



**TÉNGALO  
POR SEGURO**

Versión / Julio 2026

# Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help Plus 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](mailto:defensordelcliente@hdiseguros.com.co)



## TABLA DE CONTENIDO

1. Amparos .....	5
2. Exclusiones .....	5
3. Cobertura Principal .....	10
4. Coberturas Opcionales .....	12
5. Personas asegurables .....	21
6. Definiciones .....	22
7. Incremento de valor asegurado .....	22
8. Reclamaciones .....	23
9. Pérdida del derecho a indemnización .....	24
10. Seguros Coexistentes .....	24
11. Pago de prima .....	24
12. Generalidades .....	25
13. Terminación del contrato .....	25
14. Declaraciones inexactas o reticentes .....	26
15. Afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de seguridad social en salud .....	26
16. Revocación de contrato .....	27
17. Notificaciones .....	27
18. Normas supletorias .....	27
19. Domicilio .....	27
20. Renovación .....	27
21. Terminación .....	27
22. Vigencia .....	27
23. Cláusula de limitación de responsabilidad por sanciones .....	28
24. Anticorrupción y antisoborno .....	28
25. Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo .....	28
26. Cláusula de Trato Justo .....	28
27. 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*

# PÓLIZA DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN INDIVIDUAL TOTAL HELP PLUS HDI

## Condiciones Generales

### 1. Amparos

- 1.1. Amparo básico de servicios hospitalarios
- 1.2. Amparo opcional de honorarios profesionales
- 1.3. Amparo opcional de excedentes
- 1.4. Amparo opcional de gastos funerarios
- 1.5. Amparo opcional de exámenes ambulatorios
- 1.6. Amparo opcional de incapacidad total temporal
- 1.7. Amparo opcional de consulta externa
- 1.8. Amparo opcional de asistencia médica domiciliaria

La definición de cada uno de los anteriores conceptos y el alcance de los mismos aparecen en las secciones 3. Cobertura Principal y 4. Coberturas Opcionales.

### 2. Exclusiones

#### 2.1 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

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

2.1.1. PATOLOGÍAS O AFECCIONES DIAGNOSTICADAS, MANIFIESTAS O PREEXISTENTES 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 QUEDARAN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA. TAMPOCO SE CUBREN LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES CONGÉNITAS.

2.1.2. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO

2.1.3. CUALQUIER CIRUGÍA PLÁSTICA U ORTOPÉDICA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUFRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y AMPARADOS POR LA MISMA.

2.1.4. TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS, MEDICOS O QUIRÚRGICOS POR DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES, CURAS DE REPOSO, DROGADICCIÓN O ALCOHOLISMO Y LESIONES DEBIDAS A LOCURA O ESTADO DE DEMENCIA,



2.1.5. TRATAMIENTOS DENTALES Y PRÓTESIS, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS AFECCIONES A NIVEL GINGIVAL O ALVEOLAR, CON EXCEPCIÓN DE LOS NECESARIOS POR CAUSA DE ACCIDENTE, Y QUE ESTEN EXPRESAMENTE RELACIONADOS EN LA TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA TENER DERECHO AL RECONOCIMIENTO DE LOS COSTOS ES NECESARIO QUE LA ATENCIÓN INICIAL SE PRESENTE DURANTE LAS CUARENTA Y OCHO HORAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

2.1.6. DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA O SUMINISTRO DE ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO.

2.1.7. TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD.

2.1.8. LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y ASONADA, TENIENDO EN CUENTA LAS DEFINICIONES QUE PARA LAS MISMAS PREVÉ EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO.

2.1.9. SUMINISTROS DE BRAGUEROS, APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS. SE EXCEPTÚAN DE ESTA EXCLUSIÓN LAS PRÓTESIS FUNCIONALES NECESARIAS PARA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE.

2.1.10. LESIONES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR: TERREMOTO, TEMBLOR DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCANICAS, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO, CICLÓN, U OTRA CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA O PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA.

2.1.11. LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADAS DE LA PRACTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.

2.1.12. SUMINISTRO DE ELEMENTOS Y DROGAS, SALVO AQUELLAS PRESCRITAS Y ADMINISTRADAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.

2.1.13. HONORARIOS PROFESIONALES O GASTOS PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGÉTICA, DE HOMEOPATÍA Y CUALQUIER OTRA CLASE DE MEDICINA ALTERNATIVA, NO RECONOCIDA POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA.

2.1.14. GASTOS DE MATERNIDAD Y SUS CONSECUENCIAS PARA ASEGURADAS QUE NO HAYAN ESTADO INSCRITAS EN ESTE SEGURO POR UN PERIODO MÍNIMO DE 270 DÍAS CONSECUTIVOS Y ANTERIORES A LA FECHA DEL PARTO.

2.1.15. LOS GASTOS PROVENIENTES DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTA AMBULATORIA O CONSULTA EXTERNA, SALVO QUE SE HAYA CONTRATADO EL AMPARO OPCIONAL DE CONSULTA EXTERNA, EN CUYO CASO SE INDEMNIZARA ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN DICHO AMPARO.

