



**TÉNGALO
POR SEGURO**

Versión / Enero 2025

Seguro de Salud integral

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

Condiciones Generales.....	5
1. Amparos básicos.....	5
2.Amparos basicos	5
2.2 Amparos adicionales.....	6
3. Exclusiones.....	6
2.1. Exclusiones Generales de la poliza	7
2.2. Exclusiones de enfermedad de alto costo	8
4. Descripcion de amparos	8
5 limitaciones de cobertura	19
6 condiciones generales	20
7.Suma asegurada individual y limte de responsabilidad	22
8. Calculo y Pago de prima.....	22
9 Reclamacion y pago siniestro	23
10. Coexistencia de seguros.....	24
11. Reticencia o inexactitud.....	24
12. Pruebas medicas	24
13. Responsabilidad de la compañía por el servicio.....	24
14.Ambito territorial.....	25
15. Revocación	26
16. Condiciones de Ley	26
17. Notificaciones.....	26
18. Domicilio	26
19 Limitaciones de cobertura atención en el exterior.....	26
20 Definición de amparos	26
21. Requisitos de asegurabilidad.....	28
22. Cláusula de limitación de responsabilidad por sanciones.....	28
23. Anticorrupción y antisoborno.....	28
24. Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.....	29
25. Cláusula de Trato Justo.....	29
26. Protección de datos.....	29





**TÉNGALO
POR SEGURO**

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

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

1. Condiciones Generales

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A que en adelante se llamara “la compañía”, en consideración a la solicitud de seguro que le ha sido presentada por “el tomador”, la cual se entiende incorporada al presente contrato para todos sus efectos, y con sujeción a los términos y condiciones de esta póliza, sus amparos adicionales y previa aplicación de los copagos señalados en el detalle de amparos, si fuere el caso, indemnizara al asegurado, hasta por el limite indicado en el detalle de coberturas, por los gastos en que este incurra, cuando necesite ser sometido a una intervención quirúrgica o tratamiento médico u hospitalario, como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad originada o un accidente ocurrido, durante la vigencia de la presente póliza.

por lo tanto, los accidentes o enfermedades ocurridos u originados, directa o indirectamente, con anterioridad a la vigencia de la póliza, por tratarse de hechos ciertos, no se consideran asegurados, de conformidad con lo establecido en el artículo 1054 del código de comercio.

el asegurado, al momento de requerir cualquiera de los servicios a que hace referencia esta póliza, podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el plan obligatorio de salud o este plan adicional de salud.

los gastos causados por la atención medica dentro o fuera de la red sugerida y adscrita a la compañía, serán reconocidos hasta por el limite indicado en el detalle de coberturas y bajo los términos y condiciones especiales adelante expuestos. para el cálculo de los reembolsos por servicios prestados por fuera de la red, se tendrá en cuenta el criterio de los valores usuales y acostumbrados utilizados dentro del territorio colombiano.

2. Amparos básicos

2.1. Habitación Hospitalaria

- 2.1.1. Habitación diaria
- 2.1.2. Unidad de Cuidados Intensivos Cama Acompañante
- 2.1.3. Cama de acompañante
- 2.1.4. Enfermera Especial
- 2.1.5. Hospitalización en casa

2.2. Visitas medicas

- 2.2.1. Por tratamiento médico hospitalario
- 2.2.2. consultas pre-hospitalarias consultas post-hospitalarias

2.3. Honorarios quirúrgicos

- 2.3.1. Honorarios de cirujano
- 2.3.2. Honorarios de anesestiólogo
- 2.3.3 honorarios de ayudante de cirugía



2.4. Servicios especiales hospitalarios

- 2.4.1. Cirugía ambulatoria o simplificada y tratamiento de fracturas sin hospitalización
- 2.4.2. Fisioterapias
- 2.4.3. Tratamiento odontológico por accidente
- 2.4.4. Tratamiento ambulatorio por cáncer y leucemia
- 2.4.5. Exámenes para diagnóstico
- 2.4.6. Tratamiento médico no hospitalario por enfermedades específicas
- 2.4.7. Tratamiento Psiquiátrico
- 2.4.8. Maternidad
- 2.4.9. Enfermedades de alto costo
- 2.4.10. Prótesis
- 2.4.11. Urgencias

2.2 Amparos Adicionales

- 2.2. Gastos médicos mayores
- 2.3. Auxilio funerario
- 2.4. Consulta Externa

3. Exclusiones

Este seguro no ampara los gastos que sean consecuencia de:

- 3.1. Hospitalización o tratamientos médicos o quirúrgicos como consecuencia de actos de guerra civil o internacional, revolución, rebelión, sedición, asonada, motines, huelgas, terrorismo, actos de movimientos subversivos o, en general, actos violentos motivados por conmociones populares de cualquier clase, fenómenos catastróficos por causas naturales y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.
- 3.2. Las enfermedades de origen profesional o por accidente de trabajo.
- 3.3. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas, o cualquier padecimiento existente antes de la contratación del seguro, que padezca el asegurado o afiliado.
- 3.4. La escleroterapia, defectos de refracción visual, queratocono, transplante de córnea, estrabismo de origen congénito, suministro de anteojos, lentes de contacto y/o audífonos.
- 3.5. Cirugía estética, cirugía plástica y cirugía o tratamiento odontológico, a menos que sean consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza. no obstante, lo anterior, no se reconocerá la restitución de prótesis dentales completas o parciales, implantes, restauración, ortodoncia y ortopedia dental por cualquier causa.
- 3.6. Enfermedades periodontales y sus complicaciones, alteraciones de la articulación temporomandibular, trastornos de la mordida, del desarrollo mandibular o maxilar, cualquiera que sea su origen



3.7. Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, así como el diagnóstico o tratamiento, general o por laparoscopia, para fertilización y esterilidad, inseminación artificial, disfunción eréctil y/o frigidez, fecundación in vitro, pruebas genéticas y tratamientos orientados al feto en general o el aborto provocado.

3.8. Tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedades o trastornos mentales, curas de descanso o de reposo, adicción a las drogas o alcohol, lesiones autocausadas, intento de suicidio, lesiones debidas a locura, estados de demencia, polisomnogramas y plastias por enfermedades del sueño, así como, las lesiones o enfermedades debidas a la ingestión de drogas somníferas, barbituricos, alucinógenas o por estado de embriaguez, salvo lo dispuesto en contrario por las condiciones de los amparos cubiertos por esta póliza.

3.9. El estudio, uso y las consecuencias de medicamentos y tratamientos médico- quirúrgicos para el crecimiento, envejecimiento, obesidad, adelgazamiento o el control de peso, pérdida de la memoria, ptosis parpebral, blefarochalasis, arrugas y calvicie y procedimientos de uso cosmético en general, tales como: mesoterapia, hidroterapia, celuloterapia, cámara hiperbárica, entre otros.

3.10. Los gastos ocasionados por reconocimientos médicos o exámenes de chequeo general o de rutina, de tamizaje o preventivos, que no se relacionen con, o no sean necesarios para, el tratamiento de una enfermedad o accidente amparado por esta póliza, así como, inmunizaciones de cualquier tipo, profilácticas o terapéuticas, vacunas o tratamientos inmunológicos o los medicamentos no alopáticos.

3.11. Lesiones sufridas por la participación del asegurado en riñas o en la realización de hechos punibles, delitos o contravenciones previstos en la ley.

3.12. Los accidentes en el ejercicio de profesiones deportivas, así como los que resulten de la participación en prácticas de boxeo, cometismo, alpinismo, paracaidismo, parapentismo, jumping y en general deportes de alto riesgo.

3.13. La consecución de órganos a trasplantar y cirugías para donación de órganos, así el donante se encuentre asegurado por la presente póliza.

