



**TÉNGALO
POR SEGURO**

Versión / Agosto 2026

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA HDI

Consulta el siguiente clausulado
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0

Permanece siempre en contacto



Línea de atención al cliente

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

Desde el celular: #224

Bogotá: 60 (1) 307 70 50

Línea nacional: 01 8000 113 390



Línea #224

Línea de Asistencia HDI

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

Desde el celular: #224

Bogotá: 60 (1) 307 70 50

Línea nacional: 01 8000 113 390



Defensor del consumidor financiero

Patricia Amelia Rojas Amézquita

Teléfono: 60(1)4898285

Dirección: Carrera 16A #80-63 oficina 601

defensordelcliente@hdiseguros.com.co



TABLA DE CONTENIDO

1. Exclusiones	5
3. Cláusula de limitación de responsabilidad por sanciones.....	13
4. Anticorrupción Y Antisoborno.	13
5. Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo	14
6. Cláusula de trato justo	14
7. Protección de datos	14
8. Definiciones	14
9. Normatividades del seguro	16
10. Reclamaciones	19





**TÉNGALO
POR SEGURO**

T

*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.*

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA HDI

Condiciones generales

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, cubre los costos incurridos durante la vigencia de la póliza por las coberturas enunciados más adelante, salvo los eventos expresamente excluidos. Las coberturas estarán sujetas a las disposiciones que operan para la prestación de servicios dentro de la red de profesionales e instituciones adscritas con LA COMPAÑÍA o por fuera de ella y a los copagos descritos en la carátula de la póliza.

Cobertura principal

1. Asistencia médica domiciliaria.
2. Orientación y atención médica telefónica.
3. Atención y tratamiento médico domiciliario.
4. Estabilización y evacuación médica especializada en ambulancia.
5. Traslado en taxi.
6. Traslado aéreo especializado.

Coberturas opcionales

1. Consulta médica ambulatoria.
2. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria.
3. Exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones.
4. Asistencia odontológica.

1. Exclusiones

1.1 Exclusiones generales de la póliza aplicables a todas las coberturas

No son objeto de la cobertura de esta póliza, las prestaciones o consecuencias derivadas directa o indirectamente de los siguientes eventos:

Lo relativo y derivado de gastos de asistencia u hospitalizaciones por embarazo, el parto y/o sus complicaciones.

Las lesiones autoinfligidas y/o intento de suicidio y secuelas que se ocasionen en su tentativa.

Las asistencias, accidentes y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, bebidas embriagantes medicamentos adquiridos sin prescripción médica, o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el asegurado no se haya puesto voluntariamente en ese estado ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.



Las asistencias, accidentes y gastos derivados de prácticas deportivas en competición y la práctica de deportes de alto riesgo como esquí acuático, paracaidismo, motocross, parapente, espeleología, ciclo montañismo, alpinismo o buceo, automovilismo, motociclismo, paracaidismo, parapente, kartismo, etc.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador/asegurado, este deberá informar tal circunstancia a LA COMPAÑÍA, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia de SARLAFT se entenderá incluida en la presente sección.

1.2 Exclusiones particulares de la cobertura de asistencia médica domiciliaria

Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de LA COMPAÑÍA. Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.

La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.

Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.

La asistencia y gastos a los ocupantes del vehículo asegurado transportados gratuitamente mediante "Autostop" o "dedo" (transporte gratuito ocasional).

Las asistencias médicas domiciliarias y los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, cuando la urgencia sea consecuencia de una patología crónica preexistente.

Los causados por mala fe del asegurado.

Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, riñas o desafíos.

1.3 Exclusiones particulares de la cobertura de consulta médica ambulatoria

No hay derecho a indemnización por consultas telefónicas.

En el caso de obtener el servicio correspondiente a consulta médica ambulatoria por fuera de la red de profesionales e instituciones adscritas a LA COMPAÑÍA, no se cubren consultas atendidas por personas que no tengan el carácter de médicos según la definición establecida en las condiciones generales del seguro al que accede este amparo.

1.4 Exclusiones particulares para la cobertura de renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria

Las coberturas del amparo no tendrán operancia, si están relacionadas directa o indirectamente con cualquiera de las causas enumeradas a continuación:

Enfermedades preexistentes, diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de inicio de la póliza.

Enfermedades o afecciones congénitas.

