



**TÉNGALO
POR SEGURO**

Versión / Enero 2025

Póliza Seguro Salud Esencial 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.....	5
2. Exclusiones.....	5
2.1. EXCLUSIONES GENERALES	5
2.2. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA	9
2.3. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA..	10
2.4. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA CONSULTA MEDICA	12
2.5. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA INCAPACIDAD DOMICILIARIA.....	12
2.6. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL POR MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL	12
2.7. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR....	13
2.8. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A LA ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR	14
3. Coberturas Principales.....	14
3.1. GASTOS HOSPITALARIOS	14
3.2. HONORARIOS PROFESIONALES	14
3.3. OTRAS COBERTURAS	14
3.4. AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA	15
3.5. AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA	15
4. Coberturas Opcionales	25
5. Limitaciones del amparo básico.....	34
6. Limitaciones aplicables al amparo de Asistencia Odontológica.....	35
7. Quienes pueden asegurarse en la póliza y hasta que edad	35
8. ingreso ingreso y retiro de asegurados.....	36
aplicables al amparo de Asistncia Odontologica.....	36
9. Continuidad entre pólizas de la compañía.....	36
10. Afiliación al régimen contributivo del sistema general en salud	37
11. Reclamaciones	37
12. Pérdida del derecho a la indemnización	38
13. Pago de la prima.....	38
14. Terminación del contrato	39
15. Renovación.....	39
16. Vigencia	39
17. Responsabilidad	39
18. Normas supletorias.....	40
19. Declaraciones inexactas o reticentes	40
20. Notificaciones.....	40
21. Prescripción	41
22. Domicilio	41
23. Definiciones	41
24. Cláusula de limitación de responsabilidad por sanciones.....	45
25. Anticorrupción y antisoborno.	45
26. Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.....	45
27. Cláusula de Trato Justo	45
28. Protección de datos	46





**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 ESENCIAL HDI

Condiciones Generales

1. Amparo Básico

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., quien en adelante se denominará La Compañía, cubre los servicios requeridos durante la vigencia de la póliza con y sin internamiento hospitalario, con sujeción a los límites pactados y especificados en la carátula de la póliza y en estas condiciones. Los rubros considerados en la cobertura de la póliza son los mencionados en las secciones 2. Coberturas Principales y 4. Coberturas Opcionales, que se incluyen más adelante.

Los gastos objeto de cobertura de la presente póliza son los prestados en las instituciones hospitalarias, ambulatorias y profesionales de la salud pertenecientes a la red de servicios con la cual la compañía tenga convenio de servicios vigente.

Los gastos médicos, ambulatorios y hospitalarios causados por fuera de la red en convenio de servicios con la compañía no tendrán cobertura, salvo que en el lugar de Colombia donde se causen los servicios no exista dicha red, en cuyo caso el valor máximo a reconocer, en ningún momento será superior al valor acordado por la compañía con las instituciones hospitalarias, ambulatorias y profesionales de la salud en convenio.

- 1.1. Amparos Básicos
 - 1.1.1. Gastos hospitalarios
 - 1.1.2. Honorarios profesionales
 - 1.1.3. Otras coberturas
 - 1.1.4. Asistencia médica domiciliaria
 - 1.1.5. Asistencia odontológica
- 1.2. Amparos Opcionales
 - 1.2.1. Consulta médica ambulatoria
 - 1.2.2. Exámenes de diagnóstico simple, laboratorios, terapias e infiltraciones
 - 1.2.3. Exámenes especializados de diagnóstico
 - 1.2.4. Urgencias por enfermedad en una institución hospitalaria
 - 1.2.5. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria
 - 1.2.6. Renovación automática de la póliza de seguro de salud esencial por muerte o incapacidad total y permanente del asegurado principal
 - 1.2.7. Asistencia en viaje en el exterior

La definición de cada uno de los anteriores conceptos y el alcance de los mismos aparecen en la segunda cláusula

2. Exclusiones

2.1. EXCLUSIONES GENERALES

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



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

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

2.1.2. LA CIRUGÍA ESTÉTICA PAR A FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA U ORTOPÉDICA. SE EXCEPTÚAN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA 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 LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, EN CUYO CASO LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ MÁXIMO 50 DÍAS POR VIGENCIA ANUAL; DENTRO DE ESTE TRATAMIENTO NO SE RECONOCERÁ NINGÚN GASTO PRE Y POSTHOSPITALARIO.

2.1.4. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR DROGADICCIÓN, FARMACODEPENDENCIA, O ALCOHOLISMO Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA; ASÍ COMO TAMPOCO LOS GASTOS INCURRIDOS PREVIAMENTE A ESTOS TRATAMIENTOS.

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 MIOFASIALES POR MAL POSICIÓN DENTARIA Y/O ANOMALÍAS DE CRECIMIENTO DE MAXILARES, TRATAMIENTO DE CUALQUIER ÍNDOLE DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MAXILAR

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

2.1.6. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR DEFECTOS 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 IN VITRO, IMPOTENCIA O DISFUNCIÓN ERÉCTIL, CAMBIOS DE SEXO.



2.1.8. EL SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS, AUDÍFONOS, BRAGUEROS, SILLAS DE RUEDAS, EQUIPOS PARA TERAPIA FÍSICA OCUPACIONAL, MULETAS, ÓRGANOS PARA TRASPLANTE NI LOS COSTOS PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS, MEDIAS ANTIEMBÓLICAS, PAÑALES, LECHE MATERNIZADA, FAJAS Y CABESTRILLOS, SALVO QUE ESTOS ELEMENTOS SEAN MEDICAMENTE REQUERIDOS Y LA COMPAÑÍA LOS HAYA AUTORIZADO PREVIAMENTE.

2.1.9. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y ASONADA, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN EXISTENTE EN EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO, CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN FORMA ACTIVA 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.

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.

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

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

2.1.16. EL ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO DEL RONQUIDO O UVULOPALATOPLASTIA.

2.1.17. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA.

