

**CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD DE LA
COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

DD/MM/AAAA-14XX-P-35- SALUD00000000001-D00I	DD/MM/AAAA-14XX-NT-P-35- SALUD00000000001	1/30
------------------------------------------------	----------------------------------------------	------

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

Tabla de contenido

ADVERTENCIAS PRELIMINARES	4
Artículo 1. AMPAROS.....	4
Sección 1.1 HOSPITALIZACIÓN	4
Sección 1.2 ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL Y ALIMENTACIÓN	5
Sección 1.3 CAMA EXTRA PARA ACOMPAÑANTE	5
Sección 1.4 DERECHO DE SALA DE OPERACIONES, SALA DE RECUPERACIÓN, INSUMOS, MATERIALES CLÍNICOS Y MEDICAMENTOS	5
Sección 1.5 CUIDADOS INTENSIVOS	5
Sección 1.6 CIRUGÍA.....	6
Sección 1.7 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.....	6
Sección 1.8 FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONALES, QUINESIÓLOGOS, FONOAUDIÓLOGOS Y NUTRICIONISTAS.....	6
Sección 1.9 CIRUGÍA PREVENTIVA.....	6
Sección 1.10 PRÓTESIS	7
Sección 1.11 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	8
Sección 1.12 CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	8
Sección 1.13 TRANSPORTE Y TRASLADO MÉDICO.....	8
Sección 1.14 EVACUACIÓN MÉDICA HOSPITALARIA	9
Sección 1.15 REPATRIACIÓN MÉDICA	9
Sección 1.16 TRASLADO PARA UN (1) ACOMPAÑANTE.....	9
Sección 1.17 ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE PARA UN (1) ACOMPAÑANTE....	10
Sección 1.18 TRASLADO DE NIÑOS	10
Sección 1.19 AMBULANCIA LOCAL	11
Sección 1.20 CONSULTA EXTERNA.....	12
Sección 1.21 REHABILITACIÓN.....	12
Artículo 2. AMPAROS ADICIONALES	12
Sección 2.1 MATERNIDAD Y PARTO.....	13
Sección 2.2 RECIÉN NACIDO INCLUIDO EN LA PÓLIZA	13
Sección 2.3 RECIÉN NACIDO NO INCLUIDO EN LA PÓLIZA.....	13
Sección 2.4 TRATAMIENTO DENTAL.....	14
Artículo 3. LÍMITES A LOS AMPAROS.....	14
Sección 3.1 AUTORIZACIÓN PREVIA	14
Sección 3.2 PERIODO DE CARENCIACARENCIACARENCIA.....	14
Artículo 4. EXCLUSIONES	15
Sección 4.1 EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS	15
Artículo 5. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	17
Sección 5.1 Tomador del Seguro	17
Sección 5.2 Asegurado y Grupo Asegurado	17
Sección 5.3 Modalidades del Seguro.....	18
Sección 5.4 Requisitos de Asegurabilidad.....	18
Sección 5.5 Requisito de Asegurabilidad – Afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General Social en Salud.....	18
Sección 5.6 Garantía de Conducta	18
Sección 5.7 Edades de Ingreso y Permanencia	19

Artículo 6.	PRIMA DEL SEGURO.....	19
Sección 6.1	Valor Asegurado	19
Sección 6.2	Cálculo de la Prima	19
Sección 6.3	Pago de la Prima.....	20
Sección 6.4	Fraccionamiento de Primas.....	20
Sección 6.5	Falta de Pago de la Prima del Seguro	20
Sección 6.6	Ajuste de tarifas.....	20
Artículo 7.	VIGENCIA DEL SEGURO	20
Sección 7.1	Inicio de la Vigencia del Seguro	20
Sección 7.2	Inicio de la Cobertura Individual.....	21
Sección 7.3	Terminación del Contrato del Seguro y de las Coberturas Individuales.....	21
Sección 7.4	Revocación del Contrato de Seguro	21
Artículo 8.	AVISO DE SINIESTRO	22
Sección 8.1	Reclamación.....	22
Sección 8.2	Pago del Siniestro.....	22
Artículo 9.	DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO.....	22
Sección 9.1	Declaraciones Inexactas o Reticentes.....	22
Sección 9.2	Responsabilidad de la COMPAÑÍA.....	23
Sección 9.3	Responsabilidad Civil.....	23
Sección 9.4	Subrogación	23
Sección 9.5	Comunicaciones y Notificaciones	23
Sección 9.6	Anexos	24
Sección 9.7	Legislación Aplicable y Solución de Controversias	24
Sección 9.8	Defensor del Consumidor Financiero.....	24
Sección 9.9	Líneas de atención	24
Sección 9.10	Domicilio.....	24

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

ADVERTENCIAS PRELIMINARES

COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A., que en adelante se denominará la “**COMPAÑÍA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “**TOMADOR**” y a las solicitudes individuales de los **ASEGURADOS**, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el **ASEGURADO**, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

LA **COMPAÑÍA** HA PUESTO A DISPOSICIÓN Y CONSIDERACIÓN DEL **TOMADOR** DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO LAS CONDICIONES DEL SEGURO CON ANTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL MISMO, LAS CUALES SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB DE LA **COMPAÑÍA**

EL **TOMADOR** DEBERÁ LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO Y ALCANCE DE LA O LAS COBERTURAS CONTRATADAS MEDIANTE EL SEGURO, ASÍ COMO DE LAS EXCLUSIONES Y GARANTÍAS DEL MISMO, ENTENDIDAS ÉSTAS ÚLTIMAS COMO LAS MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD DEL **ASEGURADO** DE OBLIGARSE A HACER O ABSTENERSE DE EJECUTAR DETERMINADO HECHO O ACTIVIDAD.

EN CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUETUD PODRÁ FORMULARLA A TRAVÉS DE LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS O POR LOS CANALES DE ATENCIÓN DISPUESTOS POR LA **COMPAÑÍA**.

Artículo 1. AMPAROS

Sección 1.1 HOSPITALIZACIÓN

LA **COMPAÑÍA** PAGARÁ LOS GASTOS GENERADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN, EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y LA ALIMENTACIÓN DEL **ASEGURADO**, GENERADOS POR HABITACIÓN PRIVADA Y PARA HOSPITALIZACIONES EN COLOMBIA, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLA QUE: **(I)** EXISTE UNA NECESIDAD MÉDICA DE PERMANECER HOSPITALIZADO; **(II)** EL TRATAMIENTO SEA PROPORCIONADO O ADMINISTRADO POR UN MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA; Y **(III)** LA DURACIÓN DE LA ESTADÍA ESTÉ MÉDICAMENTE JUSTIFICADA.

Sección 1.2 ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL Y ALIMENTACIÓN

CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA POR MÁS DE CINCO (5) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS, LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ A PARTIR DEL QUINTO (5) DÍA DE HOSPITALIZACIÓN LOS GASTOS POR CONCEPTO DE HABITACIÓN Y ALIMENTOS DIARIOS, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), PARA UN MÁXIMO DE TRES (3) ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO, BIEN SEA EN EL HOSPITAL DONDE ÉSTE SE ENCUENTRE O EN UN HOTEL CERCANO AL MISMO, INCLUYENDO PARA ESTE ÚLTIMO CASO EL COSTO DEL TRANSPORTE ENTRE EL HOTEL Y EL HOSPITAL.