3.14. El suministro de suplementos nutricionales, vitamínicos u hormonales. el suministro de cualquier medicamento para la prevención de enfermedades, pruebas genéticas, pruebas de sensibilidad y tratamientos de desensibilización por alergias, ungüentos, lociones o cremas, exfoliantes, queratolíticas, hidratantes, emolientes, humectantes, limpiadoras, jabones o champús de cualquier tipo, protectores solares, protectores o correctores de la dermatoheliosis o fotoenvejecimiento o antienvjecimiento.

3.15. Gastos en salud por servicios de cualquier tipo de medicina alternativa o complementaria, salvo los autorizados únicamente a través de la red médica adscrita.



3.16. Corrección quirúrgica de enfermedad o condición fibroquistica mamaria, mamoplastias. cirugía de seno por causa estética. blefaroplastias, entropión y ectropión sin relación con accidentes y la resección de nevus benignos sin riesgo de malignización o sin cambios comportamentales.

3.17. Los exámenes especiales de diagnóstico con fines preventivos, de chequeo o de tamizaje.

3.18. Ayudas y accesorios ortopédicos en general, ortesis, ayudas ortopédicas de las líneas de fisioterapia y gimnasia, de rehabilitación, de compresión, o de terapia magnética, tales como: soportes, inmovilizadores, balones, caminadores, sillas de ruedas, bastones, medias elásticas o compresivas, muletas, cojines, colchones, taloneras, cuellos, rodilleras, plantillas, zapatos ortopédicos, cabestrillos, fajas, entre otros.

3.19. Aparatos o equipos ortopédicos, prótesis, excepto los indicados en los términos y condiciones particulares o en los amparos adicionales

3.2. Exclusiones enfermedades de alto Costo

3.2.1. en adición a las exclusiones indicadas en las condiciones generales de la póliza, este amparo adicional, de manera particular, no cubre los gastos por tratamiento psicológico o psiquiátrico que pueda necesitar el asegurado como consecuencia de las enfermedades cubiertas por el presente amparo adicional.

también quedan excluidos de este amparo adicional los excedentes originados por cama de acompañante, enfermera especial y los excedentes no cubiertos por el amparo de gastos médicos mayores.

4. Descripción de los Amparos

Si durante la vigencia de esta Póliza, cualquiera de los Asegurados requiere atención médica a causa de una enfermedad o sufre un accidente que requiera hospitalización, la Compañía pagará los gastos en que efectivamente incurra como consecuencia de dicha enfermedad o accidente por los conceptos indicados a continuación, de acuerdo con el detalle de coberturas, condiciones, y limitaciones que en ellos se expresan, siempre que la hospitalización ocurra durante la vigencia de la Póliza.

4.1. Habitación Hospitalaria

4.1.1. habitación diaria

Por este concepto, la Compañía reconocerá los gastos que se causen por pensión diaria en habitación ordinaria unipersonal o compartida, (incluye habitación, dieta alimenticia, servicio general de enfermería) como consecuencia de una hospitalización, iniciada durante la vigencia de esta Póliza y sin exceder el límite indicado para el efecto en el detalle de coberturas que aparece en la póliza.

4.1.2. Unidad de Cuidados Intensivos

La Compañía reconocerá por este concepto, cuando así lo requiera cualquiera de los Asegurados, los gastos incurridos como consecuencia de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos hasta la suma máxima indicada en el detalle de coberturas que aparece en la póliza.

En este evento de reembolso por Unidad de Cuidados Intensivos, no se reconocerán simultáneamente los gastos por Habitación Diaria.



4.1.3. Cama de Acompañante

Cuando el Asegurado requiera el servicio de una cama extra para acompañante, la Compañía reconocerá los gastos de un tercero para acompañar al paciente, hasta la suma indicada para el efecto en el detalle de coberturas que aparece en el detalle de la póliza. Si el asegurado hospitalizado no requiere de este servicio, podrá utilizar esta suma en adición al valor indicado en el detalle de coberturas para gastos por habitación diaria.

4.1.4. Enfermera Especial

También la compañía reconocerá los gastos necesarios si durante una hospitalización o cirugía el Asegurado requiere, por prescripción médica, del cuidado especial de una enfermera, para lo cual se reconocerá hasta la suma diaria indicada en el detalle de Coberturas de la Póliza para este efecto.

4.1.5. Hospitalización en casa

Previo solicitud médica y autorización de la Compañía, y bajo el consentimiento del paciente asegurado o del acudiente en caso de ser un menor de edad, la Compañía conviene en reembolsar bajo este amparo los gastos médicos incurridos por el tratamiento médico hospitalario en casa, los cuales comprenden los siguientes conceptos:

Enfermería y Auxiliar de enfermería
Insumos de carácter hospitalario
Oxigenoterapia
Fisioterapia y Terapia respiratoria
Atención médica domiciliaria

Esta protección tendrá un número continuo o discontinuo máximo de días de cobertura por semestre, para casos agudos y para casos crónicos o irreversibles, de acuerdo con lo estipulado en el detalle de coberturas que forma parte integrante del presente contrato.

Ningún beneficio será pagadero bajo esta póliza por este amparo por la atención prestada por familiares médicos del paciente asegurado, o por cuidados médicos innecesarios.

El reembolso de tales gastos estará sujeto al amparo de Servicios Especiales Hospitalarios y Visitas Médicas definidos para el amparo básico.

4.2. Visitas médicas.

La Compañía pagará los honorarios médicos que se causen por cada visita que se haga al Asegurado, durante la vigencia de la Póliza sin exceder, en ningún caso, del número máximo de visitas señalado y hasta el límite indicado en el detalle de Coberturas que aparece en la póliza.

Esta Póliza no ampara las consultas telefónicas ni aquellas en las cuales el médico no examine al Asegurado y además las que no conduzcan o formen parte de un tratamiento médico o quirúrgico hospitalario, cubierto por



esta Póliza.

4.2.1. Por tratamiento médico hospitalario.

Para los casos de tratamiento médico hospitalario que no requiera de intervención quirúrgica, se reconocerán hasta dos visitas diarias los primeros cinco (5) días de hospitalización y, del sexto (6°) día en adelante, se reconocerá una visita por cada día de hospitalización, siempre hasta el monto máximo indicado para cada una de ellas en el Detalle de la Póliza.

Parágrafo: Tratamientos médicos hospitalarios simultáneos:

Sí durante la hospitalización y como consecuencia de complicaciones debidas a la intervención quirúrgica, o por cualquier otra enfermedad no quirúrgica, el asegurado requiere atención médica por parte de uno o varios especialistas distintos del médico tratante, además de los honorarios de este o del cirujano (de acuerdo con el detalle de honorarios quirúrgicos), la compañía pagará una (1) visita médica por especialidad, mientras la persona permanezca especializada, sin exceder de tres (3) visitas diarias y hasta el monto máximo indicado para cada una de ellas en el detalle de la póliza.

4.2.2. Consultas Médicas Pre o Post-hospitalarias.

Siempre que sea necesario que el Asegurado reciba atención médica antes y/o después de una hospitalización, la Compañía reconocerá hasta tres (3) visitas médicas hasta por el monto máximo indicado para cada una de ellas en el detalle de la Póliza, las cuales podrán ser utilizadas por el Asegurado de acuerdo con su necesidad en el evento específico.

4.3. Honorarios Quirúrgicos

4.3.1. Honorarios de Cirujano

La Compañía pagará los gastos que se causen por honorarios profesionales de médicos cirujanos autorizados para el ejercicio de su profesión, por concepto de intervenciones quirúrgicas que se hayan practicado al Asegurado durante la vigencia de esta Póliza y, que serán pagados de acuerdo con los límites máximos estipulados para cada intervención quirúrgica en el detalle de Honorarios Quirúrgicos de la compañía que forma parte integrante de esta Póliza.