Cirugías estéticas para fines de embellecimiento, cualquier cirugía plástica u ortopédica a menos que sea a consecuencia directa de enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de esta póliza y cubiertas por la misma.



Exámenes médicos de chequeo o tamizaje sin indicación médica, tratamientos por obesidad y adelgazamiento.

Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, médicos o quirúrgicos por demencia, enfermedades mentales, curas de reposo, drogadicción o alcoholismo y lesiones debidas a locura o estados de demencia.

Tratamientos o procedimientos médicos, quirúrgicos relacionados con fertilidad, esterilidad o relacionados con abortos provocados intencionalmente.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), tal y como es reconocido por la Organización Mundial de la Salud, descubierto mediante test de anticuerpos o virus de sida como resultado positivo o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre que sea diagnosticado por un médico, establecimiento hospitalario o laboratorio clínico legalmente autorizados para desempeñar su objeto social o profesión.

Accidentes causados en actos de guerra declarada o no, rebelión, sedición y asonada - entendidos bajo la definición existente en el ordenamiento penal colombiano- cuando el asegurado sea partícipe de ellas; los ocurridos durante la prestación del servicio en las fuerzas armadas, navales, aéreas o de policía.

Participación del asegurado en competencias de velocidad o habilidad en deportes de alto riesgo, tales como: automovilismo, motociclismo, paracaidismo, parapente, kartismo, etc.

Atenciones hospitalarias de urgencias que no generen una hospitalización por más de 24 horas.

Accidentes que sufra el asegurado cuando se encuentre viajando como pasajero, piloto o tripulante de aviones privados.

Hospitalización por enfermedades terminales y estados comatosos.

2. Amparos

2.1. Asistencia médica domiciliaria

La presente cobertura garantiza al asegurado los servicios contemplados en cada uno de los amparos señalados a continuación, los cuales operan cuando el asegurado ha solicitado y obtenido el visto bueno de la asistencia por parte de LA COMPAÑÍA, a través de las líneas telefónicas definidas por la aseguradora para la autorización del servicio.

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 que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cada caso lo permitan.

2.1.1 Orientación y atención médica telefónica

Cuando el asegurado y/o beneficiarios como consecuencia de un accidente o una enfermedad general, requieren de una orientación médica, LA COMPAÑÍA brindará una asesoría médica telefónica a los mismos o a sus responsables, con respecto a las conductas provisionales que deban asumir mientras se produce el contacto asistencial médico-paciente.



2.1.2 Atención y tratamiento médico domiciliario

Cuando el asegurado requiera una consulta médica domiciliaria como consecuencia de un accidente o enfermedad general, LA COMPAÑÍA, siempre que las circunstancias así lo permitan, pondrá a su disposición un médico para que adelante la consulta en su domicilio o en el lugar donde se encuentre, con el fin de hacer una valoración médica, determinar su condición clínico-patológica susceptible de ser resuelta e iniciar el tratamiento adecuado.

2.1.3 Estabilización y evacuación médica especializada en ambulancia

En el caso en que la valoración médica determine la necesidad de trasladar al beneficiario para recibir una atención médica hospitalaria, LA COMPAÑÍA se encargará de poner a su disposición una ambulancia para trasladarlo hasta un centro hospitalario cercano al sitio donde él se encuentre y acorde con la situación clínica que presente. La ambulancia podrá ser de baja, media o alta complejidad según las circunstancias de tiempo y lugar.

2.1.4 Traslado en taxi

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 asegurado un taxi que lo traslade del domicilio hasta el centro hospitalario más cercano.

2.1.5 Traslado aéreo especializado

Si como resultado de un accidente o enfermedad imprevista general, una vez atendido en un centro hospitalario de una ciudad capital de departamento, se establece por el médico tratante la necesidad de evacuación a un centro especializado de referencia dentro de Colombia, la Compañía trasladará al beneficiario en aeronaves especializadas para el transporte sanitario.

2.1.6 Obligaciones del asegurado y/o beneficiario en la cobertura de asistencia médica domiciliaria

En caso de presentarse un evento cubierto, el asegurado y/o beneficiario deberán solicitar siempre la asistencia por teléfono a cualquiera de los números telefónicos definidos por la aseguradora para la autorización del servicio, debiendo informar el nombre del asegurado o beneficiario, el número de identificación, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra y el número de teléfono. En ningún caso serán reembolsados los valores derivados de las asistencias prestadas por servicios ajenos a esta compañía y que no hayan sido autorizados y remitidos a través de la asistencia médica domiciliaria de LA COMPAÑÍA.