2.1.16. GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIERA DE LOS EVENTOS RELACIONADOS EN LOS AMPAROS OPCIONALES DE ESTA PÓLIZA, SALVO QUE EL ASEGURADO LOS HAYA CONTRATADO ESPECÍFICAMENTE Y POR LO MISMO HAYA PAGADO LAS PRIMAS ADICIONALES RESPECTIVAS.



## **2.2. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE HONORARIOS PROFESIONALES**

2.2.1 LOS HONORARIOS PROVENIENTES DE ATENCIÓN POR CONSULTA AMBULATORIA O CONSULTA EXTERNA, CON EXCEPCIÓN DEL VALOR DE DOS CONSULTAS PREHOSPITALARIAS PARA LOS CASOS QUE REQUIERAN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O RECLUSIÓN HOSPITALARIA PARA TRATAMIENTO. POR CADA UNA DE LAS REFERIDAS CONSULTAS SE RECONOCERÁ HASTA EL 1% DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO OPCIONAL, SIN QUE DICHA SUMA SUPERE EL VALOR ESTABLECIDO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA PARA EL RUBRO DE CONSULTAS PREHOSPITALARIAS.

2.2.2. LOS HONORARIOS PROFESIONALES POR TERAPIAS OCUPACIONALES O DEL LENGUAJE

2.2.3. LOS CONTROLES POSTOPERATORIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, NO CAUSAN DERECHO A SERVICIOS PROFESIONALES DISTINTOS DE LOS QUE SE RECONOCE POR LA RESPECTIVA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, TANTO A LOS CIRUJANOS COMO A LOS ANESTESIOLOGOS, HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE Y LA FINALIZACIÓN DE SU INCAPACIDAD.

2.2.4. LAS SEÑALADAS EN LA AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL.

## **2.3. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE EXCEDENTES**

2.3.1. EXCEDENTES QUE EN EL AMPARO BÁSICO TENGAN SU ORIGEN EN GASTOS HOSPITALARIOS DERIVADOS DE MATERNIDAD.

2.3.2. EXCEDENTES POR ATENCIÓN HOSPITALARIA DE URGENCIAS SIN INTERNAMIENTO HOSPITALARIOS (Literal K del amparo básico del seguro al que accede este amparo opcional).

2.3.3. TODO GASTO PROVENIENTE DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y SUS COMPLICACIONES,

2.3.4. LAS SEÑALADAS EN LA AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL

## **2.4. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE GASTOS FUNERARIOS**

LAS SEÑALADAS EN LA AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL

## **2.5. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE EXÁMENES AMBULATORIOS**

2.5.1. EXÁMENES QUE NO FIGUREN EN LA TABLA DE EXÁMENES AMBULATORIOS CITADA EN LA CLÁUSULA PRIMERA DE ESTE AMPARO.



2.5.2. GASTOS HOSPITALARIOS CUANDO ESTOS NO SEAN REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.

## **2.6. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

LAS SEÑALADAS EN LA AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL.

## **2.7. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE CONSULTA EXTERNA**

2.7.1. 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.

2.7.2. EL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO OPCIONAL, NO SE REPONE DURANTE LA VIGENCIA ANUAL.

2.7.3. NO HAY DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR CONSULTAS TELEFÓNICAS.

2.7.4. NO SE CUBREN CONSULTAS ATENDIDAS POR PERSONAS QUE NO TENGAN EL CARÁCTER DE MEDICOS SEGÚN LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN LA SECCIÓN 6.DEFINICIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

2.7.5. LAS SEÑALADAS EN LA AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL.

## **2.8. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA**

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO O LAS PRESTACIONES DERIVADAS DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS O LAS CONSECUENCIAS DE LOS HECHOS INCLUIDOS EN LOS SIGUIENTES NUMERALES:

2.8.1. 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.

2.8.2. 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.

2.8.3. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCACIONEN EN SU TENTATIVA.

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



2.8.5. 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.

2.8.6. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.

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

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

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

2.8.10. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.

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

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

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

2.8.14. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.

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

### 3. Cobertura Principal

#### 3.1. AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

HDI Seguros Colombia S.A. quien en adelante se denominará LA COMPAÑÍA, indemnizara los servicios hospitalarios que a continuación se relacionan, los cuales se encuentran definidos en las secciones 3. Cobertura Principal y 4. Coberturas Opcionales.

de estas condiciones generales, con sujeción al deducible pactado y demás condiciones del presente seguro. Lo anterior, si cualquiera de las personas aseguradas bajo la presente póliza requiere durante la vigencia de la misma, ser hospitalizada por orden médica, por enfermedad para tratamiento o cirugía, o a consecuencia de un accidente.