El detalle de Honorarios Quirúrgicos es una relación de cirugías clasificadas con indicación de un porcentaje para cada una de ellas. El valor máximo de honorarios que reconocerá la Compañía por cada intervención quirúrgica, se determinará aplicando el porcentaje indicado en dicho detalle, al valor expresado para Honorarios de Cirujano que se encuentra en el detalle de Coberturas de la Póliza, siendo dicho valor el Beneficio Máximo pagadero por este concepto.

Cuando dos o más cirugías sean practicadas en un mismo campo operatorio o a través de la misma incisión y durante el mismo acto quirúrgico, la Compañía reconocerá los gastos, en que incurra el Asegurado de acuerdo con el detalle de Honorarios Quirúrgicos en la siguiente forma: De todas las cirugías practicadas se pagará hasta la totalidad del porcentaje de la operación que, a su vez, tenga el porcentaje más alto en el detalle de Honorarios Quirúrgicos; hasta el 75% del porcentaje de la operación que siga en su orden a la anterior; para la tercera y siguientes hasta el 50% de los porcentajes señalados en el mismo detalle, sin sobrepasar, en el monto



de todas ellas, dos veces el límite máximo del amparo de Honorarios Quirúrgicos por Período de Acumulación.

En caso de un accidente o enfermedad que requiera varias intervenciones quirúrgicas que afecten distintos campos operatorios, cada una de ellas se pagará independientemente, de acuerdo con el porcentaje estipulado en el detalle de Honorarios Quirúrgicos sin que la suma total sobrepase dos veces el límite máximo del amparo de Honorarios Quirúrgicos por Período de Acumulación.

Cuando una operación se realiza en dos o más etapas, se considerará como una sola intervención quirúrgica.

En caso de presentarse una intervención quirúrgica bilateral y no se encuentre definida como tal en el detalle de Honorarios Quirúrgicos, se agregará un 40% de lo que corresponda al procedimiento que figura en dicho detalle.

Si la intervención practicada no figura en el detalle de Honorarios Quirúrgicos, el porcentaje a aplicar será igual al indicado para la operación con la que más se identifique de las que allí aparecen, según acuerdo entre el cirujano y el Director Médico de la Compañía.

Nota: En ningún caso los honorarios quirúrgicos, por cualquiera de los conceptos amparados, podrán exceder las tarifas usuales y acostumbradas o del mercado, o las sugeridas por la respectiva Sociedad Médica Colombiana o agremiación.

4.3.2. Honorarios de Anestesiólogo.

La Compañía reconocerá por concepto de honorarios de anestesiólogo, una suma equivalente al resultado de aplicar el porcentaje señalado en el detalle de Coberturas de la Póliza para este amparo, sobre el monto de Honorarios

de Cirujano calculado conforme se describe en el punto anterior, teniendo en cuenta el detalle de Honorarios Quirúrgicos. Se reconocerá como máximo el porcentaje indicado en el detalle de Coberturas de la Póliza.

4.3.3. Honorarios de ayudante de cirugía

La Compañía reconocerá por concepto de honorarios de ayudantía, una suma equivalente al resultado de aplicar el porcentaje señalado en el detalle de Coberturas de la Póliza para este amparo, sobre el monto de Honorarios de Cirujano calculado conforme se describe en el punto anterior, teniendo en cuenta el detalle de Honorarios Quirúrgicos. Se reconocerá como máximo el porcentaje indicado en el detalle de Coberturas de la Póliza.

4.4. Servicios Especiales Hospitalarios

Comprende los gastos ocasionados durante la hospitalización, y que sean necesarios para el cuidado y tratamiento del Asegurado mientras permanezca hospitalizado, tales como suministros o insumos necesarios para la recuperación del paciente, derechos de sala de cirugía o de recuperación, material de cirugía, ayudas diagnósticas, medicamentos alopáticos, transfusiones de sangre, tratamiento de radioterapia, radium o isótopos, oxígeno, instrumentación, ambulancia terrestre en caso de emergencia, y alquiler de aparatos ortopédicos.



El valor que se reconocerá por este concepto no excederá, en ningún caso, la suma indicada en el detalle de Coberturas de la Póliza como Beneficio Máximo del seguro por Período de Acumulación para este amparo.

Siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó el tratamiento médico, hospitalario o quirúrgico, se encuentran incluidos dentro de este amparo, los medicamentos y las ayudas diagnósticas que se efectúen con treinta (30) días de anterioridad a la hospitalización o dentro de los treinta (30) días posteriores a la salida del hospital o clínica.

Restablecimiento Automático

Cuando el Asegurado permanezca hospitalizado ininterrumpidamente por más de treinta (30) días en institución no adscrita a la red de la Compañía, a partir del día treinta y uno (31) el amparo de Servicios Especiales Hospitalarios se restablecerá automáticamente para cubrir los gastos ocasionados desde el día treinta y uno (31) en adelante y mientras el Asegurado permanezca hospitalizado. El restablecimiento de este amparo será por una (1) sola vez en cada Período de Acumulación y sin cobro adicional de prima.

4.5. cirugía ambulatoria o simplificada y tratamiento de fracturas sin hospitalización

Fuera de la red, las intervenciones quirúrgicas ambulatorias o simplificadas y los tratamientos de fracturas, esguinces, luxaciones y contusiones que no necesiten hospitalización, se reconocerán de acuerdo con las coberturas de Visitas Médicas, Honorarios Quirúrgicos, Servicios Especiales Hospitalarios y Fisioterapias, conforme se indica en el Amparo Básico de este seguro.

4.6. Fisioterapias

Si habiendo cesado la hospitalización clínica o en casa, y posterior a un tratamiento médico o quirúrgico cubierto por esta Póliza y por prescripción médica, el Asegurado requiere de fisioterapias o terapias respiratorias, estas estarán cubiertas por este amparo.

La Compañía reconocerá hasta veinte (20) sesiones por Período de Acumulación con un valor límite máximo, por sesión, conforme se indica en el detalle de Coberturas de la Póliza.

4.7. Tratamientos Odontológicos Por Accidente

Si posterior a un accidente cubierto por esta Póliza y por prescripción médica, el Asegurado requiere de tratamiento odontológico para la estabilización oral del Asegurado, los gastos odontológicos estarán cubiertos por este amparo. No obstante, lo anterior, no se reconocerá la restitución de prótesis dentales completas o parciales, implantes, restauración, ortodoncia y ortopedia dental por cualquier causa.

Se reconocerá como suma máxima y por vigencia anual, por los tratamientos odontológicos que requiera el Asegurado con ocasión de un accidente cubierto por esta Póliza, la suma indicada en el detalle de coberturas de la póliza.

4.8. tratamiento ambulatorio por cáncer y leucemia

La Compañía reconocerá, por períodos de ciento ochenta (180) días contados a partir del momento del diagnóstico positivo del cáncer, leucemia o Sida, hasta la suma indicada en el detalle de Coberturas de la Póliza



para este amparo, los gastos en que efectivamente incurra el Asegurado dentro o fuera de la red médica, por consultas médicas, las ayudas diagnósticas simples de laboratorio clínico, ayudas diagnósticas en radiología, terapias, medicamentos alopáticos, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia y similares.

Los honorarios del quimioterapeuta, radioterapeuta o cobaltoterapeuta, no podrán superar el veinticinco por ciento (25%) del valor asegurado para este amparo por cada período de ciento ochenta (180) días.

4.9. Exámenes Para Diagnostico

Si por prescripción médica el Asegurado necesita la práctica de exámenes especiales de diagnóstico por padecimiento médico o quirúrgico cubierto por esta Póliza, estos estarán cubiertos, conduzcan o no a una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario, así hayan sido realizados de manera ambulatoria.

La Compañía reconocerá los exámenes de diagnóstico enumerados en el detalle de Honorarios Quirúrgicos, siempre y cuando no sean consecuencia de un padecimiento preexistente o congénito y aunque no conduzcan a un tratamiento hospitalario o quirúrgico, de acuerdo con los límites máximos que a continuación se indican.