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables o beneficiarios, no pueda acceder a cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en esta póliza. En todo caso, si el asegurado o beneficiario solicitarán los servicios de asistencia médica y no fuere posible para la compañía mediar o intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, hasta un máximo de 3,5 SMDLV (salarios mínimos diarios legales vigentes), previa presentación de los correspondientes recibos, siempre y cuando los mencionados gastos gocen de cobertura bajo el presente contrato de seguro.

El asegurado autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier tratamiento. Además, autoriza a LA COMPAÑÍA para que la



clínica, centro de salud o cualquier institución de salud tratante, le suministre toda información relacionada con la misma

2.1.7 Ámbito territorial de cobertura en el amparo de asistencia médica domiciliaria

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.

2.2 Coberturas opcionales

- I. Consulta médica ambulatoria.
- II. Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria.
- III. Exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones.
- IV. Asistencia odontológica.

2.2 Alcance de las coberturas opcionales

2.2.1 Consulta médica ambulatoria

Sin exceder los límites establecidos en el cuadro de beneficiarios contratados, cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo tendrá derecho al reconocimiento de las consultas médicas profesionales que requiera, ya sea consulta médica general o especializada, y llevadas a cabo en el consultorio del médico. Para tales efectos, el asegurado deberá escoger una de las dos opciones que se describen a continuación.

2.2.2 Consulta médica ilimitada

El asegurado puede acceder a la red de profesionales e instituciones adscritas a LA COMPAÑÍA para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago para cada consulta, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza. No hay límite en el número de consultas. No obstante, si el asegurado no utiliza la red de profesionales e instituciones adscritas a LA COMPAÑÍA, esta reconocerá por reembolso, el valor de la consulta médica de acuerdo con las tarifas de convenio que en ese momento tenga pactadas LA COMPAÑÍA con su red de profesionales e instituciones adscritas, descontando de esta el valor del copago.

2.2.3 Consulta médica tradicional

El asegurado tiene la libertad de escoger el médico de su preferencia y LA COMPAÑÍA reconocerá por consulta médica hasta el valor máximo establecido en el cuadro de beneficios como suma asegurada para cada consulta médica. En cualquier caso, el máximo valor que LA COMPAÑÍA indemnice a una persona asegurada bajo el presente amparo no podrá exceder el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza, valor que se entenderá como límite por año póliza y por persona. 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. El valor asegurado en este amparo no se repone durante la vigencia anual.

2.3 Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria

LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios con la renta diaria a que se refiere este amparo, si como consecuencia de una enfermedad o accidente tienen que ser hospitalizados para un tratamiento médico y/o quirúrgico y posteriormente son incapacitados. Para tal efecto, se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:



2.3.1 Renta diaria por hospitalización

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

2.3.2 Renta diaria por incapacidad domiciliaria

Si a consecuencia del tratamiento hospitalario el asegurado queda incapacitado en forma total temporal para continuar desempeñando sus labores habituales, LA COMPAÑÍA, reconocerá como días de incapacidad domiciliaria un número igual al número de días en que estuvo internado en la institución hospitalaria, sin que estos sean superiores al número de días de incapacidad decretados por el médico tratante y hasta por el valor diario contratado, indicado también en la carátula de la póliza. En todo caso el número máximo de días a indemnizar por incapacidad domiciliaria nunca será superior a diez (10) días.

Parágrafo:

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

2.4 Exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones

LA COMPAÑÍA reconocerá los exámenes de diagnóstico simple, RX, independiente de que conduzcan o no a una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario o sean consecuencia de estas, hasta el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza.

A cargo del asegurado siempre habrá un copago, establecido en la carátula de la póliza.

Los exámenes de diagnóstico simple, RX, realizados por fuera de la red de profesionales e instituciones adscritas a LA COMPAÑÍA se reembolsarán a tarifas de convenio de LA COMPAÑÍA con su red de profesionales e instituciones adscritas menos el valor del copago.

