BMI COLOMBIA
PÓLIZA INDIVIDUAL DE SALUD
BMI PLAN ESENCIAL PLUS
Condiciones Generales

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada **"LA ASEGURADORA",** emite la presente póliza denominada **BMI PLAN ESENCIAL PLUS.**
La póliza comprende la carátula del seguro, el certificado individual de seguro, las condiciones particulares, la solicitud de seguro, el examen médico, el presente documento y cualquier anexo o enmienda que se emita al respecto.
Lea cuidadosamente la póliza y los documentos que la componen y notifique a la Aseguradora en un plazo de diez (10) días después de haber recibido la Póliza, si alguna información es incorrecta o está incompleta, o si alguna parte de su historia clínica ha cambiado posterior a la fecha de la Solicitud o se ha omitido de la Solicitud o del Examen Médico.
El Plan Esencial individual proporciona cobertura Nacional en la Red de Proveedores seleccionada por la ASEGURADORA y presentada en las condiciones particulares.

CLÁUSULA 1 - COBERTURAS

SUJETO A LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y A LOS AMPAROS CONTRATADOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DEL SEGURO Y/O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, LA ASEGURADORA CUBRIRÁ LOS GASTOS MÉDICOS DENTRO DE SU RED DE PROVEEDORES, EN LOS QUE SE HAYAN INCURRIDO CON CARÁCTER NECESARIO, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, COMO RESULTADO DIRECTO DEL PADECIMIENTO POR EL (LOS) ASEGURADO(S) DE LA ENFERMEDAD, DOLENCIA O ACCIDENTE DE QUE SE TRATE. EL PAGO SE LIMITARÁ A LOS GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS MÉDICAMENTE NECESARIOS, SEGÚN DEFINICIÓN DEL CONDICIONADO GENERAL Y PARTICULAR, Y A TRATAMIENTOS CUBIERTOS CERTIFICADOS POR LA ASEGURADORA.
LOS AMPAROS CONTRATADOS SE CUBREN LUEGO DE LOS PERÍODOS DE CARENCIA QUE EL CONTRATO SEÑALA EN SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, SUJETAS A LOS DEDUCIBLES Y/O COPAGOS ESTIPULADOS Y SU APLICACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, RESPETANDO LÍMITES Y EXCLUSIONES GENERALES Y PARTICULARES.
AMPAROS O COBERTURAS:

- **CONSULTA EXTERNA**

.1. CONSULTA GENERAL Y ESPECIALIZADA

GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE CONSULTA CON MÉDICO GENERAL O MÉDICO ESPECIALISTA DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, PREVIO PAGO DEL COPAGO Y/O DEDUCIBLE SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

.2. CONSULTA PRIORITARIA.

CONSULTA QUE SE BRINDA A UN PACIENTE, DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, QUE POR SUS CONDICIONES DEBE SER PRESTADA DENTRO DE UN PERIODO NO MAYOR A VEINTICUATRO (24) HORAS SIN QUE CONSTITUYA UNA URGENCIA VITAL QUE COMPROMETA LA VIDA DEL ASEGURADO PREVIO PAGO DEL COPAGO Y/O DEDUCIBLE SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

.3. CONSULTA DOMICILIARIA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSULTA QUE NO REQUIERE DE ATENCIÓN EN UN CENTRO ESPECIALIZADO O DE URGENCIAS DE LA RED DEPROVEEDORES DE LA ASEGURADORA Y QUE PERMITE QUE EL PACIENTE PUEDA SER VALORADO EN SU HOGAR POR UN PROFESIONAL PERTENECIENTE A LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. PREVIO PAGO DEL COPAGO Y/O DEDUCIBLE SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

.4. CONSULTA PSIQUIÁTRICA.

CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS AMBULATORIAS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA MÉDICAMENTE NECESARIAS CUANDO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR EL MÉDICO PSIQUIATRA.

ESTE BENEFICIO ES PAGADERO HASTA EL MONTO MÁXIMO POR CONSULTA HASTA TREINTA (30) CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA POR PERSONA VIGENCIA PÓLIZA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA SIN SUPERAR EL NÚMERO DE CONSULTAS INDICADAS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS.

NINGÚN OTRO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO ESTARÁ CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, INCLUYENDO PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS.

- **EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y DE LABORATORIO.**

.1. EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO

UNA VEZ CUMPLIDO EL PERIODO DE NOVENTA (90) DIAS, LA COMPAÑÍA PAGARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE ESTUDIOS ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA Y DE ACUERDO CON EL MONTO OTORGADO Y UNA VEZ ASUMIDO EL DEDUCIBLE Y/O COPAGO A CARGO DEL ASEGURADO

TENDRÁN COBERTURA A LOS ESTUDIOS GENÉTICOS, LOS ASEGURADOS CON DERECHO AL AMPARO DE PATOLOGÍAS CONGÉNITAS DEFINIDAS EN ESTE CONDICIONADO, SIEMPRE Y CUANDO SE REQUIERA PARA LA DEFINICIÓN DE UN DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO Y NO COMO TAMIZAJE PREVENTIVO DURANTE EL EMBARAZO NI CON POSTERIORIDAD AL NACIMIENTO. ESTOS EXÁMENES DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE RECONOCIDOS POR SOCIEDADES MÉDICAS COLOMBIANAS Y NO HACER PARTE DE UNA HOSPITALIZACIÓN O URGENCIA.

SE DARÁ COBERTURA A LAS CAPSULAS ENDOSCÓPICAS CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE SANGRADO OSCURO Y NO SEA POSIBLE ENCONTRAR EL SITIO O CAUSA DEL SANGRADO A TRAVÉS DE EXÁMENES CONVENCIONALES.

.2. EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DESDE INICIO DE VIGENCIA LA COMPAÑÍA PAGARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE ESTUDIOS ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA QUE INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A ANÁLISIS DE LABORATORIO CLINICO Y RUTINARIO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y MEDICINA NUCLEAR PARA EL DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS POR LA PÓLIZA.

LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, ECOGRAFÍAS SIMPLES, ELECTROCARDIOGRAMAS, ELECTROENCEFALOGRAMAS Y RADIOGRAFÍAS SIMPLES SE ENTIENDEN PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO COMO EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS.

- **TERAPIAS**

.1. TERAPIAS

GASTOS POR TRATAMIENTO DE TERAPIA FÍSICA DE REHABILITACIÓN PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SIEMPRE Y CUANDO SE REALICE EN UN CENTRO MÉDICO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.

.2. TERAPIA DOMICILIARIA

GASTOS POR TRATAMIENTO DE TERAPIA FÍSICA DE REHABILITACIÓN, PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE. SE REALIZA EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO Y CUANDO NO HAGAN PARTE DE UN PLAN DE MANEJO DOMICILIARIO INTEGRAL.

- **URGENCIAS**

CORRESPONDE A TODAS LAS ATENCIONES NECESARIAS PARA CONSERVAR O RECUPERAR LA INTEGRIDAD FÍSICA DE UNA PERSONA AFECTADA POR UN TRAUMA O POR UNA ENFERMEDAD DE CUALQUIER ETIOLOGÍA QUE GENERA UNA DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA Y EFECTIVA, DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, TENDIENTE A DISMINUIR LOS RIESGOS DE INVALIDEZ O MUERTE SIENDO CUBIERTOS DESDE INICIO DE VIGENCIA. PREVIO PAGO DEL COPAGO Y/O DEDUCIBLE SI A ELLO HUBIERE LUGAR, QUEDANDO EXENTO DE ESTE PAGO SI LA URGENCIA DERIVA EN HOSPITALIZACIÓN O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

- **HOSPITALIZACIÓN**

.1. HABITACIÓN HOSPITALARIA

GASTO POR CONCEPTO DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN, POR UN PERÍODO NO MENOR A VEINTICUATRO (24) HORAS EN UN HOSPITAL, POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS, HASTA EL LÍMITE DE DÍAS Y/O HASTA EL VALOR ASEGURADO DIARIO INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. EL BENEFICIO POR HABITACIÓN HOSPITALARIAY POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y/O INTERMEDIOS NO SE PAGARÁ EN UN MISMO DÍA.

.2. CAMA DE ACOMPAÑANTE

SON LOS GASTOS INCURRIDOS E INCLUIDOS EN LA CUENTA DE LA INSTITUCION MÉDICA ADSCRITA A LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA POR LA ESTANCIA NOCTURNA DE UN ACOMPAÑANTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN ASEGURADO, SIN IMPORTAR LA EDAD DEL PACIENTE. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

.3. ENFERMERA ESPECIAL

LA ASEGURADORA RECONOCERÁ LOS GASTOS INCURRIDOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS POR CONCEPTO DE ENFERMERA ESPECIAL HOSPITALARIA DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA HASTA UN (1) TURNO DIARIO DE DOCE (12) HORAS CUANDO SEA NECESARIA PARA EL PACIENTE AMPARADO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN ORDEN Y PERTINENCIA MÉDICA. LOS CUIDADOS DE ENFERMERA ESPECIAL DEBEN SER APROBADOS POR LA

ASEGURADORA BAJO PERTINENCIA Y ORDEN MÉDICA. ESTE AMPARO ESTÁ LIMITADO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

.4. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GASTO RAZONABLE, ACOSTUMBRADO Y MÉDICAMENTE NECESARIO EN QUE INCURRE EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE CAMA, EQUIPOS, INSTALACIONES, ALIMENTACIÓN Y DEMÁS SERVICIOS DEBIDAMENTE EQUIPADA DURANTE SU PERMANENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA QUE CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA, PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO, EQUIPOS Y MONITOREO PARA ATENDER A PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS. NO SE CONSIDERARÁ UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS LA ADECUACIÓN DEL HABITACIÓN HOSPITALARIA CON EQUIPOS ESPECIALES.

EL BENEFICIO ES POR ASEGURADO, POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HASTA EL LÍMITE DE DÍAS Y VALOR ESTIPULADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS.

EL BENEFICIO POR HABITACIÓN HOSPITALARIA Y POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y/O INTERMEDIOS NO SE PAGARÁ EN UN MISMO DÍA.