- a. Gastos por día de hospitalización: La Compañía reconocerá máximo un día de habitación, hasta la suma indicada para el efecto en el detalle de Coberturas de la Póliza, siempre y cuando la hospitalización resulte necesaria para llevar a cabo el examen de diagnóstico.
- b. Honorarios Profesionales: Se reconocerá como máximo la suma que resulte de aplicar al valor indicado en el detalle de Coberturas de la Póliza para este amparo el porcentaje que aparezca en el detalle de Honorarios Quirúrgicos para el respectivo Examen de Diagnóstico.
- c. Servicios Especiales: Hasta una suma igual a la indemnizada por Honorarios Profesionales como se describe en el punto precedente.

4.10. Tratamiento Médico No Hospitalario Por Enfermedades Especificas

La Compañía reconocerá, por vigencia anual, hasta la suma indicada en la Tabla de Coberturas que aparece en el Cuadro de la póliza para este Amparo, los gastos globales que se generen por todos los tratamientos médicos fuera de hospital, a consecuencia de: Poliomiélitis, Tétanos, Escarlatina, Diabetes, Epilepsia, Hepatitis, Hiper e Hipotiroidismo, Lupus, Tuberculosis, Cirrosis Hepática, Difteria, Fiebre Reumática, Glaucoma, Litiasis, Tosferina y Ulcera Péptica.

4.11. Tratamiento psiquiátrico

Las hospitalizaciones en la etapa de crisis aguda por enfermedades psiquiátricas no preexistentes, se reconocerán de acuerdo con las coberturas de Visitas Médicas, Honorarios Quirúrgicos, y Servicios Especiales Hospitalarios, conforme se indica en el Amparo Básico de este seguro y hasta por un período máximo de 50 días por año. No se reconocerán los gastos por visitas pre o post hospitalarias o los gastos incurridos fuera del hospital o clínica.



4.12. Maternidad

Este beneficio podrá ser utilizado por todas las mujeres que formen parte del grupo familiar, ya sea por la Asegurada Principal, la Cónyuge o compañera permanente del Asegurado Principal y las hijas del Asegurado principal, para el cuidado prenatal, la atención del parto, valoración del recién nacido y complicaciones del embarazo, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de 30 días de haber ingresado la asegurada a la póliza y, que desde la fecha de inicio del embarazo, permanezca asegurado en la póliza todo el grupo familiar.

Cuando se trate de una póliza individual, el amparo de maternidad para la asegurada principal, estará cubierto 30 días después de iniciada la segunda vigencia anual del seguro.

Bajo este amparo están cubiertos exclusivamente los siguientes eventos, con el límite indicado para cada uno de ellos en el detalle de Coberturas de esta Póliza.

4.12.1. Parto Normal, Operación Cesárea, Cerciaje Uterino y Aborto no provocado voluntariamente.

Bajo este amparo por atenciones fuera de la red, la Compañía reconocerá, hasta el valor asegurado indicado para el efecto en el detalle de Coberturas de la póliza, por los siguientes conceptos:

- a. Gastos por día de hospitalización: Se reconocerá hasta la suma estipulada para este amparo en el detalle de Coberturas de la Póliza y mientras la Asegurada permanezca hospitalizada.
- b. Honorarios Profesionales: Se reconocerá como máximo la suma que resulte de aplicar al valor indicado en el detalle de Coberturas de la Póliza para este amparo, el porcentaje que aparezca en el detalle de Honorarios Quirúrgicos de conformidad con el procedimiento realizado.
- c. Honorarios de Anestesiólogo y Ayudantía Quirúrgica: La Compañía reconocerá como máximo el valor indicado en el detalle de Coberturas que aparece en la Póliza, para este amparo, por honorarios de anestesiólogo y ayudante de cirugía.
- d. Servicios Especiales Hospitalarios: Se reconocerá hasta la suma indicada en el detalle de Coberturas para este amparo.

Parágrafo Complicaciones del embarazo

Cualquier complicación que se presente como consecuencia de un embarazo y que requiera de una hospitalización, estará cubierta por el amparo básico de Servicios Especiales Hospitalarios y no por este amparo de Maternidad.

4.12.2. Valoración del Recién Nacido

La Compañía reconocerá hasta el valor indicado en el detalle de Coberturas para este amparo por concepto de la primera valoración pediátrica, realizada dentro de la sala de partos, al recién nacido.

4.12.3. Control Prenatal

Se reconocerán por este beneficio y hasta la suma indicada en el detalle de Coberturas de esta Póliza, para



este amparo, por una sola vez, los gastos en que incurra la Asegurada, durante el período comprendido desde la concepción hasta el alumbramiento por concepto de:

- a. Una visita de control mensual al obstetra, con un máximo de diez (10) consultas.
- b. Cuatro ecografías.
- c. Dos monitoreos fetales.
- d. Exámenes de laboratorio de control prenatal tales como; cuadro hemático, serología, parcial de orina, glicemia y toxoplasma, inmunoglobulina G. Y M., y rubeola entre otros.

Estos beneficios se consideran para y por todo el período del embarazo.

4.12.4. Auxilio de Maternidad

De este beneficio gozará la Asegurada que, teniendo vigente este amparo conforme a las Condiciones Generales, exclusiones y limitaciones de este Seguro de Salud, no presente reclamación alguna, por ningún concepto, bajo la cobertura de maternidad. El valor a reconocer por este concepto será el indicado en el detalle de Coberturas de este contrato.

4.12.5. Cobertura Automática y de Enfermedades Congénitas para los Hijos Nacidos durante la Vigencia de la Póliza

Los hijos de las aseguradas nacidos durante la vigencia de este Seguro, se cubren automáticamente, sin cobro de prima adicional, bajo las coberturas básicas de la Póliza incluyendo las enfermedades congénitas, siempre y cuando su nacimiento sea notificado a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de ocurrencia del nacimiento y gozarán de tal cubrimiento desde dicha fecha hasta el momento de terminación de la vigencia anual en curso de este seguro.

La cobertura de este amparo automático no operará en los casos en que exista extinción o terminación del seguro entre el momento de la inclusión del recién nacido y cualquier tratamiento médico o quirúrgico, que sea consecuencia de un padecimiento congénito.

4.13. Enfermedades de alto costo

4.13.1 Coberturas

La Compañía indemnizará los gastos en que incurra el Asegurado, cuando requiera ser sometido a una intervención quirúrgica o tratamiento médico u hospitalario, como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad de alto costo, definida como aquella que representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja efectividad en su tratamiento, siempre y cuando se hayan agotado los límites indicados en el seguro para los amparos básicos de hospitalización o cirugía y el amparo adicional de gastos médicos mayores y hasta por el límite indicado en el detalle de coberturas de la póliza para este amparo, de manera exclusiva para las siguientes enfermedades:

- a. Insuficiencia Renal Crónica.
- b. Manejo del trauma mayor.
- c. Cirugía del sistema nervioso central y periférico.
- d. Tratamiento quirúrgico para enfermedades cardiovasculares.
- e. Reemplazo articular de cadera.
- f. Trasplante de Órganos.



g. Manejo del Gran Quemado.

4.13.2. Honorarios Profesionales

Quedan incluidos bajo este concepto los honorarios por visitas médicas, intervenciones quirúrgicas, de anestesiólogo y ayudantía.

4.13.3. Servicios Especiales Hospitalarios:

Comprende los gastos ocasionados durante la hospitalización en habitación estándar y/o Unidad de Cuidados Intensivos, para el cuidado y tratamiento del asegurado mientras permanezca hospitalizado, tales como derechos de sala de cirugía, insumos médicos, material de cirugía, exámenes de laboratorio y exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, medicamentos alopáticos, oxígeno e instrumentación

4.13.4. Gastos por atención ambulatoria:

Por este concepto la Compañía reconocerá los gastos en que efectivamente incurra el Asegurado, durante los noventa (90) días siguientes a la salida del hospital, con ocasión de las visitas médicas, medicamentos alopáticos, exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas, infiltraciones, fisioterapia y terapia respiratoria, relacionados con una de las enfermedades descritas.

