de la enfermedad.
- Plan de salud oral integral en urgencia dental.

Los beneficios odontológicos anteriormente citados serán prestados a las personas que figuran asegurados en el contrato a través de las instituciones y odontólogos adscritos a la red de profesionales e instituciones adscritos a LA COMPAÑÍA en cuyo caso opera la cobertura en forma ilimitada en la red, sujeto a las siguientes exclusiones, términos y condiciones.

Procedimientos cubiertos

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

- 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:

- 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 este 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.

- 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.

- Fluorización

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

- 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.

- Plan de salud oral integral en urgencia dental



Bajo este plan 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.

- Diagnóstico oral

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el 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.

- Urgencias 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.

- Urgencia protésica

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

- 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 alisados radiculares supra y subgingivales, retiro de capuchón peri coronario (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.

- 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.

- 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.

Condiciones especiales de la asistencia odontológica

- 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.
- 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.
- 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.
- Autorización: 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 limitado a las ciudades capitales de departamento.

Debe quedar claro que si el contrato al que accede esta asistencia 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 adscritos, 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 responsabilidad de ninguna clase respecto de dichas personas como suministradoras directas de los servicios.

5.4. Asistencia en viaje en el exterior

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 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 la compañía de asistencia, que para efectos de la presente asistencia en adelante se llamara simplemente la compañía de asistencia, el cual asume la obligación en todo caso, de suministrar y prestar el servicio que más adelante se define.

El asegurado declara conocer y aceptar dicha circunstancia desde el mismo momento en que solicita el otorgamiento de esta asistencia. Así mismo, debe quedar claro que: la siguiente asistencia 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 de la presente asistencia, 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 la presente asistencia y por hechos derivados únicamente de los siguientes conceptos:

- Evacuación médica de emergencia

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

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

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

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

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

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

- Gastos médicos por accidente o enfermedad

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

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

El valor asegurado cubierto bajo este amparo opera por evento, y por el tiempo de vigencia según el plan contratado descrito en la carátula de la póliza.

- Gastos odontológicos por enfermedad o accidente

Si durante la urgencia en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de una enfermedad o un accidente en su dentadura natural, la compañía de asistencia cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta el límite establecido para la póliza. Se excluye de esta cobertura:



- Tratamientos de ortodoncia.
- Tratamientos de conductos y coronas.
- Tratamientos estéticos.

- Medicamentos

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

- Recuperación en hotel (gastos de hotel por convalecencia)

Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, la compañía de asistencia se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta el límite establecido para la póliza.

- Repatriación de restos mortales

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia, la compañía de asistencia efectuará los trámites para el transporte y repatriación de los restos mortales o cenizas y asumirá los gastos de traslado de estos 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.

- Gastos de acompañamiento de un familiar

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

- Localización y transporte de efectos personales

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

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

- Pérdida definitiva del equipaje

Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, la compañía de asistencia le reconocerá como indemnización según el peso del equipaje aforado hasta el límite establecido para la póliza.

- Interrupción del viaje

Cuando con ocasión de un accidente o de enfermedad o muerte del acompañante de viaje o con ocasión de muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, el asegurado deba interrumpir su viaje, la compañía de asistencia se hará cargo del tiquete 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.

- Pago de honorarios legales



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

- **Traslados urbanos de emergencia o traslados médicos en ambulancia terrestre**

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

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

- **Visita médica domiciliaria o envío de médico a domicilio**

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

- **Retorno y acompañamiento de menores**

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

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

- **Contacto con su médico de cabecera**

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

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

- **Informes de trámites de documentos extraviados en el exterior**

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

- **Transmisión de mensajes urgentes**

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

- **Ámbito territorial de las personas**

Las asistencias 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.

- **Límite de responsabilidad de la asistencia en viaje en el exterior**



La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas de la presente asistencia, no implica aceptación de responsabilidad por parte de LA COMPAÑÍA respecto de las coberturas y demás asistencias no contratadas en la póliza de seguros a la cual accede la presente cobertura.