1. Habitación
2. Gastos hospitalarios por unidad de cuidados intensivos
3. Otros servicios hospitalarios:



- A. Alimentación
- B. Cama de acompañante
- C. Servicio general de enfermería
- D. Servicio especial de enfermería
- E. Derecho de sala de operaciones
- F. Material de cirugía
- G. Elementos de anestesia
- H. Exámenes de laboratorio, radiológicos y de diagnóstico.
- I. Otros suministros
- J. Atención hospitalaria sin internamiento hospitalario
- K. Atención hospitalaria de urgencias sin internamiento hospitalario

### 3.2. LIMITACIONES DEL AMPARO BÁSICO DESERVICIOS HOSPITALARIOS

- A. Durante los primeros seis meses de vigencia de esta póliza, o de la inclusión de cada asegurado, no se indemnizarán cirugías o tratamientos a consecuencia de: amigdalectomías, adenoidectomías, herniorrafias, circuncisión, prolapsos uterinos, histerectomías prostatectomías.
- B. Durante el primer año de vigencia de esta póliza, o de la inclusión de cada asegurado, no se indemnizará la rinoplastia y la rinoseptoplastia.
- C. Durante el primer año de vigencia de esta póliza, o de la inclusión de cada asegurado, no se indemnizarán mamoplastias, lipectomías y blefaroplastias, así estas sean consecuencia de alguna enfermedad o accidente sufrido durante la vigencia de esta póliza y amparados por la misma.
- D. Durante los primeros dos años de vigencia de esta póliza, o de la inclusión de cada asegurado, no se indemnizarán eventos relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y sus complicaciones.

Los eventos descritos en los anteriores literales, operan solamente en aquellos casos en que provengan de una enfermedad o un accidente cubiertos por la póliza y que no estén excluidos en los términos de la sección 2. Exclusiones de estas condiciones generales.

### 3.3. DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

- 1. Habitación: Bajo este concepto se indemnizará el valor diario indicado en el “Cuadro de Beneficios Contratados”.
- 2. Gastos Hospitalarios por Unidad de Cuidados Intensivos: Costos facturados por la Institución Hospitalaria, incluyendo dentro de ellos todos los medios necesarios para la supervisión del paciente tales como aparatos de monitoreo. El valor diario reembolsado por este concepto será hasta el indicado en el “Cuadro de Beneficios Contratados”.
- 3. Otros Servicios Hospitalarios: Bajo este concepto se indemnizará el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza incluyendo lo siguiente:
  - A. Alimentación: La dieta normal suministrada por la Institución Hospitalaria al paciente y a un acompañante.



- B. Cama de Acompañante: La utilizada por un tercero para asistir al paciente.
- C. Servicio General de Enfermería: Todos los servicios suministrados normalmente por la Institución Hospitalaria.
- D. Servicio Especial de Enfermería: Sujetos a orden médica.
- E. Derechos de Sala de Operaciones.
- F. Material de Cirugía
- G. Elementos de Anestesia: Gases y medicamentos, sin incluir los honorarios de Médico Anestesiista.
- H. Exámenes de Laboratorio, Radiológicos y de Diagnóstico:

➤ Se indemnizarán bajo este rubro los Servicios Hospitalarios y los Honorarios Profesionales por exámenes de laboratorio, radiológicos y de diagnóstico practicados, que sean realizados dentro del periodo de Internamiento hospitalario y conducentes, o a consecuencia de la intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario a que sea sometido el asegurado.

➤ Independiente de que conduzcan o no a una Intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario, se reconocerán los siguientes exámenes:

- 1) ARTERIOGRAFÍA
- 2) CISTOSCOPIA
- 3) ARTROSCOPIAS
- 4) ENDOSCOPIAS
- 5) BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS
- 6) GASTROSCOPIAS
- 7) BRONCOSCOPIAS
- 8) LARINGOSCOPIA
- 9) CATETERISMO CARDIACO
- 10) RECTOSIGMOIDOSCOPIA

I. Otros Suministros: Todos aquellos elementos (no están incluidos los servicios profesionales) que sean necesarios para el tratamiento o recuperación del paciente, que sean suministrados por la Institución hospitalaria, siempre y cuando sean ordenados por el médico tratante, tales como vendajes, yesos, drogas, transfusiones, oxígenos, respiradores artificiales y otros similares, siempre y cuando no estén cubiertos por un amparo opcional de la póliza.

J. Atención Hospitalaria sin Internamiento Hospitalario: Mediante este rubro se indemnizarán los casos de cirugía ambulatoria o fracturas. Con este amparo, si uno de los asegurados recibe atención en una Institución Hospitalaria (sin costo de habitación) o en un consultorio médico, o en la casa del asegurado, LA COMPAÑÍA reembolsará el valor de los servicios señalados como hospitalarios, que se causen por tal cirugía o tratamiento de fractura. Este beneficio no está destinado a indemnizar los honorarios profesionales por concepto de la simple consulta externa.

K. Atención Hospitalaria de Urgencias sin Internamiento Hospitalario: Cuando sea imprescindible acudir a una división de urgencias de una Institución Hospitalaria para observación, control y tratamiento de una lesión o dolencia que sobrevenga intempestivamente y que no requiera hospitalización, se indemnizará al asegurado por los gastos facturados por la Institución Hospitalaria, hasta un máximo global del 10% de la suma asegurada en el Amparo Básico de Seguros Hospitalarios.