2.1.18. 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 AUTO TERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.

2.1.19. EN LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS, EL COSTO DEL ÓRGANO. SIN EMBARGO, LA COMPAÑÍA CUBRE LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS POR EL DONANTE DEL ÓRGANO PARA EL TRASPLANTE AL ASEGURADO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA COMPAÑÍA CUBRE LOS GASTOS DE PRESERVACIÓN Y TRANSPORTE DEL ÓRGANO A TRASPLANTAR.



2.1.20. LA MATERNIDAD, LAS COMPLICACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO, SI AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO LA PERSONA ESTA EMBARAZADA, O NO CUMPLE CON EL TIEMPO ESTABLECIDO EN LAS LIMITACIONES DEFINIDAS EN LA CLÁUSULA TERCERA DE ESTAS CONDICIONES.

2.1.21. EL ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS, SALVO QUE SEA MEDICAMENTE REQUERIDO Y LEGALMENTE APROBADO.

2.1.22. LOS SERVICIOS O TRATAMIENTOS AMBIENTALES, EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES A LARGO PLAZO, EN BALNEARIOS, EN HIDRO CLÍNICAS, EN BAÑOS TERMALES, EN INSTITUCIONES DE REHABILITACIÓN, EN SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO O ASILO DE ANCIANOS Y TODAS AQUELLAS OTRAS QUE NO SEAN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA. NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, ESTARÁN AMPARADOS LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS DE REHABILITACIÓN QUE SURJAN A CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, CUANDO ESTOS SEAN SUMINISTRADOS EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.

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

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

2.1.25. 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.

2.1.26. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.

2.1.27. LA MASTOPLASTIA 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 ESTEN ASEGURADAS EN LA PÓLIZA DESDE ANTES DE LOS 13 AÑOS DE EDAD.

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

2.1.29. LAS URGENCIAS POR ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TENGA CONTRATADO EL AMPARO OPCIONAL DE URGENCIAS POR ENFERMEDAD O QUE LA MISMA SE ATIENDA A TRAVÉS DEL SERVICIO PRESTADO POR EL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA.

PARÁGRAFO 1: NO OBSTANTE, LO ESTIPULADO EN LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LOS NUMERALES 1 Y 17 DE ESTA CLÁUSULA Y AQUELLAS EXCLUSIONES PARTICULARES ESTABLECIDAS EN LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ POR



DICHOS CONCEPTOS, UN VALOR ASEGURADO EQUIVALENTE A UN (1) SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE (S.M.M.L.V.) POR EVENTO Y POR VIGENCIA.

PARÁGRAFO 2: NO OBSTANTE, LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 12 DE ESTA CLÁUSULA, 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.

PARÁGRAFO 3: NO OBSTANTE, LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 6, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LAS CIRUGÍAS REFRACTIVAS EN LOS SIGUIENTES CASOS, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DE REALIZARLE EL TRATAMIENTO:

PARA LOS ASEGURADOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA Y CUYA PERMANENCIA EN LA MISMA HAYA SIDO CONTINUA DESDE SU NACIMIENTO. PARA ESTE CASO, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EL 100% DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y MÉDICOS INCURRIDOS.

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 INSTITUCIONES Y MÉDICOS CON CONVENIO CON LA COMPAÑÍA. POR NINGÚN MOTIVO SE EFECTUARÁN REEMBOLSOS DE GASTOS INCURRIDOS POR ESTE CONCEPTO.

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

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

PARÁGRAFO 5: NO OBSTANTE, LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 8, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LOS APARATOS ORTOPÉDICOS QUE REQUIERA UN ASEGURADO CON DISCAPACIDAD PERMANENTE ADQUIRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.2 EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO O 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 DE LA COMPAÑÍA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA.

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

2.2.3. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN EN SU TENTATIVA.

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

2.2.5. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES Y/O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIÁTRICO DE CARÁCTER AGUDO CRÓNICO.

2.2.6. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.

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

2.2.8. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRACTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.

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

2.2.10. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.

2.2.11. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TER REMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.

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

2.2.13. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.

2.2.14. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.

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

2.3. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

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



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

2.3.2. LOS TRATAMIENTOS ORIGINADOS EN ENFERMEDADES MENTALES Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS, ALCOHÓLICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA.

2.3.3. LOS EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL NO CUBIERTOS POR LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUYO TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y QUIRÚRGICO HAYA SIDO CUBIERTO POR ESTA, EN CUYO CASO SE EXCLUYEN LOS APARATOS DE PRÓTESIS, SU IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN.

2.3.4. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y ASONADA, BAJO LA DEFINICIÓN EXISTENTE EN EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO, CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE ACTIVAMENTE DE ESTAS.

2.3.5. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TER REMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.

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

2.3.7. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA.

2.3.8. 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 Y OTROS SIMILARES.

2.3.9. LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUIRÚRGICOS U HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ÉTICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.

2.3.10. LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS Y/ O INTENTO DE SUICIDIO.

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

2.3.12. LOS PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN DOMICILIARIA.

2.3.13. LOS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL IMPORTADO NO RECONOCIDO EN COLOMBIA Y EN EL PLAN DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA; PRÓTESIS, IMPLANTES, REHABILITACIÓN ORAL, DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN 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.

2.3.14. LOS PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS BAJO CONVENIO CON LA COMPAÑÍA.

2.3.15. LOS JUEGOS PERIAPICALES COMPLETOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS, CARILLAS PARA CAMBIOS DE FORMA, TAMAÑO O COLOR DE LOS DIENTES, O EL CAMBIO DE AMALGAMAS QUE SE ENCUENTREN ADAPTADAS Y FUNCIONALES POR RESINAS, ASÍ MISMO RESTAURACIONES PARA SENSIBILIDAD DENTAL, BLANQUEAMIENTOS DE DIENTES NO VITALES, REPARACIÓN DE PERFORACIONES DENTALES, SALVO LAS CAUSADAS POR LOS ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED, REMODELADO ÓSEO Y PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL.