2.5 Asistencia Odontológica

La presente cobertura, si es contratada, hace parte integrante de la póliza, en un todo de acuerdo con las condiciones generales y siguientes condiciones particulares:

La cobertura otorgada por LA COMPAÑÍA mediante la presente asistencia será prestada a través de la red de clínicas y odontólogos adscritos, que para efectos de la presente cobertura en adelante se llamarán simplemente “el tercero”. El asegurado declara conocer y aceptar dicha circunstancia desde el mismo momento en que se otorga esta cobertura. Bajo la cobertura y durante la vigencia de la póliza, se cubren los siguientes conceptos odontológicos requeridos por el asegurado, con sujeción a los límites pactados y especificados en la carátula de la póliza.

A. Plan salud oral integral en promoción y prevención de la enfermedad.

B. Plan de salud oral integral en urgencia dental.

Los beneficios odontológicos anteriormente citados serán prestados a las personas que figuran como asegurados en el contrato de seguro, de forma ilimitada, sujeto a las exclusiones, términos y condiciones establecidos para esta cobertura.



2.5.1 Plan salud oral integral en promoción y prevención de la enfermedad

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

1. Consultas

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

2.5.2 Promoción y prevención de la enfermedad Profilaxis

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

Fluorización

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

Fisioterapia oral

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

2.5.3 Plan de salud oral integral en urgencia dental

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

1. Diagnóstico oral

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente.

Este examen será practicado por el odontólogo general y en los casos en que requiera especialista se genera la respectiva remisión y asesoramiento.

2. Urgencias endodónticas



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

3. Urgencia protésica

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

4. Urgencia periodontal

Área de la odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la encía y tejidos de soporte del diente. Bajo este amparo se da cobertura a la realización de detartrajes simples y complejos, raspajes y alisados radiculares supra y subgingivales, retiro de capuchón peri coronario (no incluye la extracción de dientes incluidos) ajustes de oclusión y ferulización. Estos procedimientos son practicados por odontólogo general y según complejidad se remite a odontólogo especialista.

5. Urgencia quirúrgica

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

6. Rayos X periapicales

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

2.5.4 Condiciones especiales de atención aplicables a los amparos

A. LA COMPAÑÍA podrá, en cualquier momento, solicitar una consulta especial con cualquier asegurado, con el objetivo de mantener el nivel de calidad y la autorización del amparo de asistencia odontológica y/o aclarar dudas técnicas.

B. Es requisito indispensable para la operancia del amparo de asistencia odontológica la autorización del odontólogo general quien realizará el diagnóstico y el plan de tratamiento.

C. Se considera un abandono de tratamiento la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida del diente, cuando un asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días consecutivos a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.



El asegurado autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier tratamiento.

Además, autoriza a LA COMPAÑÍA para que la clínica, centro de salud oral o cualquier institución de salud y odontólogo tratante le suministre toda información relacionada con la misma.

LA COMPAÑÍA cubrirá la atención de urgencia comprobada, desde que haya ocurrido en el territorio nacional y solamente en las ciudades donde opera el presente seguro. Como garantía de este amparo, el servicio opera únicamente en la república de Colombia y limitado a las ciudades capitales de departamento. Debe quedar claro que si el contrato al que accede esta cobertura por alguna circunstancia para la fecha en que fueron prestados los servicios fue terminado o revocado, el asegurado estará en la obligación de cancelar los servicios prestados por LA COMPAÑÍA.

2.5.5 Limitaciones particulares para la cobertura de asistencia odontológica

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

2.5.6 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 ha transcurrido cuatro (4) años desde la finalización de tratamiento con curación total y sin recaídas ni recidivas, 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: 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

3. 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.

4. 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.

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

6. Cláusula de Trato Justo

- 6.1. 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.
- 6.2. 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.
- 6.3. Todas las reclamaciones serán gestionadas de manera eficiente, imparcial y dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

7. 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

8. Definiciones

Enfermedad:

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

Accidente:

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



Institución hospitalaria:

El término institución hospitalaria se refiere a cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas por la ley colombiana para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

Médicos:

El término médico se refiere a cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

Institución dental:

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

Odontólogo:

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

Asegurado principal:

Es la persona que encabeza el grupo asegurable en el certificado de seguro respectivo. El asegurado principal debe ser mayor de edad en el momento de la formulación de la solicitud. Puede asegurarse individualmente o con cualquier “persona asegurable” de acuerdo con la definición y edades de ingreso y permanencia definidas.