Sección 1.3 CAMA EXTRA PARA ACOMPAÑANTE

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS DE CAMA EXTRA PARA UNA (1) PERSONA ACOMPAÑANTE, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

Sección 1.4 DERECHO DE SALA DE OPERACIONES, SALA DE RECUPERACIÓN, INSUMOS, MATERIALES CLÍNICOS Y MEDICAMENTOS

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRA EL ASEGURADO O BENEFICIARIOS CON EL ASEGURADO QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO, POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- i. SALA DE OPERACIONES
- ii. SALA DE RECUPERACIÓN
- iii. MEDICAMENTOS Y MATERIAL QUIRÚRGICO UTILIZADO EN LA SALA DE OPERACIONES Y EN LA SALA DE RECUPERACIÓN
- iv. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN QUE SE UTILICEN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO

EN TODOS LOS CASOS, LOS GASTOS GENERADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE JUSTIFICADOS Y LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**).

Sección 1.5 CUIDADOS INTENSIVOS

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DE TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), UNIDAD CORONARIA Y UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, SIEMPRE QUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS O SEAN PARTE ESENCIAL EN EL TRATAMIENTO REALIZADO EN FAVOR DEL ASEGURADO.

Sección 1.6 CIRUGÍA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS POR CONCEPTO DE CIRUGÍA. SE INCLUYEN, ADEMÁS, LOS HONORARIOS DEL CIRUJANO, AYUDANTE, INSTRUMENTADOR Y ANESTESIÓLOGO, ASÍ COMO LOS GASTOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS QUE SE GENEREN POR CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN CUBIERTA POR LA PÓLIZA. LOS HONORARIOS DE CIRUJANO, SEGUNDO CIRUJANO, CIRUJANOS ASISTENTES, ANESTESIÓLOGOS, ESPECIALISTAS Y CUALQUIER OTRO HONORARIO MÉDICO SÓLO SE CUBRIRÁN CUANDO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS DURANTE LA CIRUGÍA O TRATAMIENTO DEL ASEGURADO.

Sección 1.7 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS COSTOS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO, IMAGENOLOGÍA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR UN MÉDICO O ESPECIALISTA PARA EL DIAGNÓSTICO O LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, EN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO.

Sección 1.8 FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONALES, QUINESIÓLOGOS, FONOAUDIÓLOGOS Y NUTRICIONISTAS

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DE TRATAMIENTOS SUMINISTRADOS POR FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONALES, QUINESIÓLOGOS, FONOAUDIÓLOGOS Y NUTRICIONISTAS SIEMPRE QUE SEAN REQUERIDOS COMO PARTE ESENCIAL DEL TRATAMIENTO RECIBIDO POR EL ASEGURADO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN CUBIERTA POR LA PÓLIZA. LA COBERTURA DE ESTOS GASTOS SE REALIZARÁ CUANDO LOS TRATAMIENTOS DESCRITOS SEAN COMPLEMENTARIOS Y NO SEAN EL ÚNICO MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN.

PARÁGRAFO. EN LOS CASOS DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTERIOR, LA COBERTURA DE ESTOS GASTOS REQUERIRÁ UNA AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

Sección 1.9 CIRUGÍA PREVENTIVA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DE CIRUGÍAS PREVENTIVAS EN LOS QUE INCURRA EL ASEGURADO CON OCASIÓN DE SU HOSPITALIZACIÓN. EN ESTE SENTIDO, SE DEFINE LA CIRUGÍA PREVENTIVA COMO AQUELLA INDICADA CUANDO EL RIESGO DE UNA ENFERMEDAD SE SITÚE POR

ENCIMA DEL CORRESPONDIENTE A LA POBLACIÓN MUNDIAL, DE ACUERDO CON PRUEBAS GENÉTICAS REALIZADAS AL ASEGURADO.

PARÁGRAFO. PARA ESTA COBERTURA SE REQUERIRÁ UNA AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

Sección 1.10 PRÓTESIS

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS COSTOS DE LAS PRÓTESIS, INCLUYENDO PARTES DEL CUERPO EXTERNAS ARTIFICIALES, SIEMPRE QUE SEAN NECESARIAS COMO PARTE DEL TRATAMIENTO EN FAVOR DEL ASEGURADO.

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LA PRÓTESIS INICIAL Y HASTA DOS (2) REEMPLAZOS DE PRÓTESIS EN LOS SIGUIENTES CASOS: (I) MENORES DE EDAD; Y/O (II) ADULTOS CUYA PRÓTESIS INICIAL HAYA SIDO CUBIERTA POR LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DERIVADOS DE LOS IMPLANTES PROSTÉTICOS Y ÓRTESIS DETALLADOS A CONTINUACIÓN.

1) IMPLANTES PROSTÉTICOS:

- IMPLANTES PARA REEMPLAZAR ARTICULACIONES O LIGAMENTOS
- IMPLANTES PARA REEMPLAZAR VÁLVULA CARDIACA
- IMPLANTES PARA REEMPLAZAR LA AORTA O UN VASO SANGUÍNEO ARTERIAL
- IMPLANTES PARA REEMPLAZAR UN MÚSCULO DEL ESFÍNTER
- IMPLANTES PARA REEMPLAZAR EL CRISTALINO O LA CÓRNEA DEL OJO
- IMPLANTES PARA CONTROLAR LA INCONTINENCIA URINARIA O CONTROL DE LA VEJIGA
- MARCAPASOS. ESTE IMPLANTE ESTÁ SUJETO A AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA
- IMPLANTES PARA REMOVER EXCESO DE LÍQUIDOS EN EL CEREBRO
- IMPLANTE COCLEAR. EN AQUELLOS CASOS QUE EL IMPLANTE INICIAL HAYA TENIDO LUGAR ANTES DE LOS CINCO (5) AÑOS DE EDAD Y HAYA SIDO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ EL MANTENIMIENTO RESPECTIVO
- REEMPLAZOS PARA RESTABLECER LA FUNCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES, EN LOS CASOS EN QUE HAYAN SIDO AFECTADAS COMO CONSECUENCIA DE UNA CIRUGÍA POR CÁNCER.

2) ÓRTESIS:

- RODILLERAS, EN LOS CASOS EN QUE SEAN UNA PARTE ESENCIAL DE UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA
- SOPORTE EN LA COLUMNA VERTEBRAL
- FIJADOR EXTERNO, SI SE REQUIERE COMO CONSECUENCIA DE UNA FRACTURA EXPUESTA O EN RAZÓN A UNA CIRUGÍA EN CABEZA O CUELLO

Sección 1.11 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS RELACIONADOS CON CUALQUIER TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA RESTAURAR LA APARIENCIA FÍSICA DEL ASEGURADO TRAS UN ACCIDENTE, ENFERMEDAD, LESIÓN O CIRUGÍA. PARA ESTA COBERTURA SE NECESITARÁ UNA AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

Sección 1.12 CIRUGÍA BARIÁTRICA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS RELACIONADOS CON CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA GRADO III (ÍNDICE DE MASA CORPORAL, IMC, IGUAL O SUPERIOR A 40), ASÍ COMO A LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA MISMA, SIEMPRE Y CUANDO NO SEA PREEXISTENTE Y SEA REALIZADA EXCLUSIVAMENTE EN LA RED CONTRATADA POR LA COMPAÑÍA.