MIENTRAS EL ASEGURADO PERMANEZCA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, BAJO ESTE AMPARO NO SE RECONOCERÁN LOS GASTOS MÉDICOS POR DIAS DE ESTANCIA DE HABITACIÓN, CAMA DE ACOMPAÑANTE, NI HONORARIOS DEL MEDICO INTENSIVISTA, LOS CUALES SE ENTIENDEN INCLUIDOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA UNIDAD.

.5. SERVICIOS HOSPITALARIOS

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA, EN QUE INCURRE EL HOSPITAL DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA EN LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO TALES COMO SALA DE OPERACIONES, SALA DE RECUPERACIÓN, MATERIAL QUIRÚRGICO, ANESTÉSICOS, OXÍGENO, INSUMOS, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA E IMÁGENES, MEDICAMENTOS, TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, DIÁLISIS NO PREEXISTENTE (REVERSIBLE E IRREVERSIBLE) INCLUYE CASOS DE COMA IRREVERSIBLE (EN CUYO CASO SE INDEMNIZARÁ HASTA SESENTA Y CINCO (65) DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.), HEMODIÁLISIS (SE RECONOCERÁ COMO TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA), DE CARÁCTER REVERSIBLE NO PREXISTENTE, TRANSFUSIONES Y TODOS LOS DEMÁS SERVICIOS REQUERIDOS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO DEL ASEGURADO Y CUBIERTOS BAJO LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA. LA ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL INTRAHOSPITALARIA (AMINOÁCIDOS, LÍPIDOS, ELEMENTOS TRAZA, VITAMINAS, DEXTROSA, ELECTROLITOS, ETC.) REQUERIDA SERÁ CUBIERTA SIN LÍMITE DE DÍAS.

BAJO ESTE AMPARO SE INCLUYE CASOS DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O QUIRÚRGICOS PARA ESTADIOS MÉDICOS EN FASE TERMINAL O CUANDO PARA ESTOS NO EXISTAN POSIBILIDADES DE RECUPERACIÓN SE INDEMNIZARÁ HASTA POR SESENTA (60) DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA VIGENCIA PÓLIZA. EL SUMINISTRO DE OXIGENO DOMICILIARIO TENDRÁ COBERTURA EN RED PARA LOS CASOS POST HOSPITALARIOS Y POR UN PERIODO NO MAYOR A QUINCE (15) DÍAS POR EVENTO. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO PODRÁN SER OBJETO DE COBERTURA Y LA COMPAÑÍA PODRÁ EJERCER EL DERECHO A SUBROGACIÓN.

.6. HONORARIOS QUIRÚRGICOS, HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO, HONORARIOS POR AYUDANTÍA QUIRÚRGICA MÉDICOS, HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTOS SIMULTÁNEOS, HONORARIOS POR TERAPIAS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ASEGURADORA ASUMIRÁ LOS GASTOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS DE ANESTESIA, COBRADOS POR EL CIRUJANO, EL AYUDANTE DE CIRUGÍA, EL ANESTESIÓLOGO Y LOS HONORARIOS PROFESIONALES GENERADOS POR UN TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA

SE RECONOCERÁN LOS HONORARIOS EN RED POR TRATAMIENTO MÉDICO Y /O QUIRÚRGICO COMO LO INDICA EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL. LA AYUDANTÍA QUIRÚRGICA SE INDEMNIZARÁ PARA CIRUGÍAS QUE POR COMPLEJIDAD LO AMERITEN SIN EXCEDER EL 15% DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS. PARA LOS HONORARIOS DE ANESTESIOLOGÍA SERÁ HASTA EL 40% DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS.

.7. HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA-HOSPITALARIO NO QUIRÚRGICO

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS RESULTANTES DEL COBRO DE LOS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS PRESTADOS POR EL MÉDICO TRATANTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. COMO MAXIMO (2) VISITAS MÉDICAS DIARIAS SIN LÍMITE DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA CINCO (5) INTERCONSULTAS POR CADA MÉDICO TRATANTE DE DIFERENTE ESPECIALIDAD DIARIAS SIN LÍMITE DÍAS DE HOSPITALIZACION.

.8. GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS

LA ASEGURADORA RECONOCERÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE RADIOGRAFÍAS, EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO Y DE LABORATORIO SIMPLE, TERAPIAS Y HASTA 4 CONSULTAS PRE Y/O POST HOSPITALARIAS, SIEMPRE QUE LOS MISMOS HAGAN PARTE DE UN TRATAMIENTO MÉDICO - HOSPITALARIO O QUIRÚRGICO Y QUE SE EFECTÚEN FUERA DE LA HOSPITALIZACIÓN DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS ANTERIORES A LA FECHA DE HOSPITALIZACIÓN O TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.

.9. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

PARA TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA DE TRASTORNOS DE ORIGEN MENTAL Y/O PSIQUIÁTRICO, SE INDEMNIZARÁ HASTA TREINTA 30 DÍAS/BENEFICIARIO AMPARADO/AÑO DE VIGENCIA Y NO ACUMULABLES DE UN AÑO A OTRO, SIEMPRE Y CUANDO NO SE DERIVEN DE LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN ESTE CLAUSULADO. SE EXCEPTUAN LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, EN CUYO CASO LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ MÁXIMO 50 DÍAS POR VIGENCIA ANUAL; DENTRO DE ESTE TRATAMIENTO NO SE RECONOCERÁ NINGÚN GASTO PRE Y POSTHOSPITALARIO.

.10. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

SI COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD, EL BENEFICIARIO AMPARADO REQUIERE CONTINUAR SU TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN CASA O INICIAR EL TRATAMIENTO EN SU DOMICILIO PREVIA ORDEN MÉDICA EXPEDIDA POR SU MÉDICO TRATANTE Y PREVIA EVALUACIÓN DE PERTINENCIA MÉDICA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, SE DARÁ COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA ÚNICAMENTE EN LAS CIUDADES DONDE SE TIENE CONTRATADO ESTE SERVICIO. LA ENFERMERA DOMICILIARIA SERÁ AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA ÚNICAMENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CUANDO SE REQUIERA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EXCLUSIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PREVIA EVALUACIÓN DE PERTINENCIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA.

- **HABITACIÓN HOSPITALARIA SUPERIOR**

GASTO EN SE QUE INCURRE POR CONCEPTO DE HABITACIÓN INDIVIDUAL SUPERIOR O SUITE Y ALIMENTACIÓN, POR UN PERÍODO NO MENOR A VEINTICUATRO (24) HORAS EN UN HOSPITAL DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS, HASTA EL LÍMITE DE DÍAS Y/O HASTA EL VALOR ASEGURADO DIARIO INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS. CUBRE LOS GASTOS QUE SE CAUSEN POR PENSIÓN DIARIA, LA CUAL INCLUYE: HABITACIÓN PRIVADA SENCILLA Y DIETA ALIMENTICIA.

EL BENEFICIO POR HABITACIÓN HOSPITALARIA Y POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y/O INTERMEDIOS NO SE PAGARÁ EN UN MISMO DÍA.

- **MEDICAMENTOS AMBULATORIOS**

.1. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS POST-HOSPITALARIOS.

CUBRE LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS FUERA DEL HOSPITAL, QUE SEAN ELEGIBLES, AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA Y, APROBADOS POR EL INVIMA, O POR LA ENTIDAD QUE ESTÉ A CARGO, PARA EL TRATAMIENTO. SERÁN CUBIERTAS SEGÚN COMO SE INDICA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS.

LOS MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO APROBADOS SE LIMITAN A MÁXIMO CUARENTA (40) DÍAS A PARTIR DEL ÚLTIMO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN.

ESTE BENEFICIO SE PAGARÁ POR REEMBOLSO AL ASEGURADO SUJETO A LA PRESENTACIÓN DE LOS RECIBOS ORIGINALES JUNTO CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA ASEGURADORA.

LAS SUMAS PAGADERAS ESTARÁN LIMITADAS A LOS GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS.

.2. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS POST-URGENCIA Y POST CONSULTA PRIORITARIA.

CUBRE LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS ORIGINADAS POR URGENCIA, QUE SEAN ELEGIBLES, AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA Y APROBADOS POR EL INVIMA, O POR LA ENTIDAD QUE ESTÉ A CARGO, PARA EL TRATAMIENTO. SERÁN CUBIERTAS SEGÚN COMO SE INDICA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS.

LOS MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO APROBADOS SE LIMITAN A MÁXIMO CUARENTA (40) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO A URGENCIAS.

ESTE BENEFICIO SE PAGARÁ POR REEMBOLSO AL ASEGURADO SUJETO A LA PRESENTACIÓN DE LOS RECIBOS ORIGINALES JUNTO CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA ASEGURADORA.

LAS SUMAS PAGADERAS ESTARÁN LIMITADAS A LOS GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS.

.3. MEDICAMENTOS POST HOSPITALARIOS POR SIDA Y DERIVADOS DEL TRATAMIENTO CÁNCER.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CUBRE LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS ORIGINADAS POST HOSPITALIZACION, AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA Y APROBADOS POR EL INVIMA, O POR QUIEN HAGA SUS VECES, PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER Y SIDA HASTA EL LIMITE INDICADO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS POR ASEGURADO AÑO VIGENCIA NO ACUMULABRE NI TRANSFERIBLE ASI:

SIDA: LOS MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO APROBADOS SE LIMITAN A CUARENTA (40) DÍAS A PARTIR DEL EGRESO HOSPITALARIO, CON EXCEPCIÓN DE LOS RETROVIRALES.

CÁNCER: LOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS QUE HAYAN SIDO APROBADOS POR PARA EL TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS COLATERALES A LA TERAPIA SUMINISTRADA PARA EL CANCER.

ESTE BENEFICIO SE PAGARÁ POR REEMBOLSO AL ASEGURADO SUJETO A LA PRESENTACIÓN DE LOS RECIBOS ORIGINALES JUNTO CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA ASEGURADORA.

LAS SUMAS PAGADERAS ESTARÁN LIMITADAS A LOS GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS.