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

2.4. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA CONSULTA MEDICA

2.4.1. 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.

2.4.2. NO CUBRIMOS LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS.

2.4.3. NO CUBRIMOS LAS 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.

2.5. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA INCAPACIDAD DOMICILIARIA

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

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

2.5.3. 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.

2.6. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL POR MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL



ESTE AMPARO NO TIENE OPERANCIA, SI DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE RELACIONA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.6.1. EL FALLECIMIENTO MOTIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR SUICIDIO CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL ASEGURADO OCURRIDO DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA, O DESDE LA FECHA DE SU REHABILITACIÓN O DESDE LA FECHA DE AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO.

2.6.2. LAS ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS O LIMITACIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

2.7. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

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

2.7.1. CUANDO LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO SEA SUPERIOR A 90 DÍAS.

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

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

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

2.7.5. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN CON SU TENTATIVA.

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

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

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

2.7.9. LA ASISTENCIA Y GASTOS DERIVADOS DE PRACTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.

2.7.10. LOS CAUSADOS POR LA MALA FE DEL ASEGURADO.



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

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

2.7.13. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA

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

2.8. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A LA ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

LAS SEÑALADAS EN LA CLAUSULA PRIMERA DE LAS CONDICIONES GENERALES A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO.

3. Coberturas Principales

3.1. GASTOS HOSPITALARIOS

- 3.1.1. Habitación
- 3.1.2. Unidad de cuidados intensivos o cuidado intermedio
- 3.1.3. Otros servicios hospitalarios
- 3.1.4. Urgencias
- 3.1.5. Maternidad
- 3.1.6. Amparo al recién nacido
- 3.1.7. Gastos pre y posthospitalarios
- 3.1.8. Hospitalización domiciliaria

3.2. HONORARIOS PROFESIONALES

- 3.2.1. Honorarios quirúrgicos
- 3.2.2. Honorarios de anestesiólogo
- 3.2.3. Honorarios por ayudantía quirúrgica
- 3.2.4. Honorarios profesionales por tratamientos hospitalarios no quirúrgicos
- 3.2.5. Honorarios médicos por tratamientos médicos simultáneos
- 3.2.6. Honorarios por terapias
- 3.2.7. Tratamientos odontológicos por accidente

3.3. OTRAS COBERTURAS

- 3.3.1. Tratamiento de cáncer
- 3.3.2. Trasplante de órganos
- 3.3.3. Tratamiento para la insuficiencia renal crónica
- 3.3.4. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones
- 3.3.5. Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor
- 3.3.6. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón
- 3.3.7. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central y accidentes cerebro vasculares
- 3.3.8. Tratamiento quirúrgico para enfermedades congénitas y genéticas



- 3.3.9. Reemplazos articulares
- 3.3.10. Gastos funerarios
- 3.3.11. Exoneración de pago de primas
- 3.3.12. Aparatos ortopédicos
- 3.3.13. Defectos de refracción visual
- 3.3.14. Apoyo psicológico en caso del diagnóstico de una enfermedad grave, enfermedad congénita o muerte de un familiar

Adicionalmente, los siguientes amparos hacen parte integrante del contrato principal y por lo tanto se rigen por sus condiciones generales y las particulares para cada uno de ellos.

3.4. AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

3.5. AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Adicionalmente y con sujeción a lo consignado en la caratula de la póliza, se cubrirán los riesgos referidos en el numeral vi a los cuales aplican los incisos segundo y tercero de la presente cláusula.

La definición de cada uno de los anteriores conceptos y el alcance de los mismos aparecen especificados a continuación

3.1. GASTOS HOSPITALARIOS

3.1.1. HABITACIÓN

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

3.1.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O CUIDADO INTERMEDIO.

Comprende los servicios 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 reconocerá el servicio de habitación, ni honorarios del intensivista, los cuales se entienden incluidos dentro del servicio de la unidad.

3.1.3. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Bajo este rubro se reconocerán los siguientes conceptos:

A. ALIMENTACIÓN: La dieta normal suministrada por la institución hospitalaria al paciente y ordenada médicamente.

B. SERVICIO GENERAL DE ENFERMERÍA: Servicio suministrado normalmente por la institución hospitalaria.

C. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Derecho de sala de cirugía, instrumentación, material de cirugía, elementos de anestesia, exámenes de laboratorio y radiológicos y de diagnóstico, especializado vendajes, yesos, medicamentos, plasma sanguíneo, transfusiones, oxígeno, respiradores artificiales, terapias; prótesis y material de osteosíntesis; el valor máximo a reconocer por estos dos conceptos será el estipulado en la carátula de la póliza por evento.

3.1.4. URGENCIAS:



Bajo el concepto de Gastos Hospitalarios, las urgencias que se reconocen son las derivadas directamente de un accidente.

3.1.5. MATERNIDAD

Mediante este beneficio se reconocen los servicios relativos con el cuidado prenatal, para estos efectos LA COMPAÑÍA reconocerá hasta seis (6) consultas prenatales y tres (3) ecografías gestacionales y cubrirá los servicios como consecuencia de la atención hospitalaria del parto ya sea normal o por cesárea, el aborto no provocado, o cualquier otra complicación resultante del embarazo.

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

3.1.6. 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 hasta finalizar la vigencia en curso. Además, tendrán derecho a la cobertura de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y genéticas, así como la consulta de valoración pediátrica al momento del nacimiento.

3.1.7. GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS

LA COMPAÑÍA indemnizará dentro de esta cobertura

los gastos que se causen dentro de los 30 días anteriores y posteriores a la hospitalización y/o cirugía, siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó esta, por los siguientes conceptos:

3.1.7.1 Exámenes de laboratorio y radiografías simples.

3.1.7.2 Exámenes especiales de diagnóstico, hasta por un valor máximo total de dos (2) SMLMV.

3.1.7.3 Los medicamentos posteriores a la hospitalización y/o cirugía, que formule el médico para un periodo máximo de un (1) mes.