ESTA COBERTURA TIENE UN DEDUCIBLE A CARGO DEL BENEFICIARIO AMPARADO, EL CUAL SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD (**ANEXO NO. 1**) Y APLICA TANTO AL PROCEDIMIENTO COMO A LAS COMPLICACIONES QUE SE DERIVEN DEL MISMO.

PARÁGRAFO. SE EXCLUYE DE LA PRESENTE COBERTURA LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y/O REPARADORA DERIVADA DE LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBESIDAD CUBIERTO POR LA COMPAÑÍA.

Sección 1.13 TRANSPORTE Y TRASLADO MÉDICO

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS RAZONABLES POR CONCEPTO DE TRASLADOS POR EVACUACIÓN DEL ASEGURADO EN LOS CASOS EN QUE SEA NECESARIO PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO APROPIADO, SIEMPRE QUE EL TRATAMIENTO MÉDICAMENTE NECESARIO FORME PARTE DE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA, SEA RECOMENDADO POR UN MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA TRATANTE DEL ASEGURADO, NO ESTÉ DISPONIBLE EN UN LUGAR CERCANO Y SE TENGA LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA.

ESTA COBERTURA APLICA PARA TRATAMIENTOS EN UN HOSPITAL, YA SEA EL ASEGURADO COMO PACIENTE HOSPITALIZADO O AMBULATORIO. TAMBIÉN SE INCLUYEN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO NECESITE IMAGENOLOGÍA

AVANZADA O TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER COMO RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.

Sección 1.14 EVACUACIÓN MÉDICA HOSPITALARIA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DE VIAJE POR CONCEPTO DE TRASLADOS PARA UNA EVALUACIÓN MÉDICA CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO Y REQUIERA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN UN LUGAR DIFERENTE.

ESTA COBERTURA INCLUYE TANTO EL TRASLADO HACIA EL LUGAR MÁS CERCANO EN DONDE ESTÉ DISPONIBLE EL TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO, YA SEA EN TERRITORIO NACIONAL O EXTRANJERO, COMO EL REGRESO AL LUGAR DE DONDE FUE TRASLADADO. EN ESTE CASO, EL VIAJE DE REGRESO DEBERÁ REALIZARSE DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.

PARÁGRAFO. LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS POR CONCEPTO DE TRASLADO DEL ASEGURADO DE REGRESO EN UN AVIÓN DE UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL EN CLASE TURISTA, SIEMPRE QUE SEA AUTORIZADO PREVIAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

Sección 1.15 REPATRIACIÓN MÉDICA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DE VIAJE POR CONCEPTO DE REPATRIACIÓN MÉDICA HACIA EL PAÍS DE NACIONALIDAD O EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO, SEGÚN LA INFORMACIÓN QUE HAYA PROPORCIONADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO. ESTA REPATRIACIÓN SE DEBERÁ PRODUCIR, A EFECTOS DE LA COBERTURA, DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUE SEA OBJETO EL ASEGURADO.

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS POR CONCEPTO DE TRASLADO DE REGRESO DEL ASEGURADO EN UN AVIÓN DE UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL EN CLASE TURISTA. ADEMÁS, SE CUBRIRÁ EL TRASLADO AL AEROPUERTO EN EL MEDIO DE TRANSPORTE MÁS ADECUADO PARA EL ASEGURADO, TENIENDO EN CUENTA SU CONDICIÓN MÉDICA Y SIEMPRE QUE SEA AUTORIZADO PREVIAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

Sección 1.16 TRASLADO PARA UN (1) ACOMPAÑANTE

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DE VIAJE POR CONCEPTO DE TRASLADO DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE O DE UNO (1) DE LOS PARIENTES HASTA SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O

PRIMERO CIVIL DEL ASEGURADO, PARA QUE LE ACOMPAÑE SI EXISTE UNA NECESIDAD RAZONABLE PARA ELLO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE COMO “NECESIDAD RAZONABLE” TODA CIRCUNSTANCIA EN LA QUE EL ASEGURADO REQUIERA ASISTENCIA PARA SUBIR O BAJAR DE UN TRANSPORTE O NO HAYA UN ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO DISPONIBLE O EL ASEGURADO PADEZCA UNA ENFERMEDAD AGUDA Y SERIA.

LA PERSONA ACOMPAÑANTE PUEDE VIAJAR EN UN TIPO DE TRANSPORTE DIFERENTE QUE EL DEL ASEGURADO QUE REQUIERE EL TRATAMIENTO, DEPENDIENDO DE LOS REQUERIMIENTOS MÉDICOS.

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS POR CONCEPTO DE TRASLADO DE REGRESO EN UN AVIÓN DE UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL EN CLASE TURISTA, SIEMPRE QUE HAYA UNA AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA Y EL TRASLADO DE REGRESO SE REALICE DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS CALENDARIO POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.

SE EXCLUYEN DE ESTA COBERTURA LOS GASTOS POR CONCEPTO DE TRASLADOS PARA EL ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO CUANDO LA EVACUACIÓN O REPATRIACIÓN SE HAGA PARA QUE EL ASEGURADO RECIBA TRATAMIENTO COMO PACIENTE AMBULATORIO.

Sección 1.17 ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE PARA UN (1) ACOMPAÑANTE

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS POR CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE QUE SEAN INDISPENSABLES PARA EL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE O DE UNO (1) DE LOS PARIENTES HASTA SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O PRIMERO CIVIL DEL ASEGURADO SIEMPRE QUE ESTÉ PREVIAMENTE AUTORIZADO POR LA COMPAÑÍA.

ESTA COBERTURA SE APLICA PARA UNA ÚNICA EVACUACIÓN Y HASTA EL DÍA QUE EL ASEGURADO SEA DADO DE ALTA, CON UN LÍMITE MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS.

SE EXCLUYEN DE ESTA COBERTURA LOS GASTOS POR CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE PARA EL ACOMPAÑANTE CUANDO LA EVACUACIÓN SE HAGA PARA QUE EL ASEGURADO RECIBA TRATAMIENTO COMO PACIENTE AMBULATORIO.

Sección 1.18 TRASLADO DE NIÑOS

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS POR CONCEPTO DE TRASLADOS PARA QUE LOS HIJOS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS DEL ASEGURADO SEAN TRASLADADOS JUNTO CON ÉSTE EN CASO DE EVACUACIÓN

O REPATRIACIÓN, SIEMPRE QUE SE CUMPLA LO SIGUIENTE: (I) QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO QUE EL ASEGURADO, EN CASO DE SER EL PADRE, MADRE O GUARDADOR DE LOS NIÑOS, SEA EVACUADO O REPATRIADO; (II) QUE EL CÓNYUGE, COMPAÑERO(A) PERMANENTE U OTRO GUARDADOR QUE COMPARTA LA CUSTODIA DE LOS NIÑOS ESTÉ ACOMPAÑANDO AL ASEGURADO; Y (III) QUE, EN CASO DE NO TRASLADARLOS, LOS NIÑOS QUEDASEN SIN SU PADRE, MADRE O GUARDADOR.