Quedan excluidos de esta cobertura los tratamientos ambulatorios para el manejo del trauma mayor.

4.14. Prótesis.

La Compañía reconocerá previa aplicación del copago señalado en el detalle de amparos, el valor de las prótesis valvulares, prótesis articulares, prótesis oculares, prótesis intraluminales venosas o arteriales, coclear, stent, marcapasos, desfibrilador y reemplazo de extremidades superiores e inferiores, hasta por el valor indicado en el detalle de Coberturas para este amparo, por vigencia anual.

En los casos en que se requiera el reemplazo de una prótesis, esta se reconocerá, cuando la prótesis primaria haya sido reconocida por la Compañía, y haya transcurrido un período mínimo continuo de 4 años de amparo para el Asegurado por esta Póliza y sus renovaciones.

4.15. urgencias.

Previa cancelación del copago anualmente estipulado por la compañía, en caso de que el Asegurado requiera ser atendido por el servicio de urgencias por encontrarse en situaciones médicas de riesgo inminente de muerte, o ante estados de salud previamente autorizados por la compañía que requieran de una rápida, oportuna e integral intervención médica, la Compañía reconocerá los gastos médicos incurridos para su estabilización.

4.15.1. Urgencias Fuera de la red.

Previa cancelación del copago estipulado por la Compañía, en caso que el Asegurado requiera ser atendido por el servicio de urgencias por encontrarse en situaciones médicas de riesgo inminente de muerte o deterioro grave de la salud, o ante estados de salud previamente autorizados por la Compañía que requieran de una rápida, oportuna e integral intervención médica, la Compañía reconocerá a través del amparo de servicios especiales hospitalarios, los gastos médicos incurridos para su estabilización.



Cuando los gastos por una urgencia superen los límites de cobertura del amparo de servicios especiales hospitalarios, la Compañía evaluará el reconocimiento de estos excedentes bajo el siguiente criterio:

Si como consecuencia de la evaluación médica en el servicio de urgencias se deriva una hospitalización o es requerida cama de observación, se practican procedimientos médico quirúrgicos o existe previa autorización de atención por la línea de asistencia médica HDI, se dará aplicación al caso por los conceptos del amparo básico.

Si la evaluación no deriva en hospitalización o no es requerida la cama de observación, o no se practican procedimientos médico quirúrgicos o no es clasificada como urgencia médica por la línea de asistencia médica HDI, se dará aplicación al caso por los conceptos de Consulta Externa.

Si no se tiene contratado este amparo adicional y la atención no deriva en hospitalización o no es requerida la cama de observación, o no se practican procedimientos médico quirúrgicos o no es clasificada como urgencia médica por la línea de asistencia médica HDI, la Compañía no reconocerá ninguno de los gastos sea cual fuere su concepto y en tal caso, el Asegurado se obliga a reembolsar a la Compañía los valores que por su cuenta haya pagado al Centro Asistencial, si fuere el caso.

Amparos Adicionales

Los términos y condiciones bajo los cuales se otorgan los amparos adicionales que a continuación se definen, están sujetos a las condiciones generales arriba estipuladas, salvo por lo expuesto en las condiciones particulares siguientes para cada uno de los amparos adicionales.

Los amparos adicionales se entenderán asegurados siempre y cuando así se hubiere acordado entre las partes y específicamente se haga constar en el detalle de amparos de la póliza o mediante anexo a ella.

4.16. Gastos Medicos Mayores

Para los gastos incurridos fuera de la red, este amparo comprende los excedentes de los gastos médicos en los cuales incurre el Asegurado como consecuencia de un tratamiento médico hospitalario y/o quirúrgico, los cuales, por los límites de las coberturas básicas, no han sido reconocidos en su totalidad por la Póliza Básica.

Definiciones

4.16.1. Valor Asegurado Máximo: Por este amparo la Compañía pagará como máximo, por evento y por Asegurado, hasta el límite indicado en el detalle de Coberturas de esta Póliza para este amparo adicional.

4.16.2. Porcentaje de Reembolso: La cantidad máxima de reembolso por los gastos en que incurra el Asegurado y que estén cubiertos por este amparo adicional no podrá exceder del monto o porcentaje indicado para Gastos Médicos Mayores en el detalle de Coberturas de la Póliza y, en ningún caso, la cantidad global a pagar podrá exceder del Valor Asegurado contratado para este amparo.

4.16.3. Amparos



El amparo de Gastos Médicos Mayores reconocerá, por los conceptos que se detallan a continuación, los gastos que excedan los límites máximos de los Amparos Básicos Hospitalarios del Seguro de Salud, los cuales se pagarán hasta el Valor Asegurado Máximo, sin sobrepasar el porcentaje de reembolso. Tales excedentes se indemnizarán siempre y cuando exista tratamiento médico hospitalario y/o cirugía.

Quedan excluidos de este amparo adicional los excedentes originados por Cama de Acompañante, Enfermera Especial y en general cualquier excedente de gastos médicos por tratamiento ambulatorio.

4.16.4. Gastos por habitación diaria

La Compañía reembolsará, siempre que exista cobertura, el costo de la habitación diaria que exceda del valor consignado en el Amparo Básico, con el límite establecido para este amparo, en el detalle de Coberturas de esta Póliza

4.16.5. Unidad de Cuidados Intensivos

Siempre que haya cobertura, la Compañía reconocerá el costo por día de Unidad de Cuidados Intensivos que exceda del valor consignado en el Amparo Básico, con el límite indicado para este amparo en el detalle de Coberturas de la presente Póliza.

4.16.6. Servicios Especiales Hospitalarios, Honorarios Quirúrgicos, Gastos por Visitas Médicas, Honorarios de Anestesiólogo y de Ayudantía Quirúrgica

La Compañía reconocerá siempre que haya cobertura, el exceso de los gastos no reembolsados en su totalidad por los Amparos Básicos de la presente Póliza por los siguientes conceptos:

Derechos de Sala de Operaciones, Material de Cirugía, Exámenes de Laboratorio, Ayudas Diagnósticas, Medicamentos, Sangre, Transfusiones, Ambulancia Terrestre (cuando la ordene el médico), Oxígeno, Instrumentación, Alquiler de Aparatos Ortopédicos, Honorarios de Anestesiólogo y de Ayudantía, Honorarios Quirúrgicos y gastos por Visitas Médicas.

4.17. Gastos de exequias

Cuando se presente la muerte de un Asegurado, la Compañía reconocerá a quien acredite haber incurrido en los costos y gastos funerarios, una suma equivalente al valor indicado en el detalle de Coberturas de esta Póliza, siempre que el Asegurado se encuentre incluido bajo este amparo adicional. El beneficiario de este gasto deberá acreditar ante la Compañía al momento de la reclamación, que ha incurrido en tales costos y gastos, mediante la presentación de las facturas originales de los mismos.

La indemnización proveniente de este amparo adicional, se pagará en exceso de las sumas reconocidas como auxilio funerario por el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito – SOAT y/o por los Sistemas Generales de Pensiones y de Riesgos Profesionales regulados por la Ley 100/93, si fuere el caso.

Cuando el Asegurado bajo este amparo adicional supere la edad de setenta (70) años, quedará automáticamente excluido de esta cobertura

4.18. consulta externa

La Compañía pagará los gastos en que incurra el Asegurado por consulta médica y gastos misceláneos, sea que éstos conduzcan o no a una posterior hospitalización, a quienes hayan contratado este amparo.

Esta cobertura está limitada por anualidad y por asegurado al valor indicado en el detalle de coberturas de esta póliza.