3.1.7.4 Así mismo se reconocerán hasta tres (3) consultas entre pre y posthospitalarias y una consulta preanestésica.

3.1.8. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Este servicio será prestado previa solicitud del asegurado y cuando a criterio del médico tratante se amerite dicha hospitalización domiciliaria. 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 y a la alimentación parenteral.

3.2. HONORARIOS PROFESIONALES

La póliza reconocerá los siguientes honorarios profesionales sin límites de cobertura, siempre que el médico forme parte de la red médica bajo convenio con LA COMPAÑÍA.

3.2.1. HONORARIOS QUIRÚRGICOS

3.2.2. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO



3.2.3. HONORARIOS POR AYUDANTÍA QUIRÚRGICA Para aquellas intervenciones quirúrgicas en donde por su complejidad médicamente se requiera la presencia de un profesional de ayudantía quirúrgica.

3.2.4. 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 indemnizarán bajo este concepto las visitas diarias estipuladas en la carátula de la póliza. Cuando cualquiera de los asegurados se encuentre recluso en Unidad de Cuidados Intensivos, se reconocerán hasta tres (3) visitas médicas diarias en caso de requerir la asistencia de uno (1) o más especialistas.

3.2.5. 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 o varios médicos de diferente especialidad, se reconocerá una visita médica diaria por especialidad, con un máximo de tres (3) visitas diarias.

3.2.6. HONORARIOS POR TERAPIAS Se cubren las terapias derivadas de un evento hospitalario y/o quirúrgico cubierto por la póliza, hasta un máximo de 20 terapias por evento al año.

3.2.7. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE El valor asegurado por este amparo es ilimitado.

3.3. OTRAS COBERTURAS

Además de las coberturas anteriormente citadas la póliza cubre las siguientes enfermedades:

3.3.1. TRATAMIENTO DE CÁNCER:

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

Se incluyen en esta cobertura los exámenes de diagnóstico simples y especializados y consultas médicas de control.

3.3.2. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

Se reconocen todos los trasplantes médicamente aprobados, excepto el trasplante de células madre.

Además, reconocemos los gastos del donante efectivo por estudios pretrasplante y procedimiento quirúrgico, hasta por 60 S.M.M.L.V., así este se encuentre o no asegurado

3.3.3. TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Se reconocen los servicios hospitalarios y ambulatorios necesarios para la atención de la insuficiencia renal crónica, incluye la hemodiálisis y diálisis peritoneal.

3.3.4. TRATAMIENTO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES.



Se reconocen los servicios intrahospitalarios y ambulatorios para el tratamiento del SIDA, para este último el valor máximo a reconocer es de 15 S.M.M.L.V. por vigencia anual, incluyendo medicamentos, exámenes y consultas de control.

El valor asegurado máximo y único durante la vigencia de la póliza y sus renovaciones será de 100 S.M.M.L.V. por asegurado.

3.3.5. TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR.

3.3.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZÓN.

3.3.7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES.

3.3.8. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS

El valor asegurado máximo y único durante la vigencia de la póliza y sus renovaciones para este amparo será máximo de 100 SMLMV por asegurado; siempre y cuando no se trate de una enfermedad conocida, manifiesta o diagnosticada antes del ingreso del asegurado a la póliza; y una vez agotado el mismo cesará la responsabilidad de LA COMPAÑÍA por este evento.

3.3.9. REEMPLAZOS ARTICULARES

LA COMPAÑÍA reconoce todas las prótesis que requiera un asegurado, incluyendo dentro de éstas los: marcapasos, stent, coils, válvulas cardíacas y prótesis articulares entre otras, ajustadas a la definición, el valor máximo a reconocer por este concepto es de 20 S.M.M.L.V. por evento.

Los reemplazos de prótesis se reconocerán después de transcurridos dos (2) años del primer procedimiento. Sin embargo, si en un período inferior se requiere de un reemplazo, se reconocerá el procedimiento quirúrgico y los servicios hospitalarios, más no los gastos incurridos por la prótesis.

3.3.10. 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.

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

3.3.11. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS.

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

En caso 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 o incapacidad total y permanente del asegurado principal.



3.3.12. 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 la Cláusula Primera de la 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) S.M.M.L.V. por evento.

3.3.13. DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL

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

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

Este beneficio se otorgará una sola vez, independientemente del número de renovaciones que haya tenido la póliza y la cobertura se prestará única y exclusivamente en Colombia en la red de instituciones y médicos que tengan convenio con LA COMPAÑÍA. Por ningún motivo se efectuarán reembolsos de gastos incurridos por este concepto.

3.3.14. 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:

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

3.3.15. AMPARO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

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

3.3.15.1 Objeto del amparo

Antes de entrar a definir el amparo otorgado mediante la presente cobertura, es importante anotar que la compañía cumplirá la prestación asegurada bajo este amparo, mediante la selección de un tercero especializado, que pone a disposición del asegurado. La compañía no asume ninguna responsabilidad por el servicio del tercero y su obligación se limita al pago del servicio. El tercero 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 cobertura. Así mismo debe quedar claro, que el siguiente amparo, opera únicamente cuando el asegurado ha solicitado y obtenido el visto bueno de la asistencia por teléfono, en los números disponibles e indicados en este condicionado y solo le serán reembolsados los gastos razonables cubiertos bajo este seguro, que demuestre haber sufragado, si la asistencia no pudo ser prestada por el tercero por causa de fuerza mayor.

En virtud del presente amparo, la compañía, garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrido en su domicilio habitual, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente amparo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

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 el amparo básico.

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.

3.3.15.2 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.