Sección 1.19 AMBULANCIA LOCAL

1) AMBULANCIA AÉREA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS POR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA AÉREA LOCAL UTILIZADA PARA TRANSPORTAR AL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 1) DEL LUGAR DEL ACCIDENTE AL HOSPITAL
- 2) DE UN HOSPITAL A OTRO.
- 3) DEL LUGAR DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO AL HOSPITAL

ESTA COBERTURA SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA AMBULANCIA AÉREA SEA MÉDICAMENTE NECESARIA, SEA UTILIZADA PARA EL TRASLADO HACIA EL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO DONDE EL ASEGURADO PUEDA RECIBIR LA ATENCIÓN NECESARIA PARA ESTABILIZARLO Y ESTÉ RELACIONADA CON ALGÚN TRATAMIENTO CUBIERTO QUE EL ASEGURADO NECESITE RECIBIR EN EL HOSPITAL.

PARÁGRAFO. PARA ESTA COBERTURA SE NECESITARÁ AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA.

2) AMBULANCIA TERRESTRE

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS POR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL UTILIZADA PARA TRANSPORTAR AL ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 1) DEL LUGAR DEL ACCIDENTE AL HOSPITAL
- 2) DE UN HOSPITAL A OTRO
- 3) DEL LUGAR DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO AL HOSPITAL

ESTA COBERTURA ÚNICAMENTE SERÁ PROCEDENTE CUANDO LA AMBULANCIA TERRESTRE SEA MÉDICAMENTE NECESARIA Y ESTÉ RELACIONADA CON ALGÚN TRATAMIENTO CUBIERTO QUE EL ASEGURADO NECESITE RECIBIR EN EL HOSPITAL.

PARÁGRAFO. PARA ESTA COBERTURA SE NECESITARÁ AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA.

Sección 1.20 CONSULTA EXTERNA

EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A RECIBIR, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS (**ANEXO No. 1**) QUE HACE PARTE DE LA PRESENTE SECCIÓN, LOS SIGUIENTES SERVICIOS AMBULATORIOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL:

CONSULTA	MEDICINA GENERAL
	MEDICINA ESPECIALISTA
	PSICOLOGÍA
	NUTRICIONISTA
	OPTOMETRÍA
TERAPIAS	FÍSICA
	RESPIRATORIA
	DE LENGUAJE
	DE ORTÓPTICA
EXÁMENES DE LABORATORIO	

TANTO LAS TERAPIAS COMO LOS EXÁMENES DE LABORATORIO NECESITARÁN, PARA SU COBERTURA, DE UNA ORDEN MÉDICA EXPEDIDA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD Y PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

Sección 1.21 REHABILITACIÓN

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ COSTOS EN LOS QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN NECESARIOS PARA LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- TRAUMA RAQUIMEDULAR
- TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO
- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ
- ENFERMEDAD CORONARIA E INSUFICIENCIA CARDIACA

LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN SE CUBRIRÁN SIEMPRE Y CUANDO SE INICIEN DENTRO DE LOS TRES (3) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DEL PRIMER EGRESO HOSPITALARIO, POR EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD ANTES MENCIONADO, Y HASTA POR UN TÉRMINO MÁXIMO DE SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN, O HASTA EL VALOR ASEGURADO QUE SE ESTIPULE EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LO QUE SE CUMPLA PRIMERO.

Artículo 2. AMPAROS ADICIONALES

Sección 2.1 MATERNIDAD Y PARTO

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS DERIVADOS DEL EMBARAZO, PARTO, COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, COMPLICACIONES DEL PARTO Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO, A TODAS LAS MUJERES QUE FIGUREN COMO ASEGURADAS O BENEFICIARIAS AMPARADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUÉS DE, AL MENOS, SESENTA (60) DÍAS DE LA INCLUSIÓN DE LA ASEGURADA-BENEFICIARIA AMPARADA EN LA PÓLIZA O DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Sección 2.2 RECIÉN NACIDO INCLUIDO EN LA PÓLIZA

EN LOS CASOS DE RECIÉN NACIDOS DE UN EMBARAZO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL PARTO, EL ACTA O CERTIFICADO DE NACIMIENTO QUE CONTenga EL NOMBRE COMPLETO DEL RECIÉN NACIDO, ASÍ COMO SU SEXO, TALLA, PESO, FECHA DE NACIMIENTO Y EL NOMBRE DE LOS PADRES. EN ESTE CASO, EL RECIÉN NACIDO NO TENDRÁ QUE PAGAR UNA PRIMA HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA EN LA QUE SE HA PRODUCIDO EL NACIMIENTO. SI LA NOTIFICACIÓN NO SE RECIBE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL PARTO SE REQUERIRÁ, A EFECTOS DE INCLUIR AL RECIÉN NACIDO A LA PÓLIZA, LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD ADICIONAL, LA CUAL ESTARÁ SUJETA A EVALUACIÓN DE RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA Y A UN EVENTUAL INCREMENTO DE LA PRIMA DE CONFORMIDAD CON TAL EVALUACIÓN DEL RIESGO.

LA COBERTURA PARA LOS RECIÉN NACIDOS INCLUYE ANOMALÍAS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS, TALES COMO ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN LA PÓLIZA.

Sección 2.3 RECIÉN NACIDO NO INCLUIDO EN LA PÓLIZA

EN LOS CASOS DE RECIÉN NACIDOS DE UN EMBARAZO NO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR UNA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD, QUE ESTARÁ SUJETA A EVALUACIÓN DE RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA Y AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DE LA PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO. SI ALGUNO DE LOS PADRES DEL RECIÉN NACIDO HA PERMANECIDO EN LA PÓLIZA POR UN PERIODO SUPERIOR A UN (1) AÑO DE FORMA CONTINUA, EL RECIÉN NACIDO PODRÁ SER INCLUIDO EN LA PÓLIZA SIN LA EVALUACIÓN DE RIESGO PREVIA, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO PRESENTE, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL PARTO, EL ACTA O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL HIJO A INCLUIR EN LA PRESENTE PÓLIZA.

EN CASOS DE ADOPCIÓN O GESTACIONES POR SUSTITUCIÓN, LA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD ESTARÁ SUJETA, EN TODOS LOS CASOS, A LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE PARTE DE LA COMPAÑÍA.

Sección 2.4 TRATAMIENTO DENTAL

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS GASTOS GENERADOS POR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL QUE SEA ODONTOLÓGICAMENTE NECESARIO PARA EL ASEGURADO, DERIVADO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER GASTO SE PRESENTE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE O EVENTO.