- **PRÓTESIS – EQUIPOS MÉDICOS**

EL AMPARO DE ESTE BENEFICIO QUEDA SUJETO A QUE EL EQUIPO MÉDICO DURADERO SEA NECESARIO Y RAZONABLE PARA EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN, O PARA AYUDAR A CORREGIR EL MALFUNCIONAMIENTO DE UNA PARTE DEL CUERPO. UN EQUIPO SE CONSIDERARÁ NECESARIO CUANDO SE ESPERE QUE SU CONTRIBUCIÓN HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN SEA SIGNIFICATIVA O CUANDO ESTE CONTRIBUYA CON LA MEJORÍA DE UNA MALFORMACIÓN DEL CUERPO. LAS PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS SON AQUELLOS APARATOS QUE RECETA UN MÉDICO PARA RECUPERAR LAS FUNCIONES O REEMPLAZAR PARTES DEL CUERPO DEBIDO A UNA LESIÓN O ENFERMEDAD CUBIERTA.

PARA EFECTOS DE COBERTURA, LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS DEBERÁN SER RECETADOS POR UN MÉDICO AUTORIZADO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, DEBERÁN SOPORTAR EL USO REPETIDO, SERVIR UN PROPÓSITO MÉDICO TERAPÉUTICO, RESULTAR INÚTILES PARA UN INDIVIDUO EN AUSENCIA DE UNA ENFERMEDAD, LESIÓN, IMPEDIMENTO FUNCIONAL O ANOMALÍA CONGÉNITA Y QUE SU PROPÓSITO PRINCIPAL NO SEA EL DE ASISTIR AL PACIENTE EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE. AUNQUE UN PRODUCTO PUDIERA CLASIFICAR COMO UN EQUIPO MÉDICO DURADERO, ESTE NO NECESARIAMENTE SERÁ CUBIERTO EN TODOS LOS CASOS. LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS DEBERÁN SER APROBADOS Y COORDINADOS CON ANTICIPACIÓN POR LA ASEGURADORA Y LOS MISMOS DEBERÁN SER PROVISTOS POR LA ASEGURADORA O REEMBOLSADOS AL COSTO QUE HUBIESE INCURRIDO LA ASEGURADORA SI LOS HUBIERA COMPRADO A SUS PROVEEDORES. TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DE ESTE BENEFICIO SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA.

SE RECONOCEN BAJO ESTE AMPARO LOS SIGUIENTES: MARCAPASOS, STENT, COIL, CARDIODESFIBRILADOR, VÁLVULAS CARDÍACAS Y PRÓTESIS ARTICULARES, ENTRE OTRAS, SIEMPRE QUE SEAN APROBADAS POR EL INVIMA Y NO SEAN PRÓTESIS ESTÉTICAS. HASTA POR EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA LOS REEMPLAZOS DE PRÓTESIS SE CUBREN EN FORMA INMEDIATA, SIEMPRE Y CUANDO LA PRIMERA PRÓTESIS HAYA SIDO RECONOCIDA POR LA PÓLIZA DE SALUD DE LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO HAYA PERMANECIDO ASEGURADO EN FORMA CONTINUA EN LA PÓLIZA. SIENDO EXCLUIDAS TODAS LAS DEMÁS NO SEÑALADAS EXPRESAMENTE COMO OBJETO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL BENEFICIO DE EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS ESTÁ LIMITADO POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

SE EXCLUYE PRÓTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y ÓRTESIS A MENOS QUE SE HAYAN CONTRATADO ESTOS AMPAROS.

- **PRÓTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.**

  LAS PRÓTESIS DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES TENDRÁN UNA INDEMNIZACIÓN HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y SIEMPRE QUE LAS MISMAS SEAN PROVISTAS E IMPLEMENTADAS EN Y POR EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA; LOS REEMPLAZOS DE PRÓTESIS DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SE RECONOCERÁN SIEMPRE Y CUANDO LA PRÓTESIS INICIAL HAYA SIDO RECONOCIDA POR LA PÓLIZA DE SALUD DE LA COMPAÑÍA, HAYA TRANSCURRIDO UN PERIODO MÍNIMO DE TRES (3) AÑOS, ENTRE LA FECHA DE COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS ANTERIOR Y LA FECHA DE COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS A REEMPLAZAR.ES NECESARIO QUE DURANTE TODO ESTE PERÍODO EL ASEGURADO HAYA PERMANECIDO CONTINUAMENTE EN LA PÓLIZA.

- **ÓRTESIS**

  CUBRE LAS ÓRTESIS O APARATO QUE SIRVEN COMO UN APOYO, REMPLAZO PARCIAL O TOTAL U OTRO DISPOSITIVO EXTERNO APLICADO AL CUERPO PARA MODIFICAR LOS ASPECTOS FUNCIONALES O ESTRUCTURALES DEL SISTEMA NEUROMUSCULOESQUELÉTICO.

  SE PUEDEN CLASIFICAR EN BASE A SU FUNCIÓN EN: ESTABILIZADORAS, FUNCIONALES, CORRECTORAS Y PROTECTORAS.

  LA ASEGURADORA EN SU RED DE PROVEEDORES CUBRE LAS ÓRTESIS PARA CUELLO, TOBILLO, BRAZOS, ANTEBRAZOS, MANOS Y ÓRTESIS LARGAS Y CORTAS PARA PIERNAS Y RODILLAS, ASÍ COMO LAS ESTRUCTURAS PARA CAMINAR (MULETAS, CAMINADORES, SILLAS DE RUEDAS EN CALIDAD DE PRÉSTAMO) HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR BENEFICIARIO AMPARADO/AÑO, NO ACUMULABLES, NI TRANSFERIBLES DE UN BENEFICIARIO AMPARADO A OTRO.

- **MATERNIDAD.**

  A. LA COBERTURA DE ESTE AMPARO ESTÁ LIMITADA A EMBARAZOS QUE HAYAN INICIADO DESPUÉS DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO DEL INGRESO A LA PÓLIZA Y SOLO SI LOS MISMOS SON TRATADOS EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.

  B. TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO PRE- Y POSTNATAL, EL ALUMBRAMIENTO, ABORTO NO PROVOCADO. LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O DEL ALUMBRAMIENTO ESTÁN LIMITADOS AL MÁXIMO DE LOS BENEFICIOS DE MATERNIDAD QUE APARECEN EN ESTA PÓLIZA.

  C. LOS ASEGURADOS QUE ANTERIORMENTE HABÍAN SIDO HIJOS DEPENDIENTES BAJO OTRA PÓLIZA CON LA ASEGURADORA TIENEN QUE HABER ESTADO ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA ANTERIOR POR UN MÍNIMO DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO PARA TENER DERECHO A ESTE BENEFICIO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

D. **ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE PARA LAS HIJAS DEPENDIENTES**

E. **CURSO PSICOPROFILÁCTICO. SE CUBREN LAS SESIONES DEL CURSO PSICOPROFILÁCTICO PARA TODA MUJER SIEMPRE Y CUANDO SE AJUSTE A LAS CONDICIONES DE COBERTURA, ESTE SE PRESTARÁ SÓLO EN LA RED DE INSTITUCIONES EN CONVENIO CON LA COMPAÑÍA.**

F. **ESTA COBERTURA NO ESTÁ DISPONIBLE SI LA MATERNIDAD ES EXCLUIDA BAJO CUALQUIER OTRA PROVISIÓN DE ESTA PÓLIZA. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**

G. **AMPARO AL RECIÉN NACIDO: LOS HIJOS NACIDOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y CUYO PARTO HAYA SIDO CUBIERTO O TENGA COBERTURA POR LA MISMA, TENDRAN AMPARO AUTOMÁTICO A PARTIR DE SU NACIMIENTO CON LAS MISMAS COBERTURAS QUE TENGA CONTRATADA SU PROGENITORA Y SIN PAGO ADICIONAL DE PRIMA POR EL RESTO DE LA VIGENCIA EN CURSO A PARTIR DE LA FECHA DE NACIMIENTO (EL COBRO DE PRIMA INICIA CON LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA). ADEMÁS, TENDRÁN DERECHO AL AMPARO DE ENFER-MEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS, ASÍ COMO A LA VALORACIÓN PEDIÁTRICA AL MOMENTO DEL NACIMIENTO. SIEMPRE Y CUANDO LA INCLUSION SEA REALIZADA DENTRO DE LOS SIGUIENTES TREINTA (30) DIAS DE NACIDO Y BAJO EL ENTENDIDO QUE LA COBERTURA SE DARÁ EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.**

- **CIRUGÍA BARIÁTRICA**

LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ LOS GASTOS EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA QUE SE OCASIONEN POR LOS CONCEPTOS SEÑALADOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DE LA PÓLIZA. LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA GRADO III (ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O SUPERIOR A 40) NO PREEXISTENTE Y REALIZADA EXCLUSIVAMENTE EN LA RED CONTRATADA POR LA COMPAÑÍA PARA ESTE TIPO DE EVENTOS.

ESTA CIRUGÍA SE OTORGA BAJO UN PERIODO DE CARENCIA DE 365 DÍAS.

ESTE AMPARO TIENE UN DEDUCIBLE A CARGO DEL BENEFICIARIO AMPARADO, EL CUAL SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA. NO SE DARÁ COBERTURA A LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y/O REPARADORA DERIVADA DE LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBESIDAD CUBIERTO POR LA COMPAÑÍA.