6. Limitaciones

Aplicables a todas las coberturas y asistencias

- A partir del mes 13 de permanencia continua del asegurado en la póliza se indemnizarán cirugías o tratamientos como consecuencia de: cataratas, prolapsos uterinos, histerectomías, hernias inguinales, umbilicales, epigástrica y discal; así como las pruebas de alergia o pruebas de parche y el pet scan siempre y cuando el mismo no corresponda a un tamizaje.
- De igual forma aplica el mismo periodo de espera para la septoplastia y la rinoseptoplastia funcional, no estética. Excepto cuando sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, debidamente certificado por reporte médico y radiológico en un lapso no mayor a 72 horas a partir del accidente.
- Los tratamientos psiquiátricos hospitalarios para el manejo de las crisis agudas, LA COMPAÑÍA reconoce máximo 50 días por vigencia anual, además de la atención de la urgencia. Dentro de este tratamiento no se reconocerá ningún gasto pre y poshospitalario.
- El estado comatoso irreversible y/o enfermedades en estado terminal tendrán cobertura intrahospitalaria, o domiciliaria por un máximo de cincuenta (50) días por vigencia anual, siempre que la consecuencia del mismo no tenga su origen en alguna de las exclusiones generales o particulares aplicables al seguro al que accede este condicionado.
- No obstante, lo estipulado en la exclusión general 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 por vigencia, únicamente los tratamientos derivados de drogadicción. Esta cobertura se prestará única y exclusivamente en la red de profesionales e instituciones adscritas en convenio con LA COMPAÑÍA.
- Se reconocen todos los trasplantes médicamente aprobados, excepto el trasplante de células madre.
- 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:
- Para los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza de LA COMPAÑÍA y cuya permanencia en la misma haya sido continua desde su nacimiento. En este caso, LA COMPAÑÍA reconocerá el 100% de los gastos hospitalarios y médicos incurridos.
- 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, independientemente del número de renovaciones que haya tenido la póliza y la cobertura se prestará única y exclusivamente en Colombia en la red de profesionales e instituciones adscritas y con convenio con LA COMPAÑÍA. Por ningún motivo se efectuarán reembolsos de gastos incurridos por este concepto.

- Limitaciones aplicables a la asistencia odontológica
 - Los beneficios otorgados en esta asistencia para el amparo de promoción y prevención, solo tendrán operancia cada seis (6) meses y uno (1) por semestre.
 - Para el amparo de urgencias se podrá acceder de manera ilimitada, teniendo cobertura siempre y cuando la afección dental sea definida y considerada por el odontólogo general como una urgencia.

7. Definiciones de la póliza

- Beneficios: Son todas las sumas pagaderas por LA COMPAÑÍA o servicios prestados a través de terceros a título de indemnización de acuerdo con las condiciones del presente contrato.
- Enfermedad: Es cualquier alteración de la salud de una persona, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.
- Enfermedad grave: Son aquellas enfermedades que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.
- 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.
- Institución hospitalaria: Es 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.
- Médicos: Cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos. Todo médico deber contar con el registro médico respectivo.
- Deducible: La suma o porcentaje acumulada que por vigencia y por asegurado se deducirá del monto total de los valores reclamados que sean indemnizables y por lo tanto, siempre queda a cargo del asegurado. Dicha suma se encuentra establecida para cada póliza en la respectiva carátula.
- Copago: Aporte económico por parte del asegurado para recibir atención por parte de los especialistas y exámenes de diagnóstico. Aplica de acuerdo con el plan de salud elegido.
- Consultas: Evaluación clínica para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente.
- Red de profesionales e instituciones adscritos a LA COMPAÑÍA: Son las instituciones hospitalarias y profesionales adscritos con LA COMPAÑÍA quienes prestarán la atención médica y hospitalaria a los asegurados bajo la póliza.



El directorio podrá ser consultado en la página www.hdiseguros.com.co

LA COMPAÑÍA no asume ninguna responsabilidad por las actuaciones realizadas por las instituciones hospitalarias o de profesionales, médicos o paramédicos incluidos en el respectivo directorio, toda vez que en cada caso surgirá un contrato entre el asegurado y la institución hospitalaria o el profesional médico o paramédico sin intervención de LA COMPAÑÍA.