Artículo 3. LÍMITES A LOS AMPAROS

Sección 3.1 AUTORIZACIÓN PREVIA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS COSTOS DE LOS SIGUIENTES EVENTOS MÉDICOS, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA OBTENIDO LA AUTORIZACIÓN PREVIA Y POR ESCRITO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, A SABER:

- a) FISIOTERAPIAS, TERAPIAS DEL LENGUAJE, TERAPIAS OCUPACIONALES
- b) NUTRICIONISTA
- c) CIRUGÍA PREVENTIVA
- d) CIRUGÍA POR OBESIDAD
- e) MARCAPASOS CONTEMPLADOS EN LA COBERTURA DE IMPLANTES PROSTÉSICOS
- f) CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
- g) REHABILITACIÓN
- h) TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER
- i) TRASPLANTES
- j) MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS
- k) COBERTURAS DE TRANSPORTE Y VIAJES
- l) AMBULANCIA AÉREA
- m) CIRUGÍA REFRACTIVA

Sección 3.2 PERIODO DE CARENCIACARENCIACARENCIA

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA (**ANEXO NO. 1**), LOS COSTOS DE LOS SIGUIENTES EVENTOS MÉDICOS, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA CUMPLIDO EL PERIODO DE CARENCIA DEFINIDO EN LA SIGUIENTE TABLA, EL CUAL EMPIEZA A CONTARSE DESDE EL PRIMER DÍA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA:

EVENTO	PERIODO DE CARENCIA (MESES)
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA OBESIDAD	24
TRATAMIENTO DENTALDENTALDENTAL	1
EMBARAZOEMBARAZOEMBARAZO	2

Artículo 4. EXCLUSIONES

Sección 4.1 EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS

LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS QUE TRATA LA PRESENTE PÓLIZA POR LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, TRATAMIENTO O COMPLICACIONES DERIVADAS DE O RELACIONADAS CON:

- a) CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO, TRATAMIENTOS DE REJUVENECIMIENTO O CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO DE COSMETOLOGÍA.
- b) URGENCIAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBESIDAD. SE EXCEPTÚA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA GRADO III (ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O SUPERIOR A 40) NO PREEXISTENTE, SIEMPRE Y CUANDO SE TENGA CONTRATADA DICHA COBERTURA Y SE ENCUENTRE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS DE LA PÓLIZA (ANEXO NO. 1). NO SE DARÁ COBERTURA A LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y/O REPARADORA DERIVADA DE LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBESIDAD CUBIERTO O NO CUBIERTO POR LA COMPAÑÍA.
- c) CÁMARA HIPERBÁRICA, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O SIMILARES, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, ESCLEROTERAPIA PARA INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES, PRESOTERAPIA Y QUIROPRAXIA O CUALQUIER TIPO DE TERAPIA NO EXPRESAMENTE SEÑALADAS EN LA PÓLIZA.
- d) URGENCIAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO, SECUELAS Y/O COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES, QUE SE HUBIERE CAUSADO EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO AMPARADO VOLUNTARIA O INVOLUNTARIAMENTE COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O TRASTORNO PSIQUIÁTRICO O ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL, TRANSITORIO O PERMANENTE, O COMO CONSECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PSICOTRÓPICAS Y NEUROLÉPTICAS.
- e) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (BULIMIA, ANOREXIA Y AQUELLOS NO ESPECIFICADOS DEFINIDOS COMO TAL EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DMSIV, APROBADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS).
- f) TRATAMIENTO DE DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO O TRATAMIENTO DE LA CIRROSIS DEL ASEGURADO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- g) TRATAMIENTOS, EXÁMENES, CONSULTAS, CIRUGIAS, ESTUDIOS Y CUALQUIER TIPO DE ATENCION MEDICA POR ENFERMEDAD LABORAL O ACCIDENTE DE TRABAJO, CALIFICADA COMO TAL POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) A LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO AMPARADO.
- h) TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL O AMATEUR DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BOXEO, TOROS, PARAPENTISMO, ARTES MARCIALES, MONTAÑISMO, PARACAIDISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, AVIACIÓN, EQUITACIÓN, BUCEO, ESQUÍ ACUÁTICO Y CUALQUIER OTRO DEPORTE DENOMINADO EXTREMO O DE ALTO RIESGO.
- i) ABORTO PROVOCADO (LEGAL O ILEGAL), ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA O SU REVERTIMIENTO, ANTICONCEPCIÓN, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN, FECUNDACIÓN IN VITRO, CAMBIO DE SEXO, TRATAMIENTOS Y ESTUDIOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD. TOMA, CONSERVACIÓN E IMPLANTE DE CÉLULAS MADRE DE CUALQUIER ORIGEN. CIRUGÍAS, EXÁMENES Y TRATAMIENTOS IN ÚTERO.
- j) PRÓTESIS NO DEFINIDAS EXPRESAMENTE EN LA PÓLIZA.
- k) TRATAMIENTOS DENTALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE. SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS PRÓTESIS, SU IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL, DISPOSITIVOS O APARATOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR O MAXILARES, CON EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN LA COBERTURA DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA O COBERTURA ODONTOLÓGICA O COBERTURA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL, CUANDO HA SIDO CONTRATADA.
- l) LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS CUANDO EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO AMPARADO SEA PARTÍCIPE EN LA VIOLACIÓN DE NORMAS LEGALES, EN ACTIVIDADES ILÍCITAS, EN LA COMISIÓN DE SEDICIÓN, REBELIÓN, RIÑA, HUELGA, TERRORISMO, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA DECLARADA O NO, EN EJERCICIO DE SERVICIO MILITAR, O COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES, POR EPIDEMIAS O PANDEMIAS Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.
- m) ACCIDENTES DE TRÁNSITO. SE INDEMNIZARÁ EN COMPLEMENTO DE LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT) SIEMPRE QUE LA CAUSA DEL ACCIDENTE NO SEA UNA DE LAS EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA.
- n) TRATAMIENTOS REALIZADOS POR PERSONAS O EN INSTITUCIONES QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADAS POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS.
- o) MAMOPLASTIAS DE CUALQUIER TIPO, EXCEPTO RECONSTRUCTIVAS A CONSECUENCIA DE MASTECTOMÍA O CUADRANTECTOMÍA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER O POR TRAUMA.
- p) DESVIACIONES DEL TABIQUE NASAL. SE EXCEPTÚAN DE ESTA EXCLUSIÓN LAS CORRECCIONES DE LAS DESVIACIONES DEL TABIQUE NASAL REALIZADAS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE

LA PÓLIZA Y DEBIDAMENTE CERTIFICADO CON REPORTE MÉDICO Y RADIOLÓGICO.

- q) SUMINISTRO AMBULATORIO DE CUALQUIER TIPO DE VENTILACIÓN INVASIVA Y NO INVASIVA, ASÍ COMO SUS ADITAMENTOS, INCLUIDOS CPAP Y BPAP.
- r) AMBULANCIA ACUÁTICA Y AMBULANCIA AÉREA FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- s) TERAPIA PSICOANALÍTICA, PSICOTERAPIA POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, ASÍ COMO TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA O NEUROPSIQUIÁTRICA.
- t) SUICIDIO, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR INTENTO DE SUICIDIO O POR LESIONES CAUSADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, SEA CUAL FUERE SU ESTADO EMOCIONAL O ANÍMICO AL CAUSARSE LA LESIÓN.
- u) ENFERMEDADES, LESIONES O ACCIDENTES PREEXISTENTES, DIAGNOSTICADOS O SUFRIDOS ANTES DE LA INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA, ASÍ COMO SUS SECUELAS O CONSECUENCIAS.
- v) CUALQUIER TRATAMIENTO O MEDICAMENTO QUE, DENTRO DE SUS LINEAMIENTOS, SEAN CONSIDERADOS EXPERIMENTALES. LA COMPAÑÍA TAMPOCO CUBRIRÁ MEDICAMENTOS NI EQUIPOS UTILIZADOS PARA PROPÓSITOS QUE NO SEAN AQUELLOS DEFINIDOS POR SU LICENCIA, SALVO AUTORIZACIÓN PREVIA.
- w) HONORARIOS PROFESIONALES POR SERVICIOS ORDENADOS O PRESTADOS POR EL CÓNYUGE, COMPAÑERO(A) PERMANENTE, PADRE, MADRE, HERMANOS O HIJOS DEL ASEGURADO.
- x) ENFERMEDADES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR SUSTANCIAS BIOLÓGICAS O QUÍMICAS DERIVADAS DE ACTOS TERRORISTAS.