- **TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA EL CÁNCER**

LA ASEGURADORA CUBRE LOS GASTOS POR TRATAMIENTOS AMBULATORIOS EN QUE EL ASEGURADO INCURRA COMO RESULTADO DE CIRUGÍAS Y ATENCIÓN MÉDICA DE CANCER QUE NO REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN, TALES COMO CIRUGÍA AMBULATORIA, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y TODOS LOS DEMÁS SERVICIOS REQUERIDOS DE ACUERDO CON EL DIAGNÓSTICO DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO EL CANCER SE INICIE DESPUÉS DEL DÍA 365 DE PERMANENCIA ININTERRUMPIDA EN LA PÓLIZA Y DICHOS TRATAMIENTOS SEAN PROVISTOS A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE REQUIERAN PARA LAS TERAPIAS, SERÁN AUTORIZADOS ÚNICAMENTE AQUELLOS CLASIFICADOS COMO ANTI CANCERÍGENOS QUE SE EXPENDAN EN EL MERCADO NACIONAL APROBADOS POR EL INVIMA O POR LA ENTIDAD QUE ESTÉ A CARGO Y HAYAN SIDO PRESCRITOS POR LOS PROFESIONALES ADSCRITOS A LA RED DE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. LAS TERAPIAS SERÁN LAS DEFINIDAS POR EL MÉDICO TRATANTE PERTENECIENTE A LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, TALES COMO: RADIOTERAPIA, RADIUMTERAPIA, COBALTOTERAPIA, BRAQUITERAPIA, HORMONOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA.

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL CÁNCER**

LA ASEGURADORA A TRAVÉS DE LOS AMPAROS DESCRITOS EN ESTE CONDICIONADO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL A LA QUE TIENE DERECHO EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DEL AÑO PÓLIZA, INDEMNIZARÁ LOS GASTOS QUE SE OCASIONEN PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD SE INICIE DESPUÉS DEL DÍA 365 DE PERMANENCIA ININTERRUMPIDA DEL BENEFICIARIO AMPARADO EN LA PÓLIZA.

- **TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL SIDA.**

LA ASEGURADORA CUBRIRÁ LOS GASTOS POR TRATAMIENTOS AMBULATORIOS EN QUE EL ASEGURADO INCURRA COMO RESULTADO DE CIRUGÍAS Y ATENCIÓN MÉDICA QUE NO REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN, TALES COMO CIRUGÍA AMBULATORIA, TRATAMIENTOS MÉDICOS Y TODOS LOS DEMÁS SERVICIOS REQUERIDOS DE ACUERDO CON EL DIAGNÓSTICO DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD SE INICIE DESPUÉS DEL SEGUNDO AÑO DE PERMANENCIA ININTERRUMPIDA EN LA PÓLIZA Y DICHOS TRATAMIENTOS SEAN PROVISTOS A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL SIDA.**

LA ASEGURADORA PAGARÁ A TRAVÉS DE LOS AMPAROS DESCRITOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL A LA QUE TIENE DERECHO EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DEL AÑO PÓLIZA LOS GASTOS REQUERIDOS POR EL ASEGURADO PARA EL TRATAMIENTO DEL SIDA SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO Y LA CONFIRMACIÓN POSITIVA DE LA ENFERMEDAD SE HAYAN REALIZADO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 2 AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA INCLUSIÓN DEL BENEFICIARIO AMPARADO EN ESTA PÓLIZA. CON RESPECTO A LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIERA EL BENEFICIARIO AMPARADO PARA EL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO DEL SIDA Y SUS COMPLICACIONES, SE INDEMNIZARÁN LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS QUE SE EXPENDAN EN EL MERCADO NACIONAL APROBADOS POR EL INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES, DEJANDO EXPRESAMENTE CONSAGRADO QUE NO SE CUBRE MEDICAMENTOS CATALOGADOS COMO ESTIMULANTES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO. EN NINGÚN CASO SE CUBRIRÁN MEDICAMENTOS EN FORMA AMBULATORIA, SALVO LO ANOTADO EN LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS POST HOSPITALARIOS POR SIDA Y DERIVADOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.

- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS.**

LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA LOS GASTOS QUE SE OCASIONEN A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA POR CONCEPTO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS NO CONOCIDAS POR EL BENEFICIARIO AL INICIO DE ESTA PÓLIZA Y LUEGO DE HABER PERMANECIDO ASEGURADO EN CUALQUIER PÓLIZA DE SALUD DE LA COMPAÑÍA COMO MÍNIMO CINCO (5) AÑOS DE FORMA ININTERRUMPIDA. ESTA SUMA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASEGURADA NO SE RESTABLECE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NI EN SUS RENOVACIONES.

PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN GENÉTICO SON EL TRASTORNO FUNCIONAL O ESTRUCTURAL CAUSADO POR ANORMALIDADES EN LA MORFOLOGÍA O EN EL NÚMERO DE CROMOSOMAS.

SE ENTIENDE POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS CUALQUIER ALTERACIÓN ANATÓMICA Y/O FISIOLÓGICA NO MANIFESTADA NI DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL MOMENTO DEL INGRESO A LA PÓLIZA, PRESENTE EN EL NACIMIENTO CON MANIFESTACIONES TEMPRANAS O TARDÍAS EN LA VIDA DEL INDIVIDUO.

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y GASTOS DEL DONANTE**

SE RECONOCERÁN TODOS LOS TRASPLANTES QUE SE EFECTÚEN A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA Y SIEMPRE QUE SEAN APROBADOS Y RECONOCIDOS POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS HASTA POR EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA. NO SERÁN CUBIERTOS LOS TRASPLANTES EXPERIMENTALES.

PARA EL BENEFICIARIO QUE REQUIERA TRASPLANTE, LA ASEGURADORA CUBRIRÁ EL TRANSPORTE DEL ÓRGANO OBJETO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA ASÍ COMO LOS GASTOS MÉDICOS DEL DONANTE EFECTIVO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

CUBRE LOS SERVICIOS MÉDICOS, ESTUDIOS PRETRANSPLANTE Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REQUERIDOS POR EL DONANTE EFECTIVO DEL ÓRGANO PARA EL TRASPLANTE AL ASEGURADO, LOS GASTOS DE PRESERVACIÓN Y TRANSPORTE DEL ÓRGANO A TRASPLANTAR

SI EL ASEGURADO ES EL RECEPTOR, SE CUBRIRÁN LOS GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS QUE SE REQUIERAN PARA EL TRASPLANTE Y SI EL ASEGURADO ES EL DONANTE EFECTIVO SE CUBRIRÁN LOS EXÁMENES DE COMPATIBILIDAD A TRAVÉS DE REEMBOLSO A TARIFA DEL CONVENIO, LOS EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS, LOS GASTOS HOSPITALARIOS O MÉDICOS RELACIONADOS CON LA EXTRACCIÓN DEL ÓRGANO, LOS GASTOS DE TRANSPORTE DEL ÓRGANO Y LAS COMPLICACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA EXTRACCIÓN HASTA 30 DÍAS POSTERIORES AL EVENTO QUIRÚRGICO.

NO TENDRÁ COBERTURA LA CONSECUCIÓN DE ÓRGANOS, NI LOS EXÁMENES DE LOS POSIBLES DONANTES QUE NO SEAN COMPATIBLES CON EL RECEPTOR. ASÍ MISMO, NO TENDRÁ COBERTURA EL DONANTE, SI EL RECEPTOR NO CUENTA CON UNA PÓLIZA DE SALUD.

APLICAN LOS SIGUIENTES PERIODOS DE CARENCIA:

- **TRASPLANTES DE RIÑÓN Y/O CORAZÓN: 2 AÑOS**
- **OTROS TRASPLANTES: 1 AÑO**

- **COBERTURA EXEQUIAL.**

LA ASEGURADORA REEMBOLSARÁ LOS GASTOS DE EXEQUIAS (SERVICIOS FUNERARIOS Y/O DESTINO FINAL), AL OCURRIR LA MUERTE DE CUALQUIER BENEFICIARIO AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, HASTA MÁXIMO EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SE ENTENDERÁ POR GASTOS DE EXEQUIAS, LOS OCASIONADOS EXCLUSIVAMENTE POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS: DERECHOS DE FUNERARIA, ATAÚD Y CARROZA MORTUORIA, CEREMONIA FÚNEBRE, AVISOS DE PRENSA, GASTOS DE CREMACIÓN, O LOTE U OSARIO EN EL CEMENTERIO, O DERECHOS DE BÓVEDA.

ESTA COBERTURA SERÁ RECONOCIDA A QUIEN ACREDITE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS RESPECTIVOS, PREVIA PRESENTACIÓN DE LOS FACTURAS EN ORIGINAL, DEBIDAMENTE CANCELADOS Y HASTA EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

- **AMBULANCIA TERRESTRE**

LA ASEGURADORA PRESTARA EL SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE EN PERÍMETRO URBANO SIEMPRE Y CUANDO EL ESTADO DEL BENEFICIARIO AMPARADO ASÍ LO REQUIERA, PARA LOS SIGUIENTES CASOS, PREVIA AUTORIZACIÓN Y PERTINENCIA MÉDICA: (I) DEL LUGAR DE LA ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA AL CENTRO DE ASISTENCIA EN RED, (II) DEL CENTRO DE ASISTENCIA A UNA INSTITUCIÓN DE LA RED O (III) CUANDO EL ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO AMPARADO AMERITE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN CON IGUAL O MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD, DEL CENTRO DE ASISTENTA EN RED A LA CASA.

SI DADAS LAS CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO, NO ES POSIBLE SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIA, SE REEMBOLSARÁ A COSTOS USUALES Y ACOSTUMBRADO BMI.

SE DEJA ESTABLECIDO QUE EL SERVICIO QUE PRESTARÁ BMI A TRAVÉS DE SUS PROVEEDORES DE ASISTENCIA, ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, Y ESTARÁ SUJETO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR.

- **TELEMEDICINA Y TELEPSICOLOGÍA.**

TELEMEDICINA: SERVICIO DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA LOS 365 DÍAS AL AÑO, CON EL PROPÓSITO DE ATENDER CITAS VIRTUALES Y TELEFÓNICAS DE MEDICINA GENERAL POR PARTE DE UN ESPECIALISTA EN TELEMEDICINA SOBRE SU PATOLOGÍA A TRAVÉS DE UNA CONSULTA MÉDICA. EL ASEGURADO ES VALORADO, DIAGNOSTICADO Y TRATADO, CON LAS RECOMENDACIONES Y PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS APROPIADAS, SEGÚN LAS NECESIDADES DE SU SINTOMATOLOGÍA. EL ASEGURADO, PODRÁ SOLICITAR UNA ASISTENCIA MÉDICA VIRTUAL CON LOS PROFESIONALES EN SALUD DISPUESTOS POR LA ASEGURADORA; DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD DEL ASEGURADO SE PACTA UN HORARIO DE ENCUENTRO CON EL MÉDICO GENERAL.