De otra parte, y en el evento en que el asegurado no desee utilizar la red de servicios, las sumas a indemnizar se limitarán los valores asegurados, deducible contratado y demás condiciones y amparos especificados en la carátula de la póliza.

- Enfermedad preexistente: Cualquier alteración de estado de salud aguda o crónica, de un asegurado que haya sido manifestada, diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión a la póliza.
- 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.
- Tratamiento hospitalario: Es el ingreso a una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.
- Tratamiento ambulatorio: Es el tratamiento médico y/o quirúrgico que no requiere hospitalización del paciente, o que ésta es inferior a 24 horas.
- Prótesis: Son aquellos elementos que permiten reemplazar u optimizar la capacidad fisiológica o física de un paciente.
- Sida: Cualquier persona que tenga una prueba serológica positiva de anticuerpos para el virus de la 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) o cualquier otra definición correspondiente a los criterios actuales de diagnóstico para sida según la organización mundial de la salud.
- 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.
- 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 Hodgkin.
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón: Enfermedades del corazón significa las alteraciones o desviaciones del estado anatómico fisiológico, 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.



- 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 quirúrgica.
- 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.
- 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.
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen congénito o genético: Para los efectos de la presente póliza las enfermedades de origen genético son 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.

- Reemplazos articulares: Es 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.
- 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.
- Cuidados en casa: Corresponde al cuidado domiciliario y a la provisión de servicios o equipos a los asegurados en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener su máximo nivel de bienestar, función y salud, dando cobertura a los costos de los servicios que les permiten a las personas discapacitadas por enfermedad de Alzheimer, secuelas de accidentes cerebro vasculares o cualquier otro trastorno que califique para este amparo, recuperarse en su entorno familiar.



- Defectos de refracción visual: Son todos aquellos defectos oculares que tienen como denominador común que la visión es imperfecta como consecuencia de la falta de enfoque de la imagen sobre la retina.
- 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.
- Odontólogo: Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos o quirúrgicos.
- Póliza individual: Es aquella que se expide a una persona natural o jurídica, a través de la cual se da amparo al asegurado principal y a sus dependientes.
- 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.
- Tomador de seguro: Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del contrato, salvo aquellas que expresamente corresponden al asegurador o beneficiario.
- Asegurado: Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.
- Asegurado principal: Es la persona que tiene menos de 60 años en el momento de formular la solicitud. Puede asegurarse individualmente o con cualquier “persona asegurable” de acuerdo con la definición.
- Personas asegurables: Personas mayores de cinco (5) 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”.

En consecuencia, son asegurables: el cónyuge, compañera o compañero permanente, los hijos, los padres del asegurado principal. Igualmente, serán asegurables otras personas previa aceptación escrita de LA COMPAÑÍA.

- Beneficiario: Para los efectos de la asistencia en viaje en el exterior, tiene la condición de beneficiario:
 - a. El titular de la póliza.
 - b. El cónyuge, 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.



8. Normatividades del seguro

8.1. Ingreso y retiro de asegurados en la póliza

Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza y cuyo parto haya sido cubierto por la misma, quedarán amparados sin cobro de prima adicional y en forma automática. Para efectos de gozar de los beneficios de la póliza es necesario solicitar su inclusión en la póliza.

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 quinto día de nacido.

Para la inclusión de personas en la póliza, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que juzgue convenientes y con base en ellas dejará constancia de las 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.

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

8.2. Edades de ingreso y de permanencia

LA COMPAÑÍA no asume ninguna responsabilidad contractual frente a las personas que no se ajusten a las edades de ingreso establecidas, como tampoco, con aquellas personas que hayan cumplido su edad de permanencia.

Cobertura	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Todos los amparos (excepto renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria)	Asegurado principal 18 años cumplidos.	59 años y 364 días.	Ilimitada
	Otras personas asegurables.	5 días de nacido	
Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria	Cualquier persona asegurable 18 años cumplidos	59 años y 364 días.	64 años y 364 días.

8.3. 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.