Artículo 5. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Sección 5.1 Tomador del Seguro

Para los efectos de la presente póliza el TOMADOR es la persona que contrata un seguro por cuenta propia y/o de terceros. En este último caso, con el propósito de asegurar un número determinado de personas naturales, haciéndose el TOMADOR responsable del pago de la prima del seguro. La identidad e identificación del TOMADOR se indicará en la carátula de la póliza.

Parágrafo. Si en el TOMADOR concurre la calidad de ASEGURADO, este será considerado como el ASEGURADO principal; de lo contrario, tendrá tal calidad aquel que el TOMADOR señale.

Sección 5.2 Asegurado y Grupo Asegurado

ASEGURADO significa la persona natural, individualmente considerada, que hace parte de un Grupo Asegurado, la cual se encuentra amparada de los riesgos cubiertos establecidos en la presente póliza.

Por Grupo Asegurado: Es el constituido por un grupo de personas naturales que conforman un mismo núcleo familiar y/o tienen una relación de parentesco (tales como: padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos del TOMADOR o ASEGURADO PRINCIPAL). También podrá otorgarse el seguro a aquellos

conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable por su relación legal o reglamentaria.

Sección 5.3 Modalidades del Seguro

- a) La póliza podrá ser contratada bajo las modalidades individual, familiar y colectiva.

Sección 5.4 Requisitos de Asegurabilidad

El ASEGURADO principal que solicite su inclusión o la de sus ASEGURADOS en el Grupo Asegurado, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que tenga establecidos o establezca la COMPAÑÍA, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por ésta.

Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurado solo podrán ser solicitadas formalmente por parte del TOMADOR o del ASEGURADO principal.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias para cada caso en concreto.

Sección 5.5 Requisito de Asegurabilidad – Afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General Social en Salud

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicione, 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 Asegurado se encuentren afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, el TOMADOR o ASEGURADO principal se obliga a informar a LA COMPAÑÍA, en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S., a la cual se encuentra afiliado él y su Grupo Asegurado.

En caso de que el TOMADOR o ASEGURADO principal se encuentre 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 de esta póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

Si durante la vigencia de este contrato, el TOMADOR o ASEGURADO principal cambian de E.P.S. o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a LA COMPAÑÍA, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

Sección 5.6 Garantía de Conducta

El TOMADOR o ASEGURADO principal asumen como garantía de conducta mantener vigente su afiliación y cotización al régimen contributivo de salud, esto es, una vinculación y pago a una entidad prestadora de servicios de salud, (o la entidad que haga sus veces según el marco legal vigente), que cubra el plan obligatorio de salud, (o el conjunto de servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud que haga sus veces según el marco legal vigente).

Si durante la vigencia del contrato de seguro o al momento de la renovación, el TOMADOR o ASEGURADO principal pierde su calidad de afiliado al régimen contributivo de salud o a un régimen de excepción si es el caso, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro de forma inmediata, reintegrando las primas pagadas y no devengadas según sea el caso, sin que por ello se entienda que se ha dado por terminado sin justa causa el contrato de seguro, ni que se estén vulnerando sus derechos como consumidor financiero, por tratarse de una causal objetiva, por la inobservancia de una exigencia legal que constituye prerrequisito para la vigencia del contrato de seguro.

La anterior garantía se pacta en razón de la naturaleza de plan voluntario de salud que tiene este seguro.

Sección 5.7 Edades de Ingreso y Permanencia

Las partes entienden y aceptan que para ingresar a la presente póliza de salud se establece como requisito ser residente en Colombia. No se establecen límites de edad para el ingreso y todos los ASEGURADOS podrán permanecer en la póliza sin importar su edad.

Artículo 6. PRIMA DEL SEGURO

Sección 6.1 Valor Asegurado

El valor asegurado anual para cada amparo es el que se establece en la carátula de la póliza. Este valor asegurado se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones que efectúe la COMPAÑÍA durante la vigencia de la póliza.

No obstante lo anterior, el límite máximo de indemnización para cada amparo corresponde a los valores asegurados indicados en la siguiente tabla:

	AMPARO	VALOR ASEGURADO
BÁSICOS	HOSPITALIZACIÓN	\$500.000.000
	CIRUGÍA BARIÁTRICA	\$30.000.000
	TRANSPORTE Y TRASLADO MÉDICO	\$50.000.000
	CONSULTA EXTERNA	\$10.000.000
	REHABILITACIÓN	\$50.000.000
ADICIONALES	MATERNIDAD Y PARTO	\$50.000.000
	TRATAMIENTO DENTAL	\$10.000.000

Sección 6.2 Cálculo de la Prima

La prima se establecerá teniendo en cuenta la edad y el género de cada ASEGURADO, así como su estado de salud.

Sección 6.3 Pago de la Prima

El TOMADOR es responsable por el pago de la o las primas del seguro. El pago de la prima (o de su primer instalamento, en caso de pago fraccionado) es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, el TOMADOR deberá pagar la prima a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

La COMPAÑÍA tendrá derecho a deducir de la indemnización, las primas o cuotas pendientes de pago, hasta concurrencia del valor de la anualidad respectiva pendiente de pago.

Sección 6.4 Fraccionamiento de Primas

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas por TOMADOR o ASEGURADO, según se trate, en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, conforme lo establecido en la carátula de la presente póliza de seguros. La Compañía compensa esa facilidad de realizar el pago de la prima con carácter mensual, trimestral o semestral recargando la prima en el denominado “recargo por fraccionamiento”. Este recargo estará en función del fraccionamiento del pago

Con una tasa efectiva anual para fraccionamiento del 15% se obtienen los siguientes recargos:

- Recargo para un fraccionamiento semestral 3.5%
- Recargo para un fraccionamiento trimestral 5.3%
- Recargo para un fraccionamiento mensual 6.5%

Sección 6.5 Falta de Pago de la Prima del Seguro

En caso de que el valor de las primas del seguro no sea pagado conforme los términos y plazos establecidos con la COMPAÑÍA, se producirá la terminación automática del contrato y la COMPAÑÍA quedará exonerada de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho periodo.

Sección 6.6 Ajuste de tarifas

La prima se calcula según los rangos de edad establecidos por la Compañía y se actualiza anualmente con base en la de la edad alcanzada y la variación de las utilidades y costos de los servicios. Cuando cualquiera de los ASEGURADOS cumpla la edad correspondiente a un nuevo rango se le realizará un ajuste adicional al precio del seguro, de acuerdo con las primas que se encuentren vigentes para dicho rango de edad. Este ajuste de prima se realizará en la fecha de la siguiente renovación del contrato.

Artículo 7. VIGENCIA DEL SEGURO

Sección 7.1 Inicio de la Vigencia del Seguro

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia técnica, siempre y cuando no sea revocado. Las partes podrán acordar que la póliza se renueve automáticamente.

La vigencia técnica del presente seguro comenzará a correr a partir de la hora veinticuatro (24h) (hora legal colombiana) del día en el que se haya realizado el pago de la prima del seguro o de su primera cuota.