Para gozar de este beneficio es necesario que en la división de urgencias se establezca que el asegurado presentaba una patología por la cual era indispensable recurrir a una de ellas.



Cualquier evento indemnizable bajo este ítem no será indemnizable simultáneamente por otro cualquiera de los rubros de esta póliza y viceversa.

Este beneficio no está destinado a indemnizar los honorarios profesionales por concepto de la simple consulta externa.

## 4. Coberturas Opcionales

### 4.1. AMPARO OPCIONAL DE HONORARIOS PROFESIONALES

El presente amparo opcional hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual TOTAL HELP a que se adhiere este amparo, siempre y cuando se haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectiva, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

Sujetos al valor asegurado, si dentro de la vigencia de la póliza alguno de los asegurados que haya contratado este amparo, requiere ser intervenido quirúrgicamente por una enfermedad o lesión no preexistente o por un accidente, o requiere de servicios profesionales para tratamiento hospitalario no quirúrgico, la compañía reconocerá por este concepto los beneficios establecidos en la sección 6. Definiciones del presente condicioadol.

#### 4.1.1. COBERTURA

El valor asegurado definido en la carátula de la póliza para este amparo opcional se encuentra establecido por evento y comprende las intervenciones quirúrgicas debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

El valor asegurado en el Amparo Opcional de Honorarios Profesionales se restablecerá después de 90 días de la última intervención quirúrgica, si cualquiera de los asegurados requiere ser intervenido nuevamente por la misma causa que origino la primera intervención. Los referidos noventa días se cuentan a partir de la fecha en que se ha dado de alta al paciente de la respectiva Institución Hospitalaria.

El valor asegurado en el Amparo Opcional de Honorarios Profesionales se restablecerá automáticamente cuando se trate de intervenciones por causas diferentes a las que originaron la primera intervención quirúrgica

#### 4.1.2. BENEFICIOS

Si el asegurado principal o una de las personas aseguradas requiere ser intervenida quirúrgicamente por una enfermedad o lesión no preexistente, LA COMPAÑÍA reconocerá los gastos por concepto de Honorarios-Quirúrgicos y Servicios Profesionales de acuerdo con las siguientes condiciones:

##### A. Honorarios Profesionales

La indemnización de los honorarios profesionales para cada intervención quirúrgica estará determinada como el producto de porcentaje que le corresponda a la intervención quirúrgica y el valor asegurado contratado. El porcentaje se obtiene de la clasificación que la intervención quirúrgica posea en la resolución 005261 del 5 de agosto de 1994 del Ministerio de Salud o aquella que la reemplace y, la correspondencia que se le da a cada uno de los grupos según se establece a continuación.



## PORCENTAJE DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS

GRUPO	%
GRUPO 01	7
GRUPO 02	9
GRUPO 03	11
GRUPO 04	14
GRUPO 05	17
GRUPO 06	21
GRUPO 07	25
GRUPO 08	30
GRUPO 09	37
GRUPO 10	43
GRUPO 11	54
GRUPO 12	68
GRUPO ESPECIAL 20	73
GRUPO ESPECIAL 21	81
GRUPO ESPECIAL 22	92
GRUPO ESPECIAL 23	100

Si una determinada intervención quirúrgica no excluida en la presente póliza, no se encuentra contemplada en la tabla antes referida, la indemnización por ella será igual a la reconocida para la intervención quirúrgica más similar.

1. Los honorarios profesionales por concepto de los servicios prestados por el médico anesthesiólogo, tendrá un reconocimiento equivalente al 30% del valor reconocido por concepto de honorarios quirúrgicos, para cada intervención quirúrgica.
2. Cuando en un mismo campo operatorio, se presenten varias intervenciones sobre órganos o regiones definidas como interna y externa, superior e inferior, anterior y posterior, por una misma patología, todas estas Intervenciones se toman como un solo acto quirúrgico y se indemnizará por lo que corresponda a la mayor intervención.
3. En las intervenciones quirúrgicas bilaterales se indemnizará la primera con base en el 100% del porcentaje establecido en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas y hasta con el 50% por la contralateral.
4. En las Intervenciones múltiples practicadas por un mismo cirujano en diferentes campos operatorios, se indemnizará tomando como base el 100% del porcentaje establecido en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas correspondiente a la intervención mayor que se ejecute, incrementándose la indemnización con el 50% del porcentaje de cada una de las intervenciones adicionales.
5. En las intervenciones múltiples practicadas en un mismo acto, por dos o más cirujanos, de distinta especialidad, en el mismo campo operatorio, se indemnizará con base en el 100% del porcentaje



establecido en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas a cada cirujano principal que intervenga en el acto, siempre y cuando las intervenciones quirúrgicas sean diferentes.