3.3.15.3. Coberturas a las personas

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

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

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

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

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



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

B. Asistencia Médica Domiciliaria:

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

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

C. Traslados médicos de emergencia:

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

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

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

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

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

3.3.15.4.LIMITE DE RESPONSABILIDAD

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

3.3.15.5.SINIESTROS

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

1. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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



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

2. INCUMPLIMIENTO

LA COMPAÑÍA y 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 este amparo.

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 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.

3.3.16. AMPARO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

El presente amparo, hace parte integrante de la póliza de seguro de salud, en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

3.3.16.1. AMPARO

La cobertura otorgada por la compañía mediante el presente amparo será prestada a través de la red de clínicas y odontólogos adscritos, que para efectos del presente contrato en adelante se llamara simplemente el tercero, el cual asume la obligación en todo caso, de suministrar y prestar los servicios que más adelante se definen.

El asegurado declara conocer y aceptar dicha circunstancia desde el mismo momento en que se otorga esta cobertura.

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

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

La definición de cada uno de estos amparos y su forma de aplicación aparecen especificados en las siguientes condiciones particulares

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

3.3.16.2. COBERTURAS

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

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

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



1. CONSULTAS

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

2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

2.1 PROFILAXIS

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

2.2 FLUORIZACIÓN

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

2.3 FISIOTERAPIA ORAL

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

B. PLAN DE SALUD ORAL INTEGRAL EN URGENCIA DENTAL

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

1. DIAGNOSTICO ORAL

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

2. 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 pulpaes directos e indirectos, obturación provisional, obturación con amalgama, resina de foto curado, ionómero de vidrio (solo para reconstrucción de muñones) y tratamientos de conductos uni, bi y multiradiculares. Los tratamientos de conductos son realizados directamente por los especialistas en la materia.

3. URGENCIA PROTÉSICA



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

4. URGENCIA PERIODONTAL

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

Bajo este amparo se da cobertura a la realización de detartrajes simples y complejos, raspajes y 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.

5. URGENCIA QUIRÚRGICA

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

6. RAYOS X PERIAPICALES

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

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

PARÁGRAFO: Condiciones especiales de atención aplicables a los amparos

- a) LA COMPAÑÍA podrá, en cualquier momento, solicitar una consulta especial con cualquier asegurado, con el objetivo de mantener el nivel de calidad y la autorización del amparo de Asistencia Odontológica y/o aclarar dudas técnicas.
- b) Es requisito indispensable para la operancia del amparo de asistencia odontológica la autorización del Odontólogo General quien realizará el diagnóstico y el plan de tratamiento.
- c) Se considera un abandono de tratamiento la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida del diente, cuando un asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días consecutivos a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.

3.3.16.3.DEFINICIONES Y OBLIGACIONES

- 1. **ENFERMEDAD:** Es cualquier alteración de la salud que conduzca a un tratamiento odontológico o quirúrgico.
- 2. **ACCIDENTE:** Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones dentales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas odontológicamente comprobadas y que sean objeto de las coberturas del presente amparo odontológico.



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

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

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

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

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

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

3.3.16.4. RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de sus asegurados una red de instituciones y odontólogos, que son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad odontológica y prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones. No obstante, LA COMPAÑÍA no asume la responsabilidad técnica ni profesional propia de dichas personas como suministradoras directas de los servicios, dada la naturaleza de la función que desempeñan en este contrato.

4. Coberturas Opcionales

Los siguientes amparos opcionales hacen parte integrante de la póliza de seguro de salud esencial a la que se adhieren, siempre y cuando hayan sido contratados e incluidos en el «cuadro de beneficios contratados» de la carátula de la póliza, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

4.1. CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

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.

El asegurado debe acceder a la Red Médica establecida por LA COMPAÑÍA para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago para cada consulta, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza.



No obstante, cuando se trate de una consulta médica efectuada en una ciudad en la cual no haya Red Médica contratada, LA COMPAÑÍA reconocerá el valor de la misma de acuerdo con las tarifas de convenio con su Red en la respectiva ciudad de residencia del asegurado, descontando de esta el valor del copago, sin que el valor a reconocer exceda el valor incurrido por el asegurado

PARÁGRAFO: Por este concepto se reconocerán las consultas ambulatorias de Nutrición, Psicología, Terapia Ocupacional y Psiquiatría, únicamente dentro de la red y con el valor del copago establecido en la carátula de la póliza. Si el acceso es por fuera de la red de LA COMPAÑÍA, no habrá lugar a reembolso.

4.2. EXÁMENES DE DIA GNÓSTICO SIMPLE, LABORATORIOS, TERAPIAS E INFILTRACIONES

Cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo tendrá derecho al reconocimiento de las siguientes coberturas, siempre y cuando sean prescritas por un médico:

1. Exámenes de Diagnóstico General y Laboratorios

- a. Exámenes de Laboratorio Clínico e Histológico
- b. Radiografías simples
- c. Ecografías simples
- d. Electrocardiogramas
- e. Electroencefalogramas

2. Terapias

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

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

3. Infiltraciones

El asegurado debe acceder a la Red Médica establecida por LA COMPAÑÍA para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago por cada cinco (5) exámenes y por terapia, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza.

No obstante, cuando se trate de exámenes efectuados en una ciudad en la cual no haya Red Médica contratada, LA COMPAÑÍA reconocerá el valor de los mismos de acuerdo con las tarifas de convenio con su Red en la respectiva ciudad de residencia del asegurado, descontando de esta el valor del copago, sin que el valor a reconocer exceda el valor incurrido por el asegurado

4.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO

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

Los exámenes de laboratorio clínico, ecografías simples, electrocardiogramas, electroencefalogramas y radiografías simples no se entienden para efectos de este Amparo como exámenes especiales de diagnóstico



y solo tendrán cobertura bajo el Amparo de Exámenes de Diagnóstico general, laboratorios, terapias e infiltraciones, cuando éste sea contratado.