TELEPSICOLOGÍA: LÍNEA DE APOYO PSICOLÓGICO 24 HORAS PARA BENEFICIARIOS QUE REQUIEREN APOYO PSICOLÓGICO EN MOMENTOS DE FUERTE TENSIÓN EMOCIONAL; EN NINGÚN CASO PODRÁ SUSTITUIR LA ATENCIÓN DIRECTA DEL PSICÓLOGO O PSIQUIATRA DE LOS ASEGURADOS, POR LO QUE NO DEBE UTILIZARSE EN NINGÚN CASO POR PARTE DE ESTOS PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO O

AUTOMEDICARSE, DEBIENDO CONSULTAR CON LOS REFERIDOS PROFESIONALES EN CADA CASO PARTICULAR.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE ESTE SERVICIO OPERA BAJO MODALIDAD ORIENTATIVA, PARA ATENDER UNA SITUACIÓN CONCRETA DE LA ACTUALIDAD DEL PACIENTE, Y NO CONSTITUYE UN SERVICIO TERAPÉUTICO NI ES UN TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO. POR LO TANTO, NO PUEDE SER USADO O IDENTIFICADO COMO UN SERVICIO DE MANEJO DE TRASTORNO EMOCIONAL O MENTAL.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- **EMERGENCIA ODONTOLÓGICA**

CUBRE LOS GASTOS COMO CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA QUE SUFRA EL ASEGURADO, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIER SITUACIÓN INESPERADA O REPENTINA QUE AMERITA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PALIATIVA URGENTE O APREMIANTE Y QUE ORIGINE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS CUBIERTOS POR ESTE AMPARO Y QUE SEAN INDICADOS PARA TRATAR EL DOLOR ORIGINADO POR LAS SIGUIENTES CAUSAS: INFECCIONES, ABSCESOS, PULPITIS, FRACTURA, INFLAMACIÓN O HEMORRAGIA.

LOS SERVICIOS Y/O PROCEDIMIENTOS QUE QUEDAN CUBIERTOS BAJO ESTE AMPARO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA SON:

- **RESTAURADORA Y OPERATORIA: ESTO CUBRE:**

-AMALGAMAS (CALZA DENTAL GRIS)
-RESINAS (CALZA DENTAL BLANCA)
-IONÓMEROS DE VIDRIO EN CUELLO DE LOS DIENTES (CLASE V). (CALZA DENTAL BLANCA)

- **CIRUGÍA EXTRACCIÓN SIMPLE: ES EL PROCEDIMIENTO POR EL QUE SE PRACTICA EL RETIRO DE UN DIENTE O PARTE DE ÉL DE LA CAVIDAD ORAL, MEDIANTE UNAS TÉCNICAS Y UN INSTRUMENTAL ESPECÍFICOS, SIN QUE IMPLIQUE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE REQUIERAN REMOCIÓN DE TEJIDOS COMO HUESO O ENCÍA). ESTO CUBRE:**

-EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES PERMANENTES.
-EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES TEMPORALES (DIENTES DE LECHE).
-EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES RESTOS RADICULARES (DIENTE DETERIORADO).
-EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES FRACTURADOS.

- **ENDODONCIA: ESTO CUBRE:**

-PULPECTOMÍAS (RETIRO DEL NERVIO DENTAL)
-RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO (COLOCACIÓN DE PROTECCIÓN AL NERVIO)
-PULPOTOMÍAS (RETIRO PARCIAL DEL NERVIO DENTAL)- APLICA PARA DIENTES TEMPORALES
-TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA CONVENCIONAL: UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y
-MULTIRADICULARES (TRATAMIENTOS DE CONDUCTO) REALIZADO POR PRIMERA VEZ.

- **RADIOGRAFÍAS:**

ESTO CUBRE: PERIAPICALES INDIVIDUALES Y CORONALES REQUERIDAS PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS CUBIERTOS EN EL AMPARO, REALIZADAS EN EL CONSULTORIO (RADIOGRAFÍAS BUCALES DONDE SE OBSERVAN 1 O 2 DIENTES).

- **PERIODONTAL: ESTO CUBRE:**

-DETARTRAJE EN CASO DE URGENCIA (ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS DENTALES).
-PROFILAXIS EN CASO DE URGENCIA (LIMPIEZA DENTAL BÁSICA)
-AJUSTES DE OCLUSIÓN (QUITAR CONTACTOS ENTRE DIENTES QUE GENEREN MOLESTIA).

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- **PROTÉSICA: ESTO CUBRE:**

-CEMENTADO PROVISIONAL DE CORONAS Y PUENTES FIJOS (PEGADO DE CORONAS O PUENTES FIJOS QUE SE HAYAN CAÍDO).
-REPARACIÓN DE FRACTURAS EN LA PORCIÓN ACRÍLICA DE DENTADURAS PARCIALES O TOTALES REALIZADAS EN EL CONSULTORIO (REPARACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES EN EL CONSULTORIO).

CUANDO LA URGENCIA SEA PRODUCTO DE UN TRAUMATISMO O ACCIDENTE SE TENDRÁ COMO FINALIDAD SOLUCIONAR LA SITUACIÓN DE URGENCIA CON LOS TRATAMIENTOS ANTES DESCRITOS, EXCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS POSTERIORES REQUERIDOS A CAUSA DEL ACCIDENTE O TRAUMATISMO.

- **PLAN ODONTOLÓGICO**

EL PRESENTE AMPARO CUBRE LOS GASTOS POR SERVICIOS ODONTOLOGICOS SEGÚN SE INDICA A CONTINUACIÓN:

- **SERVICIOS Y/O PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA.**
- **ADICIONALMENTE AMPARA LOS GASTOS POR SERVICIOS ODONTOLOGICOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:**
- **MEDICINA BUCAL: EXAMEN CLÍNICO (DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO)**
- **PREVENCIÓN: ESTO CUBRE:**
  - **SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS (COLOCACIÓN DE MATERIAL EN PIEZAS POSTERIORES PARA PREVENIR CARIES EN NIÑOS);**
  - **APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR;**
  - **ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE CEPILLADO, USO DEL HILO DENTAL E HIGIENE BUCAL.**

- **PERIODONCIA: ESTO CUBRE:**
  - **DETARTRAJE SIMPLE (ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS DENTALES).**
  - **PROFILAXIS DENTAL (LIMPIEZA DENTAL BÁSICA)**

- **RESTAURADORA Y OPERATORIA: ESTO CUBRE:**
  - **AMALGAMAS (CALZA DENTAL GRIS)**
  - **RESINAS (CALZA DENTAL BLANCA)**
  - **IONÓMEROS DE VIDRIO EN CUELLO DE LOS DIENTES (CLASE V). (CALZA DENTAL BLANCA)**

- **CIRUGÍA EXTRACCIÓN SIMPLE: ES EL PROCEDIMIENTO POR EL QUE SE PRACTICA EL RETIRO DE UN DIENTE O PARTE DE ÉL DE LA CAVIDAD ORAL, MEDIANTE UNAS TÉCNICAS Y UN INSTRUMENTAL ESPECÍFICOS, SIN QUE IMPLIQUE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE REQUIERAN REMOCIÓN DE TEJIDOS COMO HUESO O ENCÍA). ESTO CUBRE:**
  - **EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES PERMANENTES.**
  - **EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES TEMPORALES (DIENTES DE LECHE).**
  - **EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES RESTOS RADICULARES (DIENTE DETERIORADO).**
  - **EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES FRACTURADOS.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- **ENDODONCIA: ESTO CUBRE:**
    - **PULPECTOMÍAS (RETIRO DEL NERVIO DENTAL)**
    - **RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO (COLOCACIÓN DE PROTECCIÓN AL NERVIO)**
    - **PULPOTOMÍAS (RETIRO PARCIAL DEL NERVIO DENTAL)- APLICA PARA DIENTES TEMPORALES**
    - **TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA CONVENCIONAL: UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y MULTIRADICULARES (TRATAMIENTOS DE CONDUCTO) REALIZADO POR PRIMERA VEZ.**

- **RADIOGRAFÍAS: ESTO CUBRE:**
    - **PERIAPICALES INDIVIDUALES Y CORONALES REQUERIDAS PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS CUBIERTOS EN EL AMPARO, REALIZADAS EN EL CONSULTORIO (RADIOGRAFÍAS BUCALES DONDE SE OBSERVAN 1 O 2 DIENTES).**
    - **PERIODONTAL: ESTO CUBRE:**
    - **-DETARTRAJE EN CASO DE URGENCIA (ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS DENTALES).**
    - **-PROFILAXIS EN CASO DE URGENCIA (LIMPIEZA DENTAL BÁSICA)**
    - **-AJUSTES DE OCLUSIÓN (QUITAR CONTACTOS ENTRE DIENTES QUE GENEREN MOLESTIA).**