6. En las intervenciones múltiples practicadas en varios actos, por dos o más cirujanos, de diferente especialidad, se indemnizará con base en el 100% del porcentaje establecido en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas para cada uno de los cirujanos que practiquen los diferentes actos quirúrgicos.
7. En las exploraciones quirúrgicas, se indemnizará exclusivamente la intervención mayor practicada.
8. Las intervenciones con fin diagnóstico se indemnizarán por separado únicamente cuando no hagan parte del mismo acto quirúrgico.
9. Los controles postoperatorios intrahospitalarios y ambulatorios no causan derecho a servicios profesionales distintos de los que se reconocen por la respectiva intervención quirúrgica, tanto a los cirujanos como a los anestesiólogos, hasta la recuperación del paciente y la finalización de su incapacidad.
10. Un total de 25 sesiones de fisioterapia (terapia física o terapia respiratoria) por persona vigencia, cuando ellas se causen por un evento cubierto por la póliza, no pudiendo sobrepasar el valor de cada una de las sesiones el 60% del valor reconocido para consulta prehospitalaria.

#### **B. Honorarios Profesionales por Tratamientos Hospitalarios no Quirúrgicos**

Cuando cualquiera de los asegurados requiera ser recluso en una Institución Hospitalaria para tratamiento sin cirugía, se indemnizará bajo este concepto hasta el valor facturado, sin exceder en ningún caso, un valor global diario del 5% calculado sobre el valor asegurado para el presente amparo opcional.

#### **C. Honorarios Médicos Profesionales para Cirugías Ambulatorias**

Mediante este rubro se Indemnizarán los Honorarios Profesionales, acorde con lo establecido en la Tabla de Intervenciones quirúrgicas mencionadas en el literal A, del Amparo Opcional de Honorarios Profesionales.

### **4.2. AMPARO OPCIONAL DE EXCEDENTES**

El presente amparo opcional, hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help a que se adhiere este amparo, siempre y cuando se haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados” en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectiva y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

Sujeto al valor asegurado y al copago descrito en la caratula de la póliza para este amparo opcional, cubre los excedentes de servicios hospitalarios contenidos en la sección 3.Cobertura Principal de las condiciones generales del seguro al cual accede este amparo, por enfermedad para tratamiento o cirugía, o a consecuencia de un accidente o cuando se trate de enfermedades cardiovasculares o relacionadas con cáncer, en adición a los excedentes mencionados, se cubrirán los excedentes por honorarios profesionales de acuerdo con los siguientes conceptos, los cuales se encuentran definidos 3.Cobertura Principal de estas condiciones particulares.

- A. En patologías relacionadas con cáncer se cubrirán los siguientes conceptos:



1. Terapia de radiación
2. Honorarios profesionales de fisioterapeutas
3. Honorarios profesionales del anestesiólogo
4. Suministro de sangre y sus derivados
5. Medicinas
6. Ambulancias
7. Honorarios profesionales por cirugías

B. En patologías relacionadas con afecciones cardiovasculares, se cubrirán los siguientes conceptos:

1. Honorarios quirúrgicos
2. Ambulancias
3. Aparatos de implante cardiaco

#### 4.2.1. COBERTURA

El valor asegurado definido en la carátula de la póliza para este amparo opcional se encuentra establecido por año póliza, por evento y por asegurado, comprendiendo de esta forma todas las hospitalizaciones debidas a la misma causa o causas relacionadas entre sí.

El valor asegurado en este amparo opcional se restablecerá automáticamente cuando se trate de hospitalizaciones por causas diferentes y no relacionadas con las que originaron la primera hospitalización.

#### 4.2.2. BENEFICIOS

Definición y alcance del presente amparo

A. En patologías relacionadas con cáncer se cubrirán los siguientes conceptos

1. Terapia de radiación

Se indemnizarán los gastos por el tratamiento del cáncer incurridos en la Institución hospitalaria y que sean directamente atribuibles a la terapia por Cobalto, rayos X u otro tipo de radiación. En este punto además del costo de los elementos de radiación y la utilización de los equipos, se indemnizarán los honorarios del médico que presta el servicio.

2. Honorarios Profesionales de Fisioterapeutas

Se indemnizarán los gastos ocasionados por los servicios profesionales de un fisioterapeuta graduado (para terapia física o terapia respiratoria), no pudiendo ser quien preste el servicio un familiar del asegurado ni personas que residan en la misma casa en forma permanente con el paciente, y que dicho servicio tenga como propósito la recuperación de una lesión producida por esta enfermedad.

3. Honorarios Profesionales de Anestesiólogo

Se indemnizarán los gastos ocasionados por los servicios profesionales del médico Anestesta.

4. Suministro de Sangre y Derivados

Se indemnizarán los gastos ocasionados por las transfusiones sanguíneas y/o el suministro de sus derivados.



#### 5. Medicinas

Se indemnizarán los gastos ocasionados por el suministro de drogas, incluyendo el material de quimioterapia, prescritas por el médico tratante y usadas en el tratamiento del cáncer y no incluidas en los cargos correspondientes al internamiento hospitalario.