Quedan expresamente excluidas de este amparo adicional, las consultas de rutina o los chequeos de control no relacionados con una enfermedad o accidente.

Copagos: El presente amparo opcional se encuentra sujeto a la aplicación de copagos de acuerdo a lo estipulado en el detalle de amparos de la póliza.

Consultas Médicas: El valor máximo que reconocerá la Compañía por consulta será el estipulado, para este amparo adicional, en el detalle de Coberturas de esta Póliza.

El valor total a pagar por las diferentes consultas médicas practicadas a un mismo Asegurado, no podrá exceder la suma asegurada máxima por anualidad indicada para Visitas Médicas en el detalle de Coberturas de esta Póliza.

Por este amparo adicional se cubren las consultas médicas psiquiátricas o psicológicas externas sin medicamentos.

Gastos Misceláneos: Por este concepto la Compañía reconocerá, por vigencia anual, hasta una suma igual a la establecida en el detalle de Coberturas de esta Póliza, para este amparo adicional.

Por Gastos Misceláneos se entienden los gastos ocasionados por exámenes de laboratorio, ayudas diagnósticas simples, radiografías, infiltraciones, terapias, fisioterapia y terapia respiratoria, siempre y cuando sean prescritos por un médico y realizados bajo el control de un profesional legalmente autorizado para ello.

5. Limitaciones De Cobertura

durante los doce (12) primeros meses de vigencia de esta póliza o del ingreso del asegurado a la misma, no se reconozcan indemnizaciones que tengan por causa cualquier diagnóstico o tratamiento quirúrgico del aparato genitourinario femenino, las laparoscopias diagnósticas en enfermedades crónicas, amigdalectomías, adenoidectomías, circuncisión, colecistectomías por colelitiasis, coledocolitiasis o colecistitis, litotripsias, herniorrafias, pterigios, cataratas, prostatectomías por hiperplasia benigna, nevus con cambios comportamentales o en riesgo de malignización, varices en miembros inferiores, hallux valgus, y el tratamiento médico o quirúrgico por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o por el estado positivo o de portador del VIH.

La responsabilidad de la compañía por tratamientos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, no excederá en ningún caso, al límite indicado en el detalle de coberturas para este amparo.

El estrabismo no congénito, las enfermedades del sueño, la septoplastia y la rinoplastia y los estudios y tratamientos electrofisiológicos, se reconozcan a partir del tercer año de permanencia continua del asegurado en la póliza. sin embargo, si dentro de los dos (2) primeros años es necesario efectuar alguna de las cirugías previas como consecuencia de un accidente, estas se indemnizarán, siempre y cuando se presenten previamente a la compañía las radiografías del día del accidente con sus respectivas lecturas, en las cuales se identifique el trauma agudo.

La responsabilidad de la compañía por tratamientos en estados comatosos, será hasta de sesenta (60) días por vigencia anual.



Cualquier ayuda diagnóstica requerida por menopausia o perimenopausia, se reconocerá a partir del tercer año de vigencia ininterrumpida del seguro.

6. Condiciones Generales

DEFINICIONES: Para todos los efectos de esta Póliza y sus anexos (Detalle de Coberturas, Detalle de Honorarios Quirúrgicos y Exámenes de Diagnóstico), regirán las siguientes definiciones:

- 6.1 Tomador. Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y que actúa por cuenta propia o ajena.
- 6.2 Afiliado. Es la persona natural que pertenece al Grupo Asegurable.
- 6.3 Asegurados. Son las personas indicadas como tales en la relación adjunta a la Póliza.
- 6.4 Grupo Asegurable. Es el grupo familiar conformado por:
 - a. El Asegurado Principal (cabeza de familia)
 - b. El cónyuge o compañero(a) permanente del asegurado principal
 - c. Los hijos solteros dependientes económicamente del asegurado principal
 - d. Los padres del asegurado principal.
 - e. Los hermanos solteros dependientes económicamente del asegurado principal
- 6.5 Edades. Podrán ingresar a la Póliza las personas que pertenezcan al grupo asegurable menores de sesenta y cinco (65) años con permanencia indefinida.
- 6.6 Período de Inscripción. El ingreso a la póliza de nuevos asegurados que no fueron inscritos desde la iniciación del contrato se hará de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad solicitados por la Compañía.
- 6.7 Hospitalización. Es la permanencia en un establecimiento hospitalario, por enfermedad o accidente, siempre que acuse pensión hospitalaria.
- 6.8 Hospitalización en casa: Es la permanencia médicamente recomendada y autorizada en la casa del paciente y bajo supervisión médica, con el fin de continuar el tratamiento médico en un ambiente familiar y seguro para otros riesgos, aunque aún pueda atenderse en un establecimiento hospitalario, por enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.
- 6.9 Médico. Significa el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades médicas o quirúrgicas.
- 6.10. Odontólogo. Significa el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades odontológicas
- 6.11 Urgencia Odontológica. Es la alteración de la integridad física, funcional y psíquica causada por factores de origen dental, con diferentes grados de complejidad, que comprometan la funcionalidad del individuo y que requiera de la atención inmediata de servicios de salud oral para eliminar el dolor a través de drenaje de abscesos o descompresión de cavidad, obturación temporal, pulpectomía o el control de hemorragias post- exodoncias.



- 6.12. Enfermera. Significa la profesional legalmente autorizada para la práctica de la enfermería.
- 6.13. Hospital o Clínica. Significa cualquier establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.
- 6.14. Enfermedad. Es la alteración de la salud no ocasionada por accidente, según diagnóstico médico.
- 6.15. Accidente. Es el hecho externo, violento, visible y fortuito que produzca en la integridad física del Asegurado, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento. Para efectos de la cobertura del tratamiento odontológico por accidente, no se considera accidente, las lesiones dentales provocadas al masticar alimentos, cuerpos extraños o sólidos de cualquier tipo.
- 6.16. Cáncer. La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un incontrolado crecimiento, diseminación de células malignas e invasión de tejidos o leucemia.
- El diagnóstico de Cáncer tendrá que ser dado por médico legalmente autorizado para practicar anatomía patológica o por laboratorista especializado, debida y oficialmente registrado como tal.
- El patólogo debe establecer el diagnóstico con base en los criterios de malignidad normalmente aceptados por las asociaciones patológicas, después de estudiar microscópicamente la composición histológica de una muestra del tumor, del tejido sospechoso o de una preparación hemática, tomadas del paciente en vida o después de su muerte.
- 6.17. Copago: Es el monto que el asegurado debe pagar al momento de recibir ciertos servicios médicos como: urgencias, consultas médicas o exámenes de diagnóstico. Esta suma se estipula en la carátula de la póliza. Cuando el pago se hace vía reembolso, esta suma se descuenta del valor a indemnizar.
- 6.18. Consulta Médica: Es la atención brindada por un médico general, médico familiar o especialista, en su consultorio con fines diagnósticos y terapéuticos.
- 6.19. Período de Acumulación Para las reclamaciones fuera de la red, comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o serie de causas relacionadas entre sí, que se realicen dentro de ciento veinte (120) días continuos contados desde la fecha en que se inició la primera hospitalización.
- Durante dicho período, la Compañía, pagará los gastos hospitalarios en que efectivamente se incurra por parte del Asegurado, por los conceptos descritos en los Amparos Básicos de esta Póliza y limitados a los beneficios máximos del Seguro por Período de Acumulación.
- Si pasados ciento veinte (120) días, el Asegurado permanece hospitalizado y ésta Póliza no se renovare, el Período de Acumulación culminará el día de la salida del hospital o clínica o cumplidos los ciento veinte (120) días del Período de Acumulación, lo que ocurra primero. Si la Póliza es renovada, los amparos básicos se restablecerán automáticamente a partir del inicio de la nueva vigencia.
- 6.20. Tarifas normales, usuales y acostumbradas: Es el valor razonable y acostumbrado que cobrarían la mayoría de Instituciones Prestadoras de Salud o los Médicos con la misma especialidad, por un servicio igual o similar, dentro de la zona geográfica local del territorio colombiano.
- 6.21. SIDA: Para efectos de este seguro, se entiende por síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida,



el trastorno de la inmunidad caracterizado por infecciones oportunistas, neoplasias malignas y disfunciones neurológicas, atribuibles a la presencia confirmada del virus de la inmunodeficiencia humana.