- **URGENCIAS: ESTO CUBRE EL TRATAMIENTO INICIAL Y MEDICACIÓN EN LOS CASOS DE:**
    - **URGENCIAS PERIODONTALES (CURETAJE RADICULAR NACIONALIZADO, ELIMINACIÓN DE CONTACTO PREMATURO, MEDICACIÓN EN CASO DE DOLOR MUSCULAR Y ABSCESOS).**
    - **URGENCIAS PROTÉSICAS: CEMENTADO PROVISIONAL DE CORONAS Y PUENTES FIJOS, REPARACIÓN DE FRACTURAS EN LA PORCIÓN ACRÍLICA DE DENTADURAS PARCIALES O TOTALES REALIZADAS EN EL CONSULTORIO, MEDICACIÓN EN EL CASO DE ESTOMATITIS SUB-PROTÉSICA.**
    - **CUANDO LA URGENCIA SEA PRODUCTO DE UN TRAUMATISMO O ACCIDENTE SE TENDRÁ COMO FINALIDAD SOLUCIONAR LA SITUACIÓN DE URGENCIA CON LOS TRATAMIENTOS ANTES DESCRITOS, EXCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS POSTERIORES REQUERIDOS A CAUSA DEL ACCIDENTE O TRAUMATISMO.**
    - **ESPECIALIDADES: SISTEMAS DE INTERCONSULTAS Y REFERENCIAS CON ESPECIALISTA. SI EL ASEGURADO REQUIERE TRATAMIENTOS O SERVICIOS QUE NO SE INCLUYAN EN EL PRESENTE AMPARO, PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE A LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS CON QUIENES LA RED TIENE CONVENIO, QUIENES EFECTUARÁN UN DESCUENTO DE ENTRE UN 10% Y UN 30%, RESPECTO DE SUS TARIFAS NORMALES, DEBIENDO EL ASEGURADO PAGAR TODOS LOS COSTOS QUE SE GENEREN POR DICHOS TRATAMIENTOS NO AMPARADOS.**

LA ASEGURADORA GARANTIZA LA PRESTACIÓN DE ESTE SERVICIO A TRAVÉS DE UN PROVEEDOR CONTRATADO PARA TAL EFECTO, PARA AQUELLOS EVENTOS IMPREVISTOS, OCURRIDOS DURANTE SU PERMANENCIA EN LA PÓLIZA. PARA SOLICITAR DICHO AMPARO EL ASEGURADO PREVIAMENTE DEBERÁ DAR AVISO AL PROVEEDOR CONTRATADO, QUIEN TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR Y SUMINISTRAR LAS COBERTURAS ANTES DESCRITAS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLÁUSULA 2-EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS Y/O AMPAROS

LOS GASTOS INCURRIDOS POR LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS, ENFERMEDADES, CONDICIONES MÉDICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÁN EXCLUIDAS Y NO SERÁN INDEMNIZADAS POR LA ASEGURADORA:

1. **LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES NO DECLARADOS Y AQUELLOS ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDOS AL ASEGURADO, A MENOS QUE SE HUBIESEN CLARAMENTE CUBIERTO POR LA ASEGURADORA CON EXTRAPRIMA O SIN EXTRAPRIMA.**

   NINGUNA EXCLUSIÓN POR PREEXISTENCIA SE APLICARÁ CUANDO LA LEY EXONERE EL DEBER DE DECLARACIÓN.

2. **CIRUGÍAS DE EMBELLECIMIENTO (ESTÉTICA, TRATAMIENTOS DE REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGIA O CIRUGIA PLÁSTICA) , ASÍ COMO LAS URGENCIAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO, SECUELAS Y/O COMPLICACIONES DERIVADOS DE ESTOS), A EXCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA. MAMOPLASTIAS DE REDUCCIÓN O AUMENTO, A EXCEPCIÓN DE LAS RECONSTRUCTIVAS DERIVADAS DE CÁNCER DE SENO O POR TRAUMA CUBIERTO EN LA PÓLIZA.**

3. **CUALQUIER TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO DE CARENCIA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA O LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DEL ASEGURADO, CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS AGUDAS QUE HAYAN OCURRIDO O INICIADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DEL CERTIFICADO.**

4. **CUALQUIER GASTO QUE EXCEDA LOS LÍMITES MÁXIMOS DE COBERTURA, YA SEAN AÑO PÓLIZA O VITALICIOS.**

5. **TODO GASTO DONDE SE COMPRUEBE QUE EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO OMITIÓ INFORMACIÓN O HIZO DECLARACIONES FALSAS O INCORRECTAS DE FORMA RETICENTE.**

6. **TODO GASTO POR CUALQUIER TIPO DE TRANSPORTE DEL PACIENTE EXCEPTO POR SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE A MENOS QUE HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.**

7. **GASTOS POR ACOMPAÑANTE, SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA O NO, DURANTE LA RECLUSIÓN DEL ASEGURADO EN UN HOSPITAL EXCEPTO BAJO LA COBERTURA DE CAMA DE ACOMPAÑANTE.**

8. **TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, O MEDICINAS DE NATURALEZA PREVENTIVA.**

9. **HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, ESCLEROTERAPIA PARA INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES, PRESOTERAPIA Y QUIROPRAXIA O CUALQUIER TIPO DE TERAPIA QUE NO ESTÉ INCLUIDA EN EL PRESENTE CONDICIONADO.**

10. **SUMINISTRO Y APLICACIÓN DE VACUNAS, AUTOVACUNAS, TRATAMIENTOS DE INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS Y PREPARADOS DE ALÉRGENOS. TAMPOCO SE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RECONOCERÁN LAS COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS, AUTOVACUNAS, TRATAMIENTOS DE INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS Y PREPARADOS DE ALÉRGENOS.

11. **LOS COSTOS DE GAFAS Y LENTES, LENTES DE CONTACTO Y TODO PROCEDIMIENTO PARA CORREGIR LA VISIÓN. DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL, EXCEPTO PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE HAYAN NACIDO BAJO LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y PERMANEZCAN COMO ASEGURADOS EN VIGENCIA DE ESTA.**

12. **TODO EXAMEN O TRATAMIENTO DENTAL, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A CARILLAS, DIENTES POSTIZOS, CORONAS, EMPASTES Y PUENTES, EL CUIDADO DENTAL ORTODÓNTICO, ENDODÓNTICO Y PERIODONTAL, ORTODONCIA**

13. **PRÓTESIS, ORTESIS Y EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS NO DEFINIDOS EXPRESAMENTE EN LOS AMPAROS DE PRÓTESIS, ORTESIS Y EQUIPOS MÉDICOS DEL PRESENTE CONDICIONADO, ASÍ COMO ELEMENTOS DE USO PERSONAL, PAÑALES, LECHE MATERNA, SERVICIOS DE CAFETERÍA, ELEMENTOS DE USO PERSONAL, MEDIOS ANTIEMBÓLICOS, AUDÍFONOS Y SUS PRUEBAS DE ADAPTACIÓN, IMPLANTES COCLEARES Y SUS PRUEBAS DE ADAPTACIONES, NEUROTRANSMISORES Y PRUEBAS DE ADAPTACIÓN, NEUROESTIMULADORES Y PRUEBAS DE ADAPTACIÓN. FAJAS, CAMA HOSPITALARIA EN EL DOMICILIO, COLCHONES, ADITAMENTOS PARA LA MOVILIZACIÓN Y SUMINISTRO DE COLECTORES PARA OSTOMÍAS DE FORMA AMBULATORIA.**

14. **PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS O PERTINENTES.**

15. **TRATAMIENTOS, EXÁMENES Y ESTUDIOS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL CALIFICADA COMO TAL POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGO LABORALES (ARL) A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL BENEFICIARIO AMPARADO.**

16. **COSTOS POR ABORTOS PROVOCADOS QUE NO TENGAN UNA INDICACIÓN MÉDICA, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS.**

17. **TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES MENTALES O DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS, AUTISMO, DÉFICIT DE ATENCIÓN, PROBLEMAS DEL LENGUAJE, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA ASÍ COMO TODAS AQUELLAS DEFINIDAS EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES DE ENFERMEDADES – DSM-5 ; Y EL ATENCIÓN MÉDICA POR UN PSICÓLOGO, PSIQUIATRA U OTRO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL; SECUELAS O EFECTOS SECUNDARIOS A LOS TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS; EXCEPTO LAS CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS O TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DE ACUERDO AL PLAN ELEGIDO.**

18. **CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DEFORMIDADES O DEFECTOS NASALES O DEL TABIQUE QUE NO HAYAN SIDO CAUSADOS POR ACCIDENTE O TRAUMA.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

19. **LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SÍ MISMA, SUICIDO O INTENTO DE SUICIDIO, ASÍ COMO LOS ORIGINADOS POR DELITOS O FALTAS A LA LEY, AUN CUANDO LA PERSONA NO HUBIERA ESTADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES. ABUSO DE ALCOHOL, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS, ESTUPEFACIENTES SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES Y / O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIÁTRICO DE CARÁCTER AGUDO CRÓNICO.**

20. **GASTOS POR EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS HIV, SI EL MISMO ES ADQUIRIDO ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. TENDRÁ COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA EL SIDA SIEMPRE QUE HAYA OPTADO POR LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS POST-HOSPITALARIOS POR SIDA Y DERIVADOS DE TRATAMIENTO DE CÁNCER.**

21. **EN LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, EL COSTO DEL ÓRGANO Y LAS COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO PARA LA EXTRACCIÓN DEL ÓRGANO CON FINES DE DONACIÓN, EXCEPTO EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL DONANTE Y EL RECEPTOR SE ENCUENTREN ASEGURADOS EN LA PÓLIZA DE SALUD DE LA COMPAÑÍA. ASÍ MISMO LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO EL ASEGURADO SEA DONANTE.**

22. **GASTOS DE CUALQUIER CRIOPRESERVACIÓN Y LA IMPLANTACIÓN O REIMPLANTACIÓN DE CÉLULAS VIVAS, ASÍ COMO LA OBTENCIÓN Y PRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE.**

23. **TODO TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO ESTÉ CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDO O QUE SE CONSIDERE EXPERIMENTAL Y NO APROBADO POR LAS SOCIEDADES MÉDICO CIENTÍFICAS DE COLOMBIA O LA ENTIDAD DE GOBIERNO NACIONAL CORRESPONDIENTE.**

24. **PROCEDIMIENTOS, CIRUGÍAS, TRATAMIENTOS, HOSPITALIZACIONES, EXÁMENES, SERVICIOS Y MEDICAMENTOS ORDENADOS, SUMINISTRADOS O REALIZADOS EN INSTITUCIONES O POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS PARA EL EJERCICIO DE SUS ACTIVIDADES Y/O QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA SALUD Y/O AQUELLOS REALIZADOS O TRATADOS POR FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE LA ASEGURADORA. ASÍ MISMO SE EXCLUYEN LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS NATURISTAS, SPA, HOGARES TERAPÉUTICOS, HOGARES GERIÁTRICOS, INSTITUCIONES DE CUIDADO INTERMEDIO, DE CUIDADOS CRÓNICOS O SIMILARES. TERAPIA AMBIENTAL DE DESCANSO Y/O PARA OBSERVACIÓN, SERVICIOS O TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES, HIDRO CLÍNICAS, BAÑOS TERMALES, SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO, HOGARES DE RETIRO O ASILOS DE ANCIANOS Y/O POR FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE LA ASEGURADORA.**

25. **COMPLICACIONES DE SERVICIOS, CONDICIONES O GASTOS DERIVADOS DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA O SUS ANEXOS, INCLUYENDO LOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE TODO PADECIMIENTO QUE SEA LA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPLICACIÓN DE UNA CONDICIÓN MÉDICA O SERVICIO DE ATENCIÓN A LA SALUD QUE NO ESTÉ CUBIERTO.