4.4. URGENCIAS POR ENFERMEDAD EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

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:

- a. Cuando a consecuencia de la urgencia por enfermedad se deriva un internamiento hospitalario.
- b. Cuando el asegurado es remitido a urgencias por el servicio de Asistencia Médica la Compañía.

4.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN E INCAPACIDAD DOMICILIARIA

4.5.1. Definición:

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

4.5.2. Cobertura

La cobertura que brinda este amparo es la siguiente:

4.5.2.1 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.

4.5.2. Renta diaria por incapacidad domiciliaria

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

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

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

4.6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL POR MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL

4.6.1. Definición

La póliza a la que accede este amparo se renovará automáticamente en caso de muerte o incapacidad total y permanente del asegurado principal, por la cantidad de periodos que cubra el valor contratado de la prima del seguro.



4.6.2. Cobertura

La cobertura de este amparo empezará a partir de la renovación siguiente a la terminación de la vigencia en la que ocurre el fallecimiento o se estructura la incapacidad total y permanente del asegurado principal, de acuerdo con las condiciones de este amparo.

Para los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado menor de sesenta y nueve (69) años, o cualquiera otra edad expresada en la caratula de la póliza para este amparo opcional, que haya sido ocasionada y se manifieste, durante la vigencia de la póliza a la que accede este amparo y por una causa no excluida, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones

Funcionales que de por vida impidan a la persona ejercer su ocupación habitual o cualquier otra actividad que esté de acuerdo con sus conocimientos, formación o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado. Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- A) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos.
- B) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- C) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- D) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas

4.6.3. Límites de edad

La edad máxima que LA COMPAÑÍA acepta para el ingreso al presente Amparo de seguros es de 69 años y la edad máxima de renovación es también de 69 años.

4.6.4. Condiciones de renovación

Este amparo se extiende a cubrir las renovaciones de la póliza por las vigencias anuales o parte de ellas de acuerdo con las edades de las personas que conforman el grupo asegurado, las coberturas de la póliza y tarifas pactadas en cada renovación, hasta agotar la suma contratada indicada en la carátula de la póliza.

4.6.5. Valor asegurado

El valor asegurado de este amparo es el monto de las primas de renovación de la póliza que se registra en la carátula de la póliza.

4.6.6. Procedimiento en caso de la muerte e incapacidad total y permanente del asegurado principal.

Para que LA COMPAÑÍA proceda a la renovación automática de la póliza, para la afección del amparo de RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL, como consecuencia de la muerte o la estructuración de la incapacidad total y permanente del asegurado principal, será necesario acreditar la ocurrencia del siniestro, de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la presentación de documentos tales como

- Formulario de reclamación.
- Registro civil de defunción



- Registro civil de nacimiento del asegurado
- Certificado médico de defunción
- Historia clínica de los Médicos o entidades hospitalarias que atendieron al Asegurado.

En caso de muerte accidental o violenta:

- Acta de levantamiento del cadáver
- Certificado de Necropsia
- Certificado de Fiscalía.

En caso de incapacidad total y permanente:

- Historia Clínica completa y Certificación Médica en la que el facultativo que atendió al Asegurado califica el estado de salud del mismo

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

4.7. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

Antes de entrar a definir el amparo otorgado mediante la presente cobertura, es importante anotar, que 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 un tercero, que para efectos del presente contrato en adelante se llamara simplemente el tercero, el cual asume la obligación en todo caso, de suministrar y prestar el servicio que más adelante se define. el asegurado declara conocer y aceptar dicha circunstancia desde el mismo momento en que solicita el otorgamiento de esta cobertura. así mismo debe quedar claro, que el siguiente amparo, opera únicamente cuando el asegurado ha solicitado y obtenido el visto bueno de la asistencia por teléfono, en los números disponibles e indicados en este condicionado y solo le serán reembolsados los gastos razonables cubiertos bajo este seguro, que demuestre haber sufragado, si la asistencia no pudo ser prestada por causa de fuerza mayor en virtud del presente amparo, la compañía garantiza la puesta a disposición del asegurado de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando este se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el curso de un viaje fuera de su domicilio habitual, realizado en cualquier medio de locomoción, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente amparo y por hechos derivados únicamente de los siguientes conceptos:

1. Evacuación medica de emergencia.
2. Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario.
3. Gastos médicos por accidente o enfermedad.
4. Gastos odontológicos por enfermedad o accidente.
5. Medicamentos.
6. Recuperación en hotel.
7. Repatriación de restos mortales.
8. Gastos de acompañamiento de un familiar.
9. Localización y transporte de efectos personales.
10. Perdida definitiva del equipaje.
11. Interrupción del viaje.



12. Pago de honorarios legales.
13. Traslados urbanos de emergencia o traslados médicos en ambulancia terrestre.
14. Visita médica domiciliaria o envío de médico a domicilio.
15. Retorno y acompañamiento de menores.
16. Contacto con su médico de cabecera.
17. Informe de trámite de documentos extraviados en el exterior.
18. Transmisión de mensajes urgentes.

La definición de cada uno de estos conceptos y su forma de aplicación aparecen determinados en la sección beneficios que se aprecian a continuación.

4.7.1. Limitaciones

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en el presente amparo, no implica aceptación de responsabilidad por parte de la compañía, respecto de los amparos básicos de la póliza de seguro, al que accede el presente amparo de asistencia en viaje.

4.7.2. Ámbito territorial de las personas

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

4.7.3. Beneficios

1.Evacuación médica de emergencia:

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

2. Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario:

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

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

3. Gastos médicos por accidente o enfermedad:

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

- Hospitalización.



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

El valor asegurado es de US \$30.000 por evento, y por el tiempo de vigencia de la póliza.

4. Gastos odontológicos por enfermedad o accidente:

Si durante la urgencia en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de una enfermedad o un accidente en su dentadura natural, la compañía cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta US \$750 por evento.

Se excluye de esta cobertura:

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

5. Medicamentos:

Si durante la permanencia en el exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que no requiera de su hospitalización, la compañía cubrirá el valor del medicamento prescrito por el médico tratante hasta por US \$2.500 por evento.