Para hacer efectiva la cobertura de este contrato, se amparará a los asegurados que reúnan las siguientes condiciones:

Que el contagio, el primer resultado positivo de laboratorio y la prueba confirmatoria de western blot, hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. Es decir, que el contagio o el primer resultado positivo de laboratorio o la prueba confirmatoria de western blot, no hayan sido establecidas antes del inicio del este contrato.

Que el recuento de linfocitos CD4 correspondan a los criterios diagnósticos para SIDA.

Que el primer diagnóstico con su confirmación respectiva haya ocurrido después del primer (1) año de vigencia ininterrumpida del contrato.

Su cobertura se hará efectiva una vez superado el período mínimo de vigencia ininterrumpida de 1 año y la cobertura por los gastos incurridos dentro o fuera de la red, estará limitada a valores establecidos en la carátula de la póliza

7. Suma asegurada Individual y límite de responsabilidad

La suma asegurada por cada persona asegurada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la Póliza y ella representará, el límite de responsabilidad de la Compañía respecto de cada persona asegurada y por cada evento, entendiendo evento, como un estado de enfermedad con sus complicaciones, recidivas y enfermedades asociadas, generadas o manifiestas en la misma hospitalización, o que causen diferentes hospitalizaciones durante la vigencia de la Póliza.

8. Calculo y Pago de prima

El Tomador o el Asegurado están obligados a pagar el importe de la prima dentro de los treinta (30) días calendario siguientes contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de la presente póliza.

En caso de expedición de anexos a la póliza que impliquen el pago de una prima adicional, tal pago deberá efectuarse dentro de los treinta (30) días calendario siguientes contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia del correspondiente anexo.

La mora en el pago de la prima de la Póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del Contrato, y dará derecho a La Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del Contrato.



Previo acuerdo expreso entre las partes, en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, el Tomador puede optar por el pago semestral, trimestral o mensual de la prima de común acuerdo con la Compañía, pagando el recargo de prima correspondiente.

9. Reclamación y pago del siniestro

El asegurado autoriza expresamente a HDI para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier siniestro. Además, autoriza a HDI para que la clínica, centro hospitalario o cualquier institución de salud le suministre toda información relacionada con la misma. Asimismo, el asegurado deberá tener vigente al momento del siniestro el Plan Obligatorio de Salud suscrito con una entidad promotora de salud (EPS).

Reclamación: Una vez se haga exigible el reembolso en los términos de la presente Póliza, el Tomador, el Afiliado o el Asegurado, deberá presentar a la Compañía la reclamación, acompañada de las facturas médicas y hospitalarias en originales, debidamente discriminadas, sin perjuicio de lo previsto para el efecto por el artículo 1077 del Código de Comercio.

La Compañía podrá solicitar adicionalmente segundas opiniones médicas, las lecturas y resultados de exámenes de diagnóstico, laboratorio y rayos X, historias clínicas u odontológicas, placas radiográficas odontológicas, registro civil de defunción, fotocopia de la cédula de ciudadanía,

registro civil de nacimiento

resultados de anatomías patológicas y pruebas hematológicas y certificados de indemnización de otras Aseguradoras, si lo considera necesario.

Cuando se presente el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, a la reclamación se deberán adjuntar las facturas en original de los gastos de entierro o cremación, debidamente discriminadas, si se tiene contratado el amparo adicional de gastos de exequias.

Pago de la Indemnización

La Compañía efectuará el pago de la indemnización a que está obligada por la presente Póliza, por conducto del Tomador, al Asegurado o a los Beneficiarios, o directamente a estos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, le acrediten, en los términos del Artículo 1077 del Código del Comercio, la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si a ello hubiere lugar.

10. Coexistencia de Seguros

Cuando cualquier Asegurado tuviere antes de asegurarse, un seguro que cubra los mismos riesgos de éste o lo contrate después de estar asegurado bajo esta Póliza, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro de los diez (10) días hábiles a partir de su celebración. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

En caso de presentarse la coexistencia de seguros, la Compañía pagará la indemnización, teniendo en consideración los seguros coexistentes, en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos y sin exceder



su responsabilidad de los límites establecidos como Amparos Básicos del seguro por Periodo de Acumulación o los Amparos Adicionales.

11. Reticencia o Inexactitud

El Tomador y en su caso el Asegurado, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o la inexactitud

sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía, la hubieran 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 o el Asegurado han 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 o del Asegurado, el contrato no será nulo pero la Compañía sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la prima estipulada en el contrato represente con respecto a la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

12. Pruebas Medicas

Mientras esté pendiente cualquier reclamación, la Compañía, asumiendo los costos, tendrá derecho a hacer examinar a los Asegurados cuando y cuantas veces lo requiera razonablemente; así mismo, a solicitar al Asegurado, los documentos que considere necesarios para el estudio de la reclamación.

13. Responsabilidad de la compañía por el servicio

La Compañía no será responsable por deficiencias, anomalías o errores, que provengan de la prestación del servicio de salud por parte de los profesionales o instituciones adscritas, ni responderá por perjuicios, de cualquier naturaleza, que puedan derivarse de los tratamientos o intervenciones que a través de ellos reciban los Asegurados, afiliados o cualquiera de los beneficiarios de la presente póliza.

14. Ámbito territorial

La responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza se limita a los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, realizados dentro de la República de Colombia. Tratándose de eventos

por causa de accidentes o urgencia vital por enfermedad que se presenten en territorio extranjero, la Compañía reembolsará tales gastos, sin exceder su responsabilidad por cada amparo de los mencionados en la Póliza, bajo el criterio fuera de la red, a las tarifas normales, usuales y acostumbradas, aplicables en Colombia.



Cuando un tratamiento hospitalario deba ser realizado en el exterior, por no disponerse en Colombia de medios técnicos o instituciones que los practiquen, el Asegurado deberá solicitar previamente a la Compañía, la autorización respectiva y la indemnización será pagada, en tal caso, mediante reembolso de los gastos cubiertos que se acrediten, conforme a las coberturas contratadas bajo el criterio fuera de la red y a las tarifas normales, usuales y acostumbradas, aplicables en Colombia.

15. Revocación

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por la Compañía, mediante noticia escrita enviada al Asegurado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío o, en el término previsto en la carátula de la Póliza si fuere superior, caso en el cual la Compañía devolverá al Asegurado la parte de la prima no devengada calculada a prorrata. También podrá ser revocado por el Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a La Compañía, en cuyo caso el Asegurado pagará, por concepto de corto plazo, un recargo del diez por ciento (10%), sobre la diferencia entre la prima devengada y el importe de la prima anual.

No obstante, lo anterior si La Compañía determinare revocar el seguro al tiempo en que la República de Colombia entrare en guerra, declarada o no, durante el tiempo de desarrollo de tal guerra el plazo de revocación será indefectiblemente de diez (10) días calendario.

16. Condiciones de ley

Los asuntos no contemplados en las Condiciones anteriores se regirán por la legislación colombiana, teniendo en cuenta lo dispuesto por el Artículo 1140 del Código de Comercio, en el sentido de que éste seguro es de carácter indemnizatorio y que, salvo lo dispuesto en esta Póliza, le son aplicables las normas propias de los seguros de daños, contenidas en el Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio.

17. Notificaciones

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de la estipulación de este contrato y lo previsto en el artículo 1075 del Código de Comercio, en relación con el aviso del siniestro. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida de las partes, o mediante cualquier otro medio probatorio idóneo aceptado por la Ley.