#### 6. Honorarios Profesionales por Cirugías

Se indemnizarán los gastos ocasionados por la intervención o intervenciones quirúrgicas y por los procedimientos quirúrgicos y cuidados postoperatorios, excluyendo la terapia de radiación, requeridos para el tratamiento del cáncer. Para los efectos de la Indemnización de los honorarios profesionales acá contemplados, se utilizará la mencionadas en el literal A, del Amparo Opcional de Honorarios Profesionales, tomando como base el 50% del valor asegurado en este amparo opcional.

7. Para los efectos del presente amparo, pre significará leucemia, enfermedad de Hodgkin o cualquier otra forma de crecimiento maligno el cual sea positivamente diagnosticado como cáncer en el asegurado (Neoplasia Maligna), por un doctor en medicina legalmente reconocido, basándose en una biopsia o en un método aceptado oficialmente por la patología.

Derecho al olvido oncológico: No está obligado a declarar el estado del riesgo los tomadores o asegurados que hayan padecido y superado la enfermedad de cáncer si han transcurrido cuatro (4) años desde la finalización de tratamiento con curación total y sin recaídas ni reincidencias, o dos (2) años si el diagnóstico se realizó siendo menor de edad. Para efectos de acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 2475 de 2025, la aseguradora podrá solicitar durante el proceso de asegurabilidad una certificación médica que incluya como mínimo: Identificación del paciente, diagnóstico oncológico (tipo y estadio), tratamientos recibidos, fecha de finalización del tratamiento activo, estado actual de la enfermedad (remisión completa o ausencia de evidencia de enfermedad), tiempo libre de enfermedad, constancia de ausencia de recaída, identificación, firma y registro del médico especialista tratante

B. En patologías relacionadas con afecciones cardiovasculares, se cubrirán los siguientes conceptos:

#### 1. Honorarios Quirúrgicos

Se indemnizarán los gastos ocasionados por la intervención o intervenciones quirúrgicas y por los procedimientos quirúrgicos y cuidados postoperatorios requeridos por la Enfermedad Cardiovascular. Para los efectos de la indemnización de los Honorarios Profesionales se utilizará la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas mencionadas en el literal A, del Amparo Opcional de Honorarios Profesionales, tomando como base el 50% del valor asegurado en este amparo opcional.

#### 2. Aparatos de Implante Cardíaco

Bajo este ítem, se indemnizará los gastos provenientes de los elementos de implante cardíaco tales como Marcapasos y Válvulas.

### 4.2.3. COPAGO

Entiéndase por copago el porcentaje que invariablemente sobre el valor de toda suma indemnizable corre a cargo del asegurado.



### 4.3. AMPARO OPCIONAL DE GASTOS FUNERARIOS

el presente amparo opcional, hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help Plus a que se adhiere este amparo siempre y cuando se haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados” en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectiva, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

en caso de muerte ocurrida durante la vigencia de la póliza, de una persona cubierta bajo el presente amparo opcional, la compañía indemnizará contra presentación de todos los comprobantes de gastos funerarios a que haya habido lugar, hasta la suma asegurada en la caratula de la póliza, para todos los efectos de este amparo se entenderá por gastos funerarios los ocasionados por los siguientes conceptos.

1. derechos de funeraria e iglesia, ataúd, aviso de prensa, carro mortuorio, derechos de bóveda unipersonal y servicios de cremación si son utilizados.
2. el reembolso de los gastos funerarios se realizará a la persona o entidad que acredite haber asumido dicho gasto.

### 4.4. AMPARO OPCIONAL DE EXÁMENES AMBULATORIOS

El presente amparo opcional hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help Plus a que se adhiere este amparo siempre y cuando se haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados” en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectiva, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

Sujeto al copago descrito en la caratula de la póliza para este amparo opcional, la compañía indemnizará únicamente los exámenes descritos en la tabla de exámenes ambulatorios que se anexa a esta póliza, la cual se actualizará anualmente y contendrá la lista de exámenes ambulatorios amparados con sus respectivos valores.

Se entiende por exámenes ambulatorios, aquellos que no conduzcan o no sean a consecuencia de una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario, independiente de que ellos se realicen durante una hospitalización. Cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo opcional tendrá derecho a reconocimiento de los exámenes expresamente señalados en la tabla de exámenes ambulatorios antes mencionada.

Los valores especificados en dicha tabla no operan cuando los exámenes señalados se practiquen fuera de la República de Colombia

#### 4.4.1. INICIACIÓN

Este amparo opcional se encuentra sujeto a la vigencia de la póliza de Hospitalización Individual de la cual forma parte, y cubre a las personas expresamente establecidas en la sección de beneficiarios asegurados.

#### 4.4.2. COPAGO

Entiéndase por copago el porcentaje que invariablemente sobre el valor de toda suma indemnizable corre a cargo del asegurado.