6. Recuperación en hotel (gastos de hotel por convalecencia):

Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, la compañía se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta por US \$1.500 por evento.

7. Repatriación de restos mortales:

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

8. Gastos de acompañamiento de un familiar:

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



9. Localización y transporte de efectos personales.

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

10. Pérdida definitiva del equipaje:

Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, la compañía le reconocerá como indemnización según el peso del equipaje aforado hasta por US \$1.200.

11. Interrupción del viaje:

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

12. Pago de honorarios legales:

En caso de que durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, la compañía pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta por US \$1.000.

13. 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 coordinará, contactará y hará un seguimiento 100% del arribo de unidades médicas especializadas (de alta, media o baja complejidad según el caso y el lugar), para transportar el beneficiario hasta el centro asistencial adecuado. La cobertura de este beneficio es ilimitada.

14. 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.

15. Retorno y acompañamiento de menores:

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



genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia. La cobertura de este beneficio es ilimitada.

16. 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 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.

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

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

18. Transmisión de mensajes urgentes:

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

4.7.5. Definiciones

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

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

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

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

4.7.6. Indemnización

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

1. Obligaciones del Asegurado

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

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



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

2. Incumplimiento

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

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

3. Pago de la Indemnización

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

a. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.

b. Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por parte de la empresa transportadora comercial correspondiente al pasaje no consumido, al hacer uso de la cobertura de transporte o repatriación, dicho reembolso deberá reintegrarse al tercero. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, LA COMPAÑÍA a través del tercero sólo se hace cargo de los gastos adicionales que excedan de los previstos inicialmente por los asegurados.

c. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al asegurado con el equipo médico que LA COMPAÑÍA, a través del tercero, tenga para tal fin.

5. Limitaciones del amparo básico

5.1. Maternidad: los servicios que genere la atención del embarazo se reconocerán siempre y cuando el embarazo se inicie 30 días después de haber ingresado la asegurada a la póliza y que desde el inicio del embarazo hasta su terminación haya por lo menos dos (2) asegurados en la póliza.

cuando sea una sola la asegurada, el embarazo se reconocerá siempre y cuando éste, se inicie transcurridos 12 meses de iniciada la vigencia del seguro.

Cuando se expida una póliza con un sólo asegurado y este es mujer, el ingreso posterior de otro asegurado a la póliza no modifica el periodo de carencia para la cobertura de maternidad y por lo tanto se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.



En las pólizas colectivas, independientemente del número de asegurados, los servicios para la atención del embarazo se reconocerán siempre y cuando el embarazo se inicie 30 días después de haber ingresado la asegurada a la póliza.

5.2 A partir del primer día del segundo año de permanencia continua del asegurado en la póliza se indemnizarán cirugías o tratamientos como consecuencia de: amigdalitis, adenoiditis, fimosis, miomas, quistes ováricos, hipertrofia prostática, cálculos renales, prolapsos uterinos, trasplantes, cáncer e insuficiencia renal.

Igualmente, a partir del primer día del segundo año de permanencia continua del asegurado en la póliza se reconocerán las pruebas de alergia o pruebas de parche; así como también el examen de diagnóstico pet scan, siempre y cuando el mismo no sea de tamizaje. Estos exámenes se reconocerán, siempre y cuando se tenga contratado el amparo opcional de exámenes de diagnóstico especializado.

5.3. A partir del primer día del tercer año de permanencia continua del asegurado en la póliza, se indemnizarán cirugías o tratamientos como consecuencia de: cataratas, cálculos de vesícula y vías biliares, hernias: discal, inguinal, umbilical y epigástrica, sida, pterigios, úlcera gástrica o duodenal, hallux valgus, varices y septoplastia funcional (no estética),

Esta última en todos los casos sólo se indemnizará cuando sea consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, debidamente certificado por reporte médico y radiológico del día del accidente.

6. Limitaciones aplicables al amparo de Asistencia Odontológica

6.1. Los beneficios otorgados en este amparo para el amparo de promoción y prevención sólo tendrán operancia cada seis (6) meses y uno (1) por semestre.

6.2. Para el amparo de urgencias se podrá acceder de manera ilimitada, y tendrá cobertura siempre y cuando la afección dental sea definida y considerada por el odontólogo general como una urgencia.

7. Quienes pueden asegurarse en la póliza y hasta que edad

7.1. Asegurado Principal

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

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



7.3. Edad de Permanencia

En las pólizas la edad de permanencia es indefinida.

8. ingreso ingreso y retiro de asegurados

Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán amparados sin cobro de prima adicional y en forma automática, desde su nacimiento hasta la terminación de la vigencia del período anual durante el cual se produjo este. Para efectos de gozar de los beneficios de la póliza es necesario solicitar su inclusión en la póliza. Para obtener cobertura en los años subsiguientes; será necesario el pago de la prima respectiva.

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

9. Continuidad entre pólizas de la compañía

El Análisis de continuidad de una Póliza de Seguro de salud ESENCIAL, se otorga a los asegurados principales y a sus dependientes, previo estudio por parte de LA COMPAÑÍA de las condiciones actuales de salud de los asegurados y del plan del que provienen; y siempre que hayan estado amparados por un período no inferior a un (1) año y formulen la solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su retiro del grupo o de la terminación de los amparos.

Continuidad de otras pólizas de Salud, contratos de Medicina Prepagada

PARÁGRAFO 1: LA COMPAÑÍA podrá otorgar la continuidad de otras Pólizas de Salud o Contratos de Medicina Prepagada, previo estudio de valoración por su parte. En todo caso de ser aceptada la continuidad, la misma quedará confirmada en la carátula de la póliza.

PARÁGRAFO 2: LA COMPAÑÍA no otorgará continuidad sobre Planes de atención Complementa del plan complementario de Salud emitidas por las Entidades Promotoras de Salud



10. Afiliación al régimen contributivo del sistema general 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 parágrafo 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.