18. Domicilio

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, en especial de lo preceptuado en el ordinal 5 del artículo 23 del Código de Procedimiento Civil, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad donde ha sido expedida la presente póliza y que está consignada en la carátula de la misma.

19. Limitaciones de Cobertura atención en el exterior

Nota técnica: 02/01/2025-1333-N1-P-35-HDIG140408220000

Clausulado No.02/01/2025-1333-P-35-HDIG140409220000-DR01



En el evento en el cual, una cirugía y/o tratamiento médico amparado por esta Póliza bajo el presente Amparo, sea programado para ser efectuado en el exterior, el Asegurado deberá notificar previamente a la Compañía para que ésta imparta su autorización, la cual dependerá, únicamente, de que los recursos médicos necesarios no existan en el país y, en tal caso, los gastos generados por la cirugía o tratamiento se reconocerán de acuerdo con los límites de este amparo al 80%.

Cuando el Asegurado no avise oportunamente a la Compañía para que ésta dé su autorización, el reembolso de los gastos pagados por el Asegurado se efectuará hasta por el 50%, una vez liquidado el reclamo bajo los límites normales de este amparo adicional.

En ambos casos el Asegurado deberá acompañar su reclamación con un resumen detallado sobre la cirugía o tratamiento emitido por la institución donde fue atendido o por el médico tratante, facturas originales debidamente discriminadas y canceladas, las órdenes expedidas por el médico tratante y demás documentos suficientes para demostrar el derecho a la indemnización, sin perjuicio de lo previsto por el artículo 1077 del Código de Comercio.

Valor Asegurado

El límite de valor asegurado indicado en el detalle de Coberturas que aparece en la Póliza para este amparo será por vigencia anual y por Asegurado, sin que haya lugar a restablecimiento automático.

Período de Carencia

Para los efectos de este amparo se establece un período de carencia de tres (3) meses contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia del presente amparo o del ingreso del Asegurado al mismo, período durante el cual no se tiene derecho a los beneficios de este amparo adicional.

20. Definición de amparos

21.1. Insuficiencia Renal Crónica: Es el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones y que como consecuencia de ello deba efectuarse trasplante de riñón o diálisis renal o peritoneal regularmente. Para efectos de la cobertura de este anexo, queda entendido que únicamente se amparan los gastos por los honorarios profesionales de la diálisis, insumos y alquiler de equipos.

21.2. Trauma Mayor: Es la lesión física o química que compromete el sistema vital y que de no ser atendida en forma inmediata peligran la vida del paciente, o puede generarse un daño irreversible en su estructura orgánica o producirse una disfunción permanente.

21.3. Cirugía del Sistema Nervioso Central y Periférico: Es el procedimiento quirúrgico efectuado a los órganos contenidos en la bóveda craneana y en el canal raquímedular. Este anexo se extiende a cubrir, además del procedimiento quirúrgico, el tratamiento de complicaciones y los controles post-operatorios durante los treinta (30) días siguientes al procedimiento quirúrgico.



21.4. Tratamiento Quirúrgico para Enfermedades Cardiovasculares: Comprende el procedimiento quirúrgico del corazón y de los grandes vasos. Para los efectos de este anexo se cubre además del procedimiento quirúrgico, el tratamiento de las complicaciones, en caso de presentarse y los controles post-operatorios.

21.5. Reemplazo Articular de Cadera: Es el reemplazo de la articulación femoral con material sintético, con el fin de recuperar su capacidad funcional. Para los efectos de la cobertura de este anexo quedan incluidos las prótesis, el manejo de las complicaciones y el control post-operatorio.

21.6. Trasplante de Órganos: Por este concepto se entiende el implante de un órgano o componente anatómico en el organismo, con el fin de restaurar una función orgánica gravemente deteriorada e irreversible en su recuperación. Debe ser realizado en un hospital o clínica de III ó IV nivel de complejidad de atención, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados por las entidades estatales de vigilancia de los servicios de salud.

Para los efectos de este amparo adicional, el trasplante de órganos donados por un ser humano vivo o fallecido, previa autorización de la Compañía, se circunscribe a los siguientes órganos: Riñones, Corazón, Médula Ósea, Hígado, Páncreas, Corazón y Pulmones. Incluye los gastos por complicaciones y el tratamiento ambulatorio requeridos dentro de los noventa (90) días siguientes al acto quirúrgico del trasplante.

Incluye también el reimplante de un nuevo órgano por el rechazo del órgano trasplantado inicialmente. El retrasplante será considerado un mismo evento con relación al primer trasplante.

También se ampararán los gastos en aerolínea comercial clase económica, incluyendo los de un acompañante, cuando el trasplante deba realizarse en una ciudad diferente a la de la residencia del asegurado o los gastos de transporte de sus restos, en caso de fallecimiento, hacia la ciudad de su última residencia.

La Compañía también reconocerá los gastos de estudios previos, siempre y cuando concluyan en un trasplante, hasta una suma igual al cuatro por ciento (4%) del valor asegurado contratado para este amparo.

Para los gastos de extracción del órgano se reconocerá el veinte por ciento (20%) del valor de la cobertura otorgada por este amparo y hasta el diez por ciento (10%) de la misma para el transporte del órgano o del donante.

Quedan incluidos bajo este concepto, el tratamiento de las complicaciones y el control post-operatorio, así como las drogas inmunosupresoras hasta por un período de doce (12) meses.

21.7. Gran Quemado: Es el paciente que presenta quemaduras de grado II y III mayores al 20% de extensión corporal total y/o quemaduras profundas de grado II y III en cara, pies, manos y periné. En esta cobertura quedan incluidos la cirugía plástica para el tratamiento de las quemaduras y sus secuelas, sus derechos de hospitalización y las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación.

21. Requisitos de asegurabilidad

El gasto de los requisitos médicos de asegurabilidad van por cuenta del aspirante del seguro.



Requisitos Médicos de Asegurabilidad	
POLIZAS DE SALUD (Individuales o Familiares)	
Todos los asegurados deberán diligenciar la solicitud de seguro con declaración del estado de salud. El gasto de los requisitos médicos de asegurabilidad van por cuenta del aspirante del seguro y que se detallan a continuación.	
Edad	Requisitos de asegurabilidad
Menores de 2 años	Fotocopia vigente de la afiliación a la EPS, Historia clínica del pediatra tratante o examen médico con un pediatra.
De 2 a 49 años	Fotocopia vigente de la afiliación a la EPS, Si la persona se vincula sola en las pólizas individuales teniendo grupo familiar, debe presentar examen médico, o presentar la historia clínica de los últimos 6 meses de su EPS o de su médico de cabecera. Fotocopia vigente de la afiliación a la EPS, Si la persona es soltera o se asegura todo el grupo familiar únicamente diligencian solicitud con declaración de salud.
Adicional para mujeres de 40 años en adelante	Fotocopia vigente de la afiliación a la EPS, Aportar ecografía abdomino pélvica y mamografía o ecografía mamaria realizadas en el año inmediatamente anterior a la solicitud.
Mayores de 50	Fotocopia vigente de la afiliación a la EPS,, Examen médico, Parcial de Orina, Hiv, Hemoglobina Glicosilada, Creatinina, PCR ultrasensible, Colesterol Total, Antígeno Prostático, Glicemia basal, Cuadro Hemático, Fosfatasa Alkalina, Ggtp, Triglicéridos, Vdrl. En el caso de las mujeres, adicionalmente aportar los contemplados para mujeres de 40 o más años.

22. 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.

23. 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.

Nota técnica: 02/01/2025-1333-NT-P-35-HDIG140408220000

Clausulado No.02/01/2025-1333-P-35-HDIG140409220000-DR01



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

24. 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.

25. 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.

26. 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.