9. Reclamaciones

Para estos efectos se estará con lo dispuesto en el artículo 1080 y demás normas concordantes del Código de comercio.

Art. 1080. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077.

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

- 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 con el artículo 1080 del Código de comercio y demás normas concordantes; ingresando su reclamación en la siguiente URL https://appbpm.hdiseguros.com.co/GM_WEB_PortalV1/? 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 brindó 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.
 - Cédula de la persona que asumió los gastos.
 - Certificación bancaria.
 - Historia clínica.

- Exámenes especiales de diagnósticos:
 - Orden médica con diagnóstico y tiempo de evolución.
 - Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
 - Certificación bancaria.

- Exámenes de diagnóstico simple, terapias e infiltraciones:
 - Orden médica.
 - Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
 - Certificación bancaria.
 - Control de asistencia a terapias.

- 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.

- Sistema de atención de siniestros

Independientemente si la atención del siniestro se inicia dentro de la red de profesionales e instituciones adscritos a LA COMPAÑÍA en convenio o fuera de ella, el asegurado en el momento que lo considere podrá cambiarse de alternativa. Si el asegurado desea combinar los servicios hospitalarios en red de LA COMPAÑÍA y honorarios médicos fuera de esta o viceversa la reclamación será atendida ajustada a lo indicado en este contrato para cada amparo.

- Indemnización asistencia en viaje en el exterior

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:

- 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 la compañía de asistencia.

- Incumplimiento

LA COMPAÑÍA y la compañía de asistencia 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 esta asistencia.

Así mismo, LA COMPAÑÍA y la compañía de asistencia 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 la compañía de asistencia 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.

- Pago de la indemnización

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

- Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.
- 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 a la compañía de asistencia. Así mismo, respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, LA COMPAÑÍA a través de la compañía de asistencia solo se hace cargo de los gastos adicionales que excedan de los previstos inicialmente por los asegurados.
- Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende el asegurado con el equipo médico que LA COMPAÑÍA, a través de la compañía de asistencia, tenga para tal fin

10 . Pago de la prima

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

La prima podrá ser pagada de manera semestral, trimestral o mensual, de acuerdo con lo establecido en la tarifa, la carátula, o cualquier anexo expedido en aplicación a la póliza, aplicando los respectivos recargos por fraccionamiento. 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.

11. Terminación de contrato

El contrato de seguro terminará:

- Por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.
- Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza o convenio establecido.
- Pólizas colectivas cuando no se cumpla con el número mínimo de diez (10) asegurados principales o el número de asegurados principales que se defina en condiciones particulares de la póliza.
- Por incumplimiento de las obligaciones del tomador y/o asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la ley.
- Por decisión unilateral del asegurador, por incumplimiento del tomador o asegurado de acreditar la afiliación al plan obligatorio de salud del asegurado principal y los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.

12. Renovación

El presente contrato no será renovado en forma automática. Quiere decir que se renovará por acuerdo entre las partes.

13. Vigencia

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

14. Responsabilidad



LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de sus asegurados una red de instituciones y médicos relacionados en la guía médica, quienes son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica 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 de ninguna clase respecto de personas como suministradoras directas de los servicios.

15. Normas supletorias

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

16. 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 disminuir 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, la obligación de LA COMPAÑÍA quedará limitada únicamente a reintegrar sin intereses la prima pagada por el asegurado, y no estar obligada a pagar reclamo alguno bajo la presente póliza.



17. 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.

18. Domicilio

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

19. 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.

20. 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.



21. 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.

22. Prevención de lavado de activos y financiación del

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 HDI Seguros Colombia S.A., para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.

23. Cláusula de Trato

La compañía se compromete a tratar a todos los clientes con equidad, respeto y transparencia en todas las etapas de la relación contractual y los clientes tienen derecho a recibir un trato justo. La compañía proporcionará información clara, precisa y comprensible sobre los términos y condiciones de la póliza, las coberturas y las exclusiones, acorde a las disposiciones legales. Todas las reclamaciones serán gestionadas de manera eficiente, imparcial y dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

24. Protección de datos.

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