Sección 7.2 Inicio de la Cobertura Individual

Los amparos respecto de cada ASEGURADO sólo entrarán en vigor a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al TOMADOR acerca de su aprobación para de dicha persona sea incluida en el Grupo Asegurado. La anterior comunicación escrita será remitida mediante comunicación física a la dirección indicada por el TOMADOR y/o al correo electrónico por él informado. R. Las partes entienden y aceptan que, si dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha en que el TOMADOR haya presentado la solicitud de ingreso de una persona a un Grupo Asegurado, la COMPAÑÍA no ha manifestado su aprobación a dicha solicitud, ésta se considerará como no aprobada.

Sección 7.3 Terminación del Contrato del Seguro y de las Coberturas Individuales

El presente contrato de seguro y la o las coberturas individuales de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, terminará ocurrida una o varias de las siguientes condiciones:

- 1) Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- 2) Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- 3) Únicamente al momento de la renovación de la póliza, si el Grupo Asegurado es inferior a cinco (5) personas.
- 4) Respecto del seguro en el que sean ASEGURADOS el cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el ASEGURADO principal deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- 5) Cada una de las coberturas individuales terminará cuando el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor de la cobertura afectada.
- 6) Las demás que estén previstas en el Código de Comercio.

Sección 7.4 Revocación del Contrato de Seguro

Únicamente al TOMADOR o ASEGURADO principal, según se trate, le asiste el derecho de revocar unilateralmente el seguro, en cualquier momento antes del término mencionado en la Sección 7.1 de esta póliza, mediante aviso escrito remitido a la COMPAÑÍA. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha de recibo de tal aviso por parte de la COMPAÑÍA. En caso de revocación del seguro, la COMPAÑÍA devolverá al TOMADOR o ASEGURADO principal la prima no devengada, desde la fecha de revocación.

El reintegro de la prima no devengada se hará teniendo en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo la cual será equivalente a (i) la parte de la prima comercial correspondiente a la proporción de la vigencia transcurrida del seguro hasta la fecha de su revocación, descontados los gastos expedición, más (ii)

DD/MM/AAAA-14XX-P-35-SALUD0000000001-D001	DD/MM/AAAA-14XX-NT-P-35-SALUD0000000001	21/30
-------------------------------------------	-----------------------------------------	-------

un recargo equivalente al diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre la parte de la prima que se refiere el numeral (i) anterior y la prima comercial establecida para la vigencia anual del seguro, descontados los gastos de expedición.

El ASEGURADO también podrá revocar su cobertura individual mediante el procedimiento señalado en la presente Sección.

El hecho de que la COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación correspondiente al pago de primas pendientes, no hará perder los efectos a dicha revocación. Iguales efectos se aplicarán cuando la revocación provenga de cualquier ASEGURADO en cuanto a su cobertura individual.

La COMPAÑÍA no reembolsará los dineros correspondientes a los gastos en los que haya incurrido para la expedición de la o las pólizas revocadas.

Artículo 8. AVISO DE SINIESTRO

Sección 8.1 Reclamación

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el TOMADOR, el ASEGURADO o el(los) BENEFICIARIO(S), según el caso, deberán dar aviso a la COMPAÑÍA acerca de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se inicie cualquier tratamiento por enfermedad o accidente.

El ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA, al dar aviso del siniestro, los seguros coexistentes que tenga contratados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

Sección 8.2 Pago del Siniestro

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO cuando es el mismo beneficiario o a los BENEFICIARIOS cuando son distintos del ASEGURADO, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, dentro del mes calendario siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro. Corresponderá al ASEGURADO demostrar la ocurrencia del siniestro, conforme lo señalado en el Art. 1077 del Código de Comercio.

Artículo 9. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Sección 9.1 Declaraciones Inexactas o Reticentes

El TOMADOR y los ASEGURADOS individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por la COMPAÑÍA antes de la celebración del contrato de seguro o con la solicitud de ingreso a este. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, 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 o del ASEGURADO individualmente considerado, el contrato no será nulo pero la COMPAÑÍA solo estará obligada, 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.

Las sanciones anteriores no son aplicables si la COMPAÑÍA, 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, de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 del Código de Comercio

Sección 9.2 Responsabilidad de la COMPAÑÍA

En caso de que la presente póliza no sea renovada a la fecha de la terminación de su vigencia y el ASEGURADO se encuentre recibiendo los servicios por un evento médico amparado por este seguro, la COMPAÑÍA sólo será responsable de cubrir los costos generados por la atención médica en curso del evento cubierto. Por lo tanto, los costos de un evento médico que se causen con posterioridad a la fecha de terminación de la vigencia del contrato de seguro, no estarán cubiertos aunque se deriven de una enfermedad, de un accidente o una maternidad ocurrida durante la vigencia del seguro.

Sección 9.3 Responsabilidad Civil

Los perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al ASEGURADO, que puedan derivarse de un diagnóstico, tratamiento o intervención equivocada o defectuosa, serán responsabilidad exclusiva de los profesionales o instituciones que presten los servicios.

Sección 9.4 Subrogación

Cuando el evento que sea la causa de indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el TOMADOR o ASEGURADO principal cede a la COMPAÑÍA los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de los servicios médicos prestados al ASEGURADO, faculta automáticamente a la COMPAÑÍA para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el ASEGURADO se compromete a entregar a la COMPAÑÍA las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones legales correspondientes.

Sección 9.5 Comunicaciones y Notificaciones

Las Partes declaran las direcciones en donde pueden ser notificadas judicialmente o recibir correspondencia, comunicaciones, avisos y notificaciones relacionadas con el Contrato:

Por parte de la Compañía,

Por parte del TOMADOR y/o ASEGURADO
PRINCIPAL

Dirección de notificación: [●]

Correo electrónico de notificación: [●]

Aquella informada en la caratula y/o anexos de
la póliza

En todo caso, cualquier notificación que hacerse entre las Partes deberá surtirse por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida. De igual

forma, queda acordado que la notificación podrá ser realizada por la COMPAÑÍA, con la publicación de un aviso de prensa en un medio de amplia circulación.

Sección 9.6 Anexos

Hacen parte integral de la presente póliza, la o las solicitudes del seguro firmada por el TOMADOR y/o por los ASEGURADOS, y los anexos que se expidan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar el contrato de seguro.

Sección 9.7 Legislación Aplicable y Solución de Controversias

El presente Contrato se regirá por la ley colombiana. Cualquier disputa en relación con la interpretación y ejecución del Contrato, se podrá dirimir directamente por las Partes, a través de los mecanismos alternativos de solución de controversias de conciliación extrajudicial en derecho. Agotado el anterior procedimiento, el conflicto o controversia será sometida a la jurisdicción ordinaria colombiana.

Sección 9.8 Defensor del Consumidor Financiero

Cuando lo considere necesario, el Asegurado, en su calidad de consumidor financiero, podrá acudir al Defensor del Consumidor Financiero. Para lo anterior, deberán tenerse en cuenta lo siguientes datos de contacto: [●]

Sección 9.9 Líneas de atención

Para tramitar cualquier solicitud, queja o reclame, el Asegurado podrá comunicarse a las líneas de servicio al cliente. En Bogotá a la línea [●] y a nivel nacional a la línea [●].

Sección 9.10 Domicilio

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las Partes la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia.