26. **TODOS LOS GASTOS POR TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD MASCULINA O FEMENINA Y SU REVERTIMIENTO, LIGADURA DE TROMPAS, VASECTOMÍA, INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS, FECUNDACIÓN IN VITRO, IMPOTENCIA O DISFUNCIÓN ERÉCTIL.**

27. **TODO GASTO PARA CAMBIO DE SEXO, TRANSFORMACIÓN SEXUAL, DISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA, INADECUACIÓN SEXUAL Y/O ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A INFECCIÓN POR HERPES DE TODO TIPO, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.**

28. **TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO RELACIONADO CON TALLA CORTA, DELGADEZ, SOBREPESO, OBESIDAD O EL CONTROL DE PESO EN GENERAL TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (BULIMIA, ANOREXIA Y AQUELLOS NO ESPECIFICADOS, DEFINIDOS, INCLUYENDO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO; CALVICIE, ACNÉ DE CUALQUIER TIPO, APNEA DEL SUEÑO.**

29. **CUIDADOS PODIÁTRICOS INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITADO A CUIDADO DE LOS PIES EN CONEXIÓN CON CALLOS, JUANETE, HALLUX VALGUS, NEUROMA DE MORTON, PIES PLANOS, ARCOS DÉBILES, PIES DÉBILES, Y OTRAS QUEJAS SINTOMÁTICAS DE LOS PIES, INCLUYENDO ZAPATOS, PLANTILLAS E INSERTOS ESPECIALES DE CUALQUIER TIPO O FORMA.**

30. **TRATAMIENTO PARA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO ÓSEO O TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA HORMONA DEL CRECIMIENTO.**

31. **TRATAMIENTO DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA Y DE TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITADO A ANOMALÍAS Y MALFORMACIONES DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA, SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS CRANIOMANDIBULARES Y DEMÁS PADECIMIENTOS DEL MAXILAR, DE LA MANDÍBULA O DE LA ARTICULACIÓN MANDIBULAR QUE CONECTA A LA MANDÍBULA CON EL CRÁNEO Y DEL CONJUNTO DE MÚSCULOS, NERVIOS Y DEMÁS TEJIDOS RELACIONADOS CON ESA ARTICULACIÓN. SE EXCEPTÚAN LOS TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA A CAUSA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO MIENTRAS EL ASEGURADO ESTÉ VIGENTE Y EL ACCIDENTE ESTÉ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA. 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.**

32. **MEDICINAS DE VENTA LIBRE NO RECETADAS O PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS QUE NO CUMPLAN CON LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN LA CLÁUSULA DE MEDICAMENTOS.**

33. **GASTOS MÉDICOS PARA TRATAMIENTO DE LESIONES QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS, DEMOSTRACIONES O ENTRENAMIENTOS DE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DEPORTES PROFESIONALES, PARA LO CUAL EL ASEGURADO RECIBA UNA COMPENSACIÓN MONETARIA O BENEFICIO FINANCIERO.

34. **LOS GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES QUE OCURRAN POR QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES O LOS EVENTOS QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE PRÁCTICAS DE DEPORTES PELIGROSOS O ALTO RIESGO TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, ULTRALIVIANOS, ESQUI DE NIEVE Y ACUÁTICO, BUCEO, DOWNHILL, PARAPENTE, LADERISMO, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, AVIACIÓN NO COMERCIAL, PLANEADOR O SOARING, MONTAÑISMO O ALPINISMO, BOXEO, SURF, SNOWBOARD, CICLISMO DE MONTAÑA, KITE SURF, MOTONAUTICA, WINDSURF, SANDBOARD, MOTO DE NIEVE, GLOBO AEROSTÁTICO, KAYAK, AUTOMOVILISMO, CUATRIMOTO, MOTOCICLISMO,MOTOCROS Y CUALQUIER OTRO DEPORTE DENOMINADO DE ALTO RIESGO. CUANDO VIAJE COMO PILOTO, MECÁNICO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL SERVICIO REGULAR DE PASAJEROS.**

35. **LAS URGENCIAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO, SECUELAS Y/O COMPLICACIONES DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO SE INDEMNIZARÁN EN EXCESO A LA COBERTURA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO SOAT SIEMPRE Y CUANDO LA CAUSA DEL ACCIDENTE NO SEA UNA EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA.**

36. **CON EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN LA CLÁUSULA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL PRESENTE CONDICIONADO, EN LO CORRESPONDIENTE AL TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN CASA, SE EXCLUYE EL CUIDADOR Y/O ENFERMERA DOMICILIARIA.**

37. **ENFERMERA PRIVADA DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL, SALVO QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO, ORDENADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA.**

38. **GASTOS MÉDICOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DE ESTE CONTRATO Y/O TERMINE EL BENEFICIO INDIVIDUAL DE CADA TITULAR Y DEPENDIENTE.**

39. **LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS CUANDO EL BENEFICIARIO AMPARADO SEA PARTÍCIPE EN LA VIOLACIÓN DE NORMAS, EN ACTIVIDADES ILÍCITAS, EN LA 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 O CONTAMINACIÓN RADIACTIVA PROVOCADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA**

40. **GASTOS OCASIONADOS POR TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO. ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO DEL RONQUIDO O UVULOPALATOPLASTIA.**

41. **GASTOS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS.**

TODOS LOS GASTOS QUE NO SEAN NECESARIOS PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD DEL ASEGURADO INCLUYENDO SERVICIOS DE PELUQUERÍA Y BARBERÍA, COMPRA O

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALQUILER DE EQUIPOS PARA LA COMODIDAD PERSONAL COMO AIRE ACONDICIONADO, CALEFACCIÓN, DESHUMIDIFICADORES, HUMIDIFICADORES, VAPORIZADORES, TELEVISORES, RADIO, EQUIPOS PARA HACER EJERCICIOS Y SIMILARES. GASTOS DE TELEVISIÓN, TELÉFONO, BOLSA (KIT) DE INGRESO AL HOSPITAL, BANDA DE IDENTIFICACIÓN, ACCESORIOS PARA LA HIGIENE PERSONAL, ROPA O ACCESORIOS, PAÑALES PARA BEBE Y/O ADULTO, SHAMPOO, ESTUCHES Y EQUIPO PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL, COLCHONES ANTIALÉRGICOS, ALMOHADAS ORTOPÉDICAS, GLUCÓMETRO, Y CUALQUIER ACCESORIO QUE NO SEA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.

42. **ASISTENCIA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN FASE AGUDA.**

43. **PSICOTERAPIA POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, TERAPIA NEUROSICOLÓGICA O NEUROSIQUIÁTRICA. IGUALMENTE, CUALQUIER TIPO DE TERAPIA PSICOANALÍTICA.**

44. **EVALUACIONES MÉDICAS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA CHEQUEO GENERAL Y/O EJECUTIVO, EXÁMENES DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO.**

45. **TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO QUE SEAN MEDICAMENTE REQUERIDOS Y CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.**

46. **A EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS, SE EXCLUYE EL SUMINISTRO DEL OXIGENO DOMICILIARIO.**

47. **TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO U HOSPITALARIO PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS MÉDICOS, ÉTICOS, CLÍNICOS Y PARA CLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.**

48. **LOS GASTOS MEDICOS DERIVADOS DE UN TRATAMIENTO POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA HASTA TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL O CUALQUIER PERSONA QUE NO TENGA LA CALIDAD DE MÉDICO DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN Y CUALQUEIR AUTOTERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.**

49. **PARA LA COBERTURA DE TELEMEDICINA Y TELEPSICOLOGÍA, SE RELACIONAN, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITATIVA NI TAXATIVA, LOS TRASTORNOS EXCLUIDOS DE COBERTURA:**
    - **ESQUIZOFRENIA**
    - **TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**
    - **TRASTORNOS AFECTIVOS**
    - **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO**
    - **DEPRESIÓN**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLÁUSULA 3- ELEGIBILIDAD Y ASEGURABILIDAD DE ASEGURADOS

Los asegurados deberán ser personas residentes o domiciliadas en Colombia. Podrán hacer parte del grupo familiar:

a. Dependientes
b. Hijos
c. Padres

Toda evaluación o examen médico y de diagnóstico adicional a los solicitados por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. al inicio de la evaluación, serán asumidos por el asegurado propuesto

Personas asegurables:

Podrán ser aceptados como asegurados las personas que soliciten su afiliación en la solicitud de seguro y que una vez cumplidos con los requisitos de asegurabilidad, sean aceptados.
Cuando se trate de la inclusión de un hijo nacido bajo el amparo de la póliza, se dará cobertura desde el primer día de nacido, sin cobro de prima hasta la siguiente renovación, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: Dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento se deberá enviar a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. el registro civil del recién nacido, certificación de afiliación al plan obligatorio de salud régimen contributivo o régimen especial y solicitud de afiliación debidamente diligenciada.
El retiro de beneficiarios amparados por fallecimiento o por decisión del Asegurado principal se podrá solicitar en cualquier momento de la vigencia del contrato mediante comunicación escrita y la fecha de retiro será la fecha en que BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. reciba la comunicación. El retiro en vigencia dará derecho a la devolución de la prima no devengada comprendida entre la fecha del retiro y la fecha de vencimiento de la póliza. En caso de que se le haya reconocido indemnización al beneficiario retirado, BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. descontará del valor de la prima a devolver el valor a prorrata de los siniestros.