Otras personas asegurables:

Son asegurables dentro de la presente póliza, además del asegurado principal, las siguientes personas: el cónyuge, el compañero o compañera permanente, los hijos y los padres del asegurado principal, quienes deberán figurar en la solicitud de seguro. Adicionalmente, para el ingreso a la póliza de personas con un grado de parentesco diferente a los mencionados, dicha inclusión deberá contar con la previa aceptación de LA COMPAÑÍA. Una vez LA COMPAÑÍA haya aceptado su inclusión, para los efectos de este contrato estas personas se denominan “asegurados”.



Cobertura	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Asistencia Médica Domiciliaria	Asegurado principal 18 años cumplidos	Sin límite	Ilimitada
	Otras personas asegurables 5 días de nacido		
Consulta Médica Ambulatoria	Asegurado principal 18 años cumplidos	Sin límite	Ilimitada
	Otras personas asegurables 5 días de nacido		
Renta diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria	Cualquier persona asegurable 18 años cumplidos	59 años y 364 días	64 años y 364 días
Exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones	Asegurado principal 18 años cumplidos	Sin límite	Ilimitada
	Otras personas asegurables 5 días de nacido		
Asistencia odontológica	Asegurado principal 18 años cumplidos	Sin límite	Ilimitada
	Otras personas asegurables 5 días de nacido		

9. Normatividades del seguro

9.1 Vigencia

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

9.2 Terminación del contrato

El contrato de seguro termina:

1. Por decisión del tomador o asegurado, en los términos del artículo 1071 del Código de comercio.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
3. En pólizas colectivas, cuando no se cumpla con el número mínimo de treinta (30) asegurados principales.
4. Por incumplimiento de las obligaciones previstas en la afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
5. Al vencimiento del plazo establecido en la carátula de la póliza.

9.3 Edades de ingreso y permanencia

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

9.4 Pago de primas



Las primas están calculadas para periodos de un (1) año con pago anual y deberá pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, anexo o certificado.

De acuerdo con la tarifa y la celebración del contrato o en cualquiera de los aniversarios de la póliza, el tomador puede optar por el pago de la prima semestral, trimestral o mensual y para tal caso se aplicarán los recargos establecidos para las diferentes modalidades de pago que para el momento de la expedición LA COMPAÑÍA tenga estipulados.

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

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

9.5 Renovaciones

La presente póliza no será renovada en forma automática. Quiere ello decir que se renovará por acuerdo entre las partes.

9.6 Responsabilidad

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

9.7 Declaraciones inexactas o reticentes

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

Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

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

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



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

9.8 Notificaciones

Salvo el aviso del siniestro, cualquier notificación que deba hacerse entre 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.

9.9 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.

9.10 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 General de Seguridad Social en Salud. Para ello, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a LA COMPAÑÍA al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar ésta, mediante la presentación de prueba fehaciente de su vinculación a una EPS o que se encuentra en alguno de los regímenes de excepción.

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

De conformidad con el parágrafo único del artículo 20 del decreto 806 de 1998 LA COMPAÑÍA queda exceptuada de la obligación legal contenida en el citado artículo cuando el asegurado se desafilie del Sistema General de Seguridad Social en Salud con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

9.11 Normas supletorias

Para lo no previsto en las condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de comercio colombiano y demás normas que lo notifiquen o adicionen.

9.12 Prescripción

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato de seguro prescriben a los dos (2) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro que dio nacimiento a la obligación.





Con relación a las coberturas opcionales definidas en el presente condicionado y para estos efectos se estará con lo dispuesto en el Art. 1080 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

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

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

Procedimientos de Indemnizaciones Generales:

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 Art. 1080 del Código de Comercio y demás normas concordantes; ingresando su reclamación en la siguiente URL: https://aplicaciones.hdiseguros.co/GM_WEB_PortalV1/faces/PG_InicioPortalGM y adjuntando los siguientes documentos:

Consulta médica ambulatoria:

- Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN o recibo de caja firmado y sellado por el profesional que brindó la atención.
- Certificación bancaria.

Exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones:

- Orden médica.
- Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
- Certificación bancaria.
- Control de asistencia a terapias.

Renta Diaria por hospitalización e incapacidad domiciliaria:

- Incapacidad emitida por el médico.
- Historia Clínica y/o Epicrisis.
- Certificación bancaria.