#### 4.5. AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

El presente amparo opcional hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help Plus a que se adhiere este amparo siempre y cuando se haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados” en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectiva, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

1. Si el asegurado principal se encuentra a consecuencia directa de enfermedad o accidente, incapacitado total y continuamente en forma temporal, para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana, obligándolo a reclusión hospitalaria, la compañía pagara la indemnización a que hubiere lugar con base en los días de internamiento hospitalario y el valor asegurado contratado en este amparo.
2. El número de días de incapacidad total temporal se obtendrá sumando el número de días de reclusión hospitalaria y a estos adicionándole tres (3) días de reconocimiento de incapacidad por fuera del hospital.
3. La indemnización se obtendrá como el producto del número de días especificado en el párrafo anterior y el valor asegurado establecido en la caratula de la póliza para este amparo opcional.
4. Si el asegurado es sometido a una intervención quirúrgica cuya clasificación corresponda a un grupo mayor o igual a 4 (los grupos son los citados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas mencionadas en el literal A, del Amparo Opcional de Honorarios Profesionales) y esta se hace en forma ambulatoria, el asegurado también tendrá derecho al reconocimiento de tres (3) días de incapacidad.
5. El límite máximo de días indemnizables por este concepto no podrá ser superior a los 365.

##### 4.5.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente amparo opcional opera únicamente para el asegurado principal que sea trabajador independiente al momento de contratar este amparo opcional (es decir, no vinculado a una empresa mediante un contrato permanente de trabajo).

#### 4.6. AMPARO OPCIONAL DE CONSULTA EXTERNA

El presente amparo opcional hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help Plus a que se adhiere este amparo siempre y cuando se haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados” en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectiva, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

Cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo opcional tendrá derecho al reconocimiento de hasta seis consultas médicas profesionales anuales, efectuadas

Por el medico de su preferencia, llevadas a cabo en el consultorio del médico o en la casa de habitación del asegurado. El valor reconocido por cada una de las consultas será el establecido en la caratula de la póliza como “suma asegurada por cada consulta externa” y el reintegro del valor de cada una de ellas estará sujeto a la presentación de la cuenta de cobro y del bono de consulta externa debidamente diligenciado por el médico.



#### 4.7. AMPARO OPCIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

El presente amparo opcional hace parte integrante de la Póliza de Seguro de Hospitalización Individual Total Help Plus a que se adhiere este amparo siempre y cuando haya incluido en el “cuadro de beneficios contratados” en la caratula de la póliza, previo el pago de la prima adicional respectivas, y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones particulares:

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

##### 4.7.1. 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 opcional, 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.

##### 4.7.2. 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.

##### 4.7.3. 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:

1. Orientación Médica Básica Telefónica:

LA COMPAÑÍA pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que receptionan la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica.

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

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

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

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

2. Asistencia Médica Domiciliaria:

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

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

3. Traslados médicos de emergencia:

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

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

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

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



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

#### 4.7.4 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 opcional de Asistencia Médica Domiciliaria.

#### 4.7.5. 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.

## 5. Personas asegurables

##### A. Asegurado Principal:

Es la persona que cuenta con menos de sesenta (60) años de edad en el momento de formular la solicitud, pero con más de nueve días de nacido. Puede asegurarse individualmente o con cualquier "Persona asegurable" de acuerdo con la definición que se da a continuación. Expedida la póliza no existe límite de edad para continuar asegurado.



B. Personas asegurables:

Personas 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 quienes en adelante para los efectos de este contrato se denominan “asegurados”.

## 6. Definiciones

1. Beneficios: Son todas las sumas pagaderas por LA COMPAÑÍA a título de indemnización de acuerdo con las condiciones del presente contrato.

2. Cobertura: El valor asegurado definido en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos se encuentra establecido por evento y comprende las hospitalizaciones debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí, por enfermedad o accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

El valor asegurado en el Amparo Básico de Otros Servicios Hospitalarios se restablecerá después de 90 días de la última hospitalización, si cualquiera de los asegurados requiere ser hospitalizado nuevamente por la misma causa que originó la primera hospitalización. Los mencionados 90 días se cuentan a partir de la fecha en que se da de alta de la Institución Hospitalaria al asegurado.

El valor asegurado en el Amparo Básico de Otros Servicios Hospitalarios se restablecerá automáticamente cuando se trate de hospitalizaciones por causas diferentes y no relacionadas con las que originaron la primera hospitalización.

Exclusivamente para el Amparo Básico de Otros Servicios Hospitalarios se aplicará que, si un asegurado está hospitalizado en forma continua por un periodo superior a 30 días, el valor asegurado se restablecerá por una vez para los gastos en que se incurra a partir del día 31.

3. Institución Hospitalaria: El término Institución hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos y que este legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

4. Médicos: El término médico significa cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

5. Deducible: La suma acumulada que por vigencia y por asegurado se deducirá del monto de los valores reclamados que sean indemnizables por uno cualquiera de los amparos contratados, a los que le sea aplicable este concepto. Dicha suma se encuentra establecida para cada póliza en la respectiva carátula.

6. Copago: Entiéndase por copago el porcentaje que invariablemente sobre el valor de toda suma indemnizable corre a cargo del asegurado.