11. 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. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

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

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

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 opcionales: Consulta médica ambulatoria:
No aplica.

Renta Diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria:
Incapacidad emitida por el médico.
Historia Clínica y/o Epicrisis
Certificación Bancaria

Gastos Funerarios
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Certificado de Defunción
Cedula de la persona que asumió los gastos.
Certificación Bancaria
Historia Clínica

Exámenes de Diagnostico Simple, Terapias e Infiltraciones (De aplicar)
Orden médica.
Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
Certificación Bancaria.
Control de asistencia a terapias

12. Pérdida del derecho a la indemnización

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

Art. 1078. Si el asegurado o beneficiario incumplieren las obligaciones que le corresponden en caso de un siniestro, el asegurador sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le acuse dicho incumplimiento.

La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro causará la pérdida de tal derecho.

13 . Pago de la prima

Las primas están calculadas para periodos de un (1) año con pago anual y deberán pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, amparo o certificado y su incumplimiento acarreará la terminación automática del contrato de seguro de acuerdo con las normas legales vigentes. La prima podrá ser pagada de manera semestral, trimestral o mensual, de acuerdo con lo previsto en la tarifa, la caratula o cualquier amparo expedido en aplicación a la póliza.

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



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

14 . Terminacion del contrato

El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.
El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
3. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza.
4. 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.
5. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley.
6. Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar afiliado al Plan Obligatorio de Salud de él y/o los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia

15. Renovación

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

16. Vigencia

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

17. Responsabilidad

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de sus asegurados una Red de Instituciones y Médicos contenidos 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 técnica ni profesional propia de dichas personas como suministradoras directas de los servicios, dada la naturaleza de la función que desempeñan en este contrato.



18. 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.

19. Declaraciones inexactas o reticentes

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

ART. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

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

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

20. 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.



21. 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 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.

22. 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.

23. Definiciones

1. BENEFICIOS:

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

2. ENFERMEDAD:

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

3. ACCIDENTE:

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

4. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:

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

5. MEDICOS:

El término médico significa cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos. Todo médico deberá contar con el registro médico respectivo.



6. DEDUCIBLE:

La suma acumulada que por vigencia y por asegurado se deducirá del monto total de los valores reclamados que sean indemnizables bajo el presente seguro. Dicha suma se encuentra establecida para cada póliza en la respectiva carátula.

7. RED DE SERVICIOS:

Son las instituciones hospitalarias y los profesionales adscritos con LA COMPAÑÍA, quienes prestarán la atención médica y hospitalaria a los asegurados bajo la póliza.

La relación o directorio de instituciones hospitalarias y de profesionales adscritos con LA COMPAÑÍA, se entregará al momento de la expedición de la póliza. El mismo directorio podrá ser consultado en la página www.hdiseguros.com.co

Se reitera que la Compañía no asume ninguna responsabilidad por la inclusión de instituciones hospitalarias o de profesionales médicos o paramédicos en el referido directorio, toda vez que en cada caso surgirá un contrato entre el asegurado y la institución hospitalaria o el profesional médico o paramédico sin la intervención de la Compañía.

8. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

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

9. URGENCIA:

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

10. TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

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

11. TRATAMIENTO AMBULATORIO:

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

12. PRÓTESIS:

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

13. SIDA:

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

1. Candidiasis de la tráquea, bronquios o pulmones.
2. Candidiasis del esófago
3. Cáncer invasivo del cuello uterino.



4. Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada.
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración)
7. Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar)
8. Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual)
9. Encefalopatía relacionada con el VIH
10. Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofaguitis.
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
12. Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración).
13. Leuco encefalopatía multifocal progresiva.
14. Linfoma de Burkitt
15. Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
16. Linfoma primario del cerebro
17. Mycobacterium avium-intracellulare o Mycobacterium Kansali, diseminados o extrapulmonares
18. Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)
19. Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares.
20. Neumonitis carini.
21. Neumonía bacteriana recurrente.
22. Salmonela (no tifoidea), bacteriana recurrente
23. Sarcoma de Kaposi
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Síndrome de consunción causado por VIH

14. 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.

15. CÁNCER

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

16. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

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

17. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

18. 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.



19. 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.

20. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGÉNITO O GENÉTICO

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

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

21. REEMPLAZOS ARTICULARES

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

22. 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.

23. 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 veinte (20) asegurados principales o grupos familiares, salvo que LA COMPAÑÍA acuerde por escrito un número mínimo menor de asegurados principales o grupos familiares.

24. S.M.M.L.V. :

Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

25. GASTOS MÉDICAMENTE REQUERIDOS

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

- a) Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la persona asegurada.
- b) Que no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Que haya sido prescrito por un profesional médico.
- d) 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.
- e) Que el tratamiento en una institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.



26. 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.

24. 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.

25. 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.

26. Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

La presente póliza no otorgará cobertura, ni el asegurador será responsable de pagar reclamación o beneficio alguno en aquellos casos en los que el pago de dichas reclamaciones o el otorgamiento de dichos beneficios puedan exponer al Asegurador a una sanción, prohibición o restricción a nivel local y/o internacional relacionada con el delito de Lavado de Activos y/o la Financiación del Terrorismo. El Tomador y/o Asegurado manifiesta bajo la gravedad del juramento que sus actividades provienen de actividades lícitas y no se encuentra incluido en ninguna lista restrictiva, para lo cual autoriza a la Aseguradora para realizar la respectiva consulta en las mismas. El tomador y /o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta a al tomador/ asegurado, este deberá informar tal circunstancia a 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.

27. Cláusula de Trato Justo.

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



La compañía proporcionará información clara, precisa y comprensible sobre los términos y condiciones de la póliza, las coberturas y las exclusiones, acorde a las disposiciones legales.
Todas las reclamaciones serán gestionadas de manera eficiente, imparcial y dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

28. 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.