[Continúan la Tabla de Coberturas de los Amparos de la Póliza (el **Anexo No. 1**)]

ANEXO NO. 1 -TABLA DE COBERTURAS

AMPARO	COBERTURA	AUTORIZACIÓN PREVIA	REQUERIMIENTOS	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
HOSPITALIZACIÓN	ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN	N/A		
	ALOJAMIENTO PARA ACOMPAÑANTES	N/A	A PARTIR DEL QUINTO (5) DÍA. MÁXIMO TRES ACOMPAÑANTES	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	CAMA EXTRA PARA ACOMPAÑANTE	N/A	MÁXIMO UN (1) ACOMPAÑANTE	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	DERECHO DE SALA DE OPERACIONES, SALA DE RECUPERACIÓN, INSUMOS, MATERIALES CLÍNICOS Y MEDICAMENTOS	N/A		
	CUIDADOS INTENSIVOS, UNIDAD CORONARIA Y CUIDADOS INTERMEDIOS	N/A		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	CIRUGÍA	N/A		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	N/A	SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR UN MÉDICO O ESPECIALISTA PARA EL DIAGNÓSTICO O LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, EN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, QUINESIOLOGÍA,	AUTORIZACIÓN PREVIA PARA HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTERIOR	SIEMPRE QUE SEAN REQUERIDOS COMO PARTE ESENCIAL DE UN TRATAMIENTO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO

AMPARO	COBERTURA	AUTORIZACIÓN PREVIA	REQUERIMIENTOS	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
	FONOAUDIOLOGÍA Y NUTRICIONISTAS			
	CIRUGÍA PREVENTIVA	AUTORIZACIÓN PREVIA		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	PRÓTESIS	N/A	INICIAL Y HASTA DOS REEMPLAZOS PARA MENORES DE EDAD Y ADULTOS CUYA PRÓTESIS INICIAL SEA CUBIERTA POR LA PÓLIZA	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	IMPLANTES PROTÉSICOS: - PARA REEMPLAZAR ARTICULACIONES O LIGAMENTOS - PARA REEMPLAZAR VÁLVULA CARDIACA - PARA REEMPLAZAR AORTA O VASO SANGUÍNEO ARTERIAL - PARA REEMPLAZAR MÚSCULO DEL ESFÍNTER - PARA REEMPLAZAR EL CRISTALINO O LA CÓRNEA - INCONTINENCIA URINARIA - MARCAPASOS - IMPLANTES PARA REMOVER EXCESOS DE LÍQUIDO EN EL CEREBRO - IMPLANTE COCLEAR - PARA REESTABLECER LA FUNCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES	AUTORIZACIÓN PREVIA PARA MARCAPASOS		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO

AMPARO	COBERTURA	AUTORIZACIÓN PREVIA	REQUERIMIENTOS	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
	ÓRTESIS: - RODILLERAS - SOPORTE EN LA COLUMNA VERTEBRAL - FIJADOR EXTERNO PARA CABEZA O CUELLO	N/A		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	AUTORIZACIÓN PREVIA		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
CIRUGÍA BARIÁTRICA		AUTORIZACIÓN PREVIA	24 MESES DE PERIODO DE CARENANCIA. ÚNICAMENTE EN RED CONTRATADA POR LA COMPAÑÍA CON UN DEDUCIBLE DEL 20% PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
TRANSPORTE Y TRASLADO MÉDICO	EVACUACIÓN MÉDICA HOSPITALARIA	AUTORIZACIÓN PREVIA	EL VIAJE DE REGRESO DEBERÁ REALIZARSE DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	REPATRIACIÓN MÉDICA	AUTORIZACIÓN PREVIA	LA REPATRIACIÓN SE DEBE PRODUCIR DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	TRASLADO PARA UN ACOMPAÑANTE	AUTORIZACIÓN PREVIA	CÓNYUGE, COMPAÑERO PERMANENTE O UNO (1) DE LOS PARIENTES HASTA SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO

AMPARO	COBERTURA	AUTORIZACIÓN PREVIA	REQUERIMIENTOS	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
			O PRIMERO CIVIL. EL VIAJE DE REGRESO SE DEBE PRODUCIR DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO. SE EXCLUYEN LOS GASTOS DE TRASLADO PARA ACOMPAÑANTE CUANDO EL ASEGURADO RECIBA UN TRATAMIENTO COMO PACIENTE AMBULATORIO	
	ALIMENTACIÓN Y TRASLADO PARA UN ACOMPAÑANTE	AUTORIZACIÓN PREVIA	CÓNYUGE, COMPAÑERO PERMANENTE O UNO (1) DE LOS PARIENTES HASTA SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O PRIMERO CIVIL. LA COBERTURA ES PARA UNA ÚNICA EVACUACIÓN, HASTA EL DÍA EN QUE EL ASEGURADO SEA DADO DE ALTA, CON UN LÍMITE MÁXIMO DE DIEZ (10) DÍAS. SE EXCLUYEN LOS GASTOS DE ALIMENTACIÓN Y TRASLADO PARA ACOMPAÑANTE CUANDO EL ASEGURADO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO

AMPARO	COBERTURA	AUTORIZACIÓN PREVIA	REQUERIMIENTOS	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
			RECIBA UN TRATAMIENTO COMO PACIENTE AMBULATORIO	
	TRASLADO DE NIÑOS	AUTORIZACIÓN PREVIA	HIJOS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS QUE, DE NO SER TRASLADADOS, QUEDASEN SIN SU PADRE, MADRE O GUARDADOR	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	AMBULANCIA AÉREA	AUTORIZACIÓN PREVIA	TRASLADO RELACIONADO CON ALGÚN TRATAMIENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	AMBULANCIA TERRESTRE	AUTORIZACIÓN PREVIA	TRASLADO RELACIONADO CON ALGÚN TRATAMIENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA: - MEDICINA GENERAL - MEDICINA ESPECIALISTA - PSICOLOGÍA - NUTRICIONISTA - OPTOMETRÍA TERAPIAS: - FÍSICA - RESPIRATORIA - DE LENGUAJE - DE ORTÓPTICA - OCUPACIONAL EXÁMENES DE LABORATORIO	AUTORIZACIÓN PREVIA PARA CONSULTA CON NUTRICIONISTA		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO

AMPARO	COBERTURA	AUTORIZACIÓN PREVIA	REQUERIMIENTOS	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
REHABILITACIÓN	TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN NECESARIOS PARA: - TRAUMA RAQUIMEDULAR - TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO - ACCIDENTE CEREBROVASCULAR - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ - ENFERMEDAD CORONARIA E INSUFICIENCIA CARDIACA	AUTORIZACIÓN PREVIA	EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN SE DEBE INICIAR DENTRO DE LOS TRES (3) MESES SIGUIENTES AL PRIMER EGRESO HOSPITALARIO Y HASTA POR UN MÁXIMO DE SEIS (6) MESES A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO O HASTA QUE SE AGOTE EL VALOR ASEGURADO, LO QUE OCURRA PRIMERO	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
MATERNIDAD Y PARTO	EMBARAZO, PARTO Y COMPLICACIONES	N/A	60 DÍAS DE PERIODO DE CARENIA	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
	INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA	N/A		VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO
TRATAMIENTO DENTAL		N/A	TRATAMIENTOS DERIVADOS DE UN ACCIDENTE, SIEMPRE QUE EL PRIMER GASTO SE PRESENTE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE	VALOR ASEGURADO PARA EL AMPARO