## 7. Incremento de valor asegurado

Los valores asegurados se incrementarán durante el año en un porcentaje igual al valor establecido en la carátula de la póliza como incremento anual del valor asegurado. La actualización de los valores asegurados



se efectuará linealmente hasta alcanzar al final del año póliza el porcentaje pactado. Cuando se pacte un porcentaje de incremento del valor asegurado, tal incremento se aplicará a los amparos contratados que cuentan con esta opción en la póliza,

En el caso de un siniestro, el valor asegurado en dicho momento corresponderá a la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza incrementada en el porcentaje pactado, proporcional al tiempo corrido desde la iniciación de la vigencia de la póliza.

## 8. Reclamaciones

Para estos efectos se estará a 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.

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

En caso de que la atención no haya sido cubierta por la póliza de la Compañía, el asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos, el cual será reconocido de acuerdo al artículo 1080 del código de comercio y demás normas concordantes; ingresando su reclamación en la [https://appbpm.hdiseguros.com.co/GM\\_WEB\\_PortalV1/?](https://appbpm.hdiseguros.com.co/GM_WEB_PortalV1/?) y adjuntando los siguientes documentos:

1. Coberturas principales
  - a. Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
  - b. Historia Clínica y/o Epicrisis
  - c. Certificación Bancaria
2. Coberturas opcionales:
  - Honorarios Profesionales:
    - a. Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
    - b. Historia Clínica y/o Epicrisis
    - c. Certificación Bancaria
  - Excedentes:
    - a. Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
    - b. Historia Clínica y/o Epicrisis
    - c. Certificación Bancaria
    - d. Derecho al olvido oncológico: No está obligado a declarar el estado del riesgo los tomadores o asegurados que hayan padecido y superado la enfermedad de cáncer si han transcurrido cuatro (4) años desde la finalización de tratamiento con curación total y sin recaídas ni reincidencias, o dos (2) años si el diagnóstico se realizó siendo menor de edad. Para efectos de acreditar el cumplimiento de



los requisitos establecidos en la Ley 2475 de 2025, la aseguradora podrá solicitar durante el proceso de asegurabilidad una certificación médica que incluya como mínimo: Identificación del paciente, diagnóstico oncológico (tipo y estadio), tratamientos recibidos, fecha de finalización del tratamiento activo, estado actual de la enfermedad (remisión completa o ausencia de evidencia de enfermedad), tiempo libre de enfermedad, constancia de ausencia de recaída, identificación, firma y registro del médico especialista tratante

- Gastos Funerarios
  - a. Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
  - b. Certificado de Defunción
  - b. Cedula de la persona que asumió los gastos.
  - c. Certificación Bancaria.
  
- Exámenes Ambulatorios
  - a. Orden médica.
  - b. Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
  - c. Certificación Bancaria.
  
- Incapacidad temporal:
  - a. Incapacidad emitida por el médico.
  - b. Historia Clínica y/o Epicrisis
  - c. Certificación Bancaria
  
- Consulta médica ambulatoria:
  - a. Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN o recibo de caja firmado y sellado por el profesional que brindo la atención
  - b. Certificación bancaria.

**PARÁGRAFO:** El asegurado autoriza 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 le suministre toda Información relacionada con la misma.

## 9. Pérdida del derecho a indemnización

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

## 10. Seguros Coexistentes

En caso de coexistencia de seguros, se aplicará lo dispuesto en los artículos 1076, 1092 y 1093 y demás normas concordantes con el Código de Comercio.

## 11. Pago de prima



La prima deberá pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, anexo, certificado y su incumplimiento acarreará la terminación automática del contrato de seguro, de acuerdo con las normas legales vigentes.

## 12. Generalidades

### Inclusiones y Retiros

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 el noveno día de nacidos hasta la terminación de la vigencia del periodo anual durante el cual se produjo el nacimiento. Para obtener cobertura en los años subsiguientes; será necesario el pago de la prima adicional respectiva.

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.

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

La aceptación o rechazo sobre la inclusión de nuevos asegurados o aumentos de valor, debe ser dada a conocer por LA COMPAÑÍA a más tardar dentro de los 30 días siguientes

a la fecha de recibo de la solicitud. Si transcurrido este lapso LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, dicha modificación se considerará no aprobada.

## 13. Terminación 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. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley.
5. Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar afiliado al Plan Obligatorio de Salud de él y/o los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia



## 14. 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 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.

## 15. Afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de seguridad social en salud

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y para efectos de la suscripción de este contrato, la compañía verificará que el tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud. Para ello, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a la Compañía al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar ésta, mediante la presentación de prueba fehaciente de su vinculación a una EPS o que se encuentra en alguno de los regímenes de excepción.

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

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



## 16. Revocación de contrato

El contrato de seguro terminará por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador, caso en el cual el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

## 17. Notificaciones

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

## 18. 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. 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.

## 20. Renovación

El presente contrato no será renovado en forma automática

## 21. Terminación

El presente contrato terminará al vencimiento del plazo establecido en la carátula de la póliza.

## 22. Vigencia

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



### 23. 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.

### 24. 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.

### 25. 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.

### 26. 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.



## 27. 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.