Dependientes elegibles:

Serán todos aquellos que cumplan con requisitos de asegurabilidad según políticas de LA ASEGURADORA y tengan una edad comprendida entre 18 y 65 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo), y los dependientes podrán tener una edad comprendida entre los 0 y 65 años,
La edad de permanencia del Asegurado y sus dependientes será hasta los 100 años.

CLÁUSULA 4- PERÍODOS DE CARENCIA

LA ASEGURADORA reconocerá los gastos amparados por la póliza, una vez se cumplan los periodos de carencia mostrados en días calendario o años ininterrumpidos y a continuación estipulados:

- Maternidad 90 días
- Enfermedades Congénitas para usuarios no nacidos en póliza 5 años
- Tratamiento hospitalario del cáncer 1 año
- Tratamiento ambulatorio del cáncer 1 año
- Exámenes especiales de diagnóstico 120 días
- Tratamiento hospitalario del sida 2 años
- Tratamiento ambulatorio del sida 2 años
- Cirugía y hospitalización programada 120 días
- Hospitalización Psiquiátrica 120 días
- Muerte cerebral o encefálica 120 días
- Estado vegetativo 120 días
- Diálisis peritoneal y hemodiálisis para las afecciones renales de carácter reversible e irreversible 1 año
- Trasplantes de riñón y/o corazón 2 años

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- Otros trasplantes 1 año
- Cirugía bariátrica 1 año

CLÁUSULA 5- REPORTE DE NOVEDADES

El tomador deberá avisar novedades tales como: ingresos o retiros como consecuencia de nacimientos, adopciones, matrimonios o fallecimientos; así como cambios de estado civil, datos generales de beneficiarios amparados, fechas de nacimiento y parentesco, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la novedad.

Los ingresos de Beneficiarios Amparados durante la vigencia de la póliza deberán ser previamente aprobados por LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA 6- TÉRMINOS Y DEFINICIONES

ABORTO: Expulsión del feto y la placenta antes de la semana 24 de gestación, puede ser espontáneo o provocado

ACCIDENTE: Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, que ocurra dentro de la Vigencia de la Póliza, provocado por un agente externo, que produzca daños o lesiones corporales.

ACTO MÉDICO O PARAMÉDICO: Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión y que cuente con registro médico,

ANOREXIA: rechazo a mantener el peso corporal. Edad y la talla. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporativa, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso

AÑO PÓLIZA: Período de cobertura de la Póliza o de una cobertura o beneficio comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

ASEGURADO: Persona individual que a solicitud del Contratante queda cubierta por el seguro.

BULIMIA: presencia de atracones recurrentes (ingesta de alimento en corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas en un período similar o sensación de pérdida de control de la ingesta del alimento) y las conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso.

CÁNCER: enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor. El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo. El tumor puede invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido por LA ASEGURADORA a favor del Asegurado que se adhiere al contrato de seguro que contiene las coberturas, las principales condiciones generales de la Póliza y las Condiciones Particulares del Asegurado.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Cualquier cirugía practicada en la sección de servicios ambulatorios de un Hospital que no requiere una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente, o en un Hospital ambulatorio, o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas.

CONDICIONES GENERALES: Condiciones establecidas por las aseguradoras para regir todos los contratos pertenecientes a un mismo tipo de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones que permiten la individualización de la Póliza especificando sus particularidades, y que rigen la relación LA ASEGURADORA, Contratante y Asegurados.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Son aquellas condiciones médicas o enfermedades cuyos signos o síntomas aparecieron antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia o aquellos accidentes que hayan ocurrido antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como preexistentes.

Ninguna exclusión por preexistencia se aplicará cuando la ley exonere el deber de declaración.

COPAGO O DEDUCIBLE: Monto de los gastos cubiertos que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos antes de recibir los servicios prestados.

CUADRO DE BENEFICIOS: El Cuadro de Beneficios detalla todos los gastos médicos que serán indemnizados de acuerdo con esta Póliza. Este Cuadro de Beneficios se encuentran detallados la Suma Asegurada, así como los Límites Máximos de los beneficios.

DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA: Suma de dinero pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos en la vigencia de la Póliza.

DEPORTES PROFESIONALES: Son aquellos deportes, a diferencia de amateur, en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

DESORDENES CONGÉNITOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Son trastornos estructurales o funcionales de la etapa intrauterina, o que se manifiesten desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios, que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades, sistemas o bien alteraciones funcionales.

EDAD: Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada, se refiere a la edad del Asegurado en referencia a su fecha de nacimiento.

EMERGENCIA: Condición aguda de comienzo repentino o inesperado que requiere tratamiento médico inmediato dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas y de naturaleza tal que es necesario proporcionar tratamiento inmediato caso contrario se pone en riesgo la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o de un órgano.

ENFERMEDAD: Se refiere a cualquier alteración de la salud, trastorno o condición que sufre un Asegurado, diagnosticada por un Médico y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico y cuya información está registrada, reconocida y aprobada en el campo médico.

ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA: Es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS: A cualquier equipo médico que ha sido diseñado para su uso continúo. Este incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, muletas y similares.

EXCLUSIÓN: toda condición, evento, elemento no cubierto bajo la presente póliza.
EXTRAPRIMA: prima adicional que permite amparar las enfermedades, secuelas, complicaciones y recidivas Declaradas y aceptadas por BMI
FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Es la fecha de entrada en vigor de un Asegurado a la Póliza la que se especifica en el Certificado Individual.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es la fecha de entrada en vigor de la Póliza que se especifica en la Carátula de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: Es la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

GASTOS HOSPITALARIOS: Gastos ocasionados por servicios y atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en una clínica u hospital, legalmente autorizada, por más de veinte y cuatro (24) horas, ordenadas y aprobadas por un médico.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Se refiere al cargo por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la Nacionalidad en que es suministrado.

HONORARIOS MÉDICOS: Gastos resultantes del cobro de los servicios prestados por el Médico tratante.

HOSPITAL: Es cualquier institución legalmente autorizada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra domiciliado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias, que cuenta con el personal médico y paramédico permanente, y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidro clínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano.

HOSPITAL AMBULATORIO: Instituciones autorizadas por la autoridad Nacional correspondiente como Hospital de Día, que cuenta con las instalaciones, equipo, personal médico y paramédico para dar tratamientos médicos y/o quirúrgicos que no requieren ingreso hospitalario

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: alternativa asistencial del área de salud, de carácter transitorio, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de rango hospitalario, (tanto en la calidad como en la cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando usted no precisa la infraestructura hospitalaria, pero todavía no hay una respuesta. antibioticoterapia intravenosa, curaciones mayores y fototerapia para ictericia neonatal.

LESIÓN: Es el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

LÍMITE MÁXIMO: Monto máximo por un beneficio a que tiene derecho cada Asegurado mientras se encuentre amparado por esta Póliza. El Límite Máximo por beneficio puede ser:

a. Límite Máximo Por Año Póliza: Es el monto máximo asegurado indemnizable por un beneficio determinado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza o Certificado Individual a la que tiene derecho el Asegurado durante la vigencia del Año Póliza.

b. Límite Máximo Vitalicio: Es el monto máximo asegurado indemnizable por un beneficio determinado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza o Certificado Individual a la que tiene derecho el Asegurado que se irá agotando durante todas y cada una de las vigencias de esta Póliza. Implica que la cobertura cesará una vez alcanzado el monto estipulado, sin importar las renovaciones de la presente Póliza de tal forma que de ningún modo mientras exista la Póliza o sus renovaciones el valor cubierto al amparo de este superará el límite señalado, sin tener en cuenta si la cobertura del Asegurado fue interrumpida o no.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDICAMENTE NECESARIO: Se refiere a la condición de cualquier tratamiento, servicio, o suministro médico que LA ASEGURADORA determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:
a. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la Familia de éste o del proveedor;
b. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
c. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
d. No se le reconoce médica ni científicamente;

e. Se considera como experimental y no aprobado por las sociedades medico científicas;
f. Se considera como experimental y no aprobado por las asociaciones científicas
g. Se refiere a un procedimiento estético.

MEDICAMENTOS: Son los preparados o substancias clínicamente probadas como efectivas, reconocidas por el órgano regulador farmacéutico que se requieren para el tratamiento y/o estabilización de la condición médica o para compensar ciertas sustancias del organismo.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada en el Área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos. Todo médico deber· contar con el registro médico respectivo.

NOTIFICACIÓN: Es el procedimiento por medio del cual el Asegurado informa a LA ASEGURADORA, a través de los canales de comunicación definidos por esta.

ÓRTESIS: dispositivo ortopédico que sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.
PALIATIVO: es la internación para el paciente crónico que sufre un proceso incurable, cuyo Tratamiento debe ser integral para mejorar su calidad de vida.
PANDEMIA: Epidemia extendida a muchos países, o que ataca a casi todos los individuos de un país
PAÍS DE RESIDENCIA: Se refiere al país donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año calendario o Año Póliza; o donde el Asegurado haya residido más de ciento ochenta (180) días calendario durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario mientras la Póliza esté en vigor.

PERÍODO DE CARENCIA O PERIODO DE ESPERA Tiempo comprendido entre la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado Titular y/o sus Dependientes a la Póliza y el momento en que entran en vigor las coberturas, en las Condiciones Particulares, Durante este período LA ASEGURADORA no está obligada a cubrir los gastos incurridos por estos procedimientos y/o enfermedades.

Durante este periodo dentro del cual están cubiertos únicamente Accidentes y Enfermedades Infectocontagiosas agudas que hayan ocurrido o iniciado dentro de la vigencia de la Póliza o del Certificado Individual.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS: Prescripciones o recetas de los medicamentos que se venden solamente bajo receta médica y no la de medicamentos que se pueden adquirir sin la receta de un facultativo.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: Consiste en cuestionarios de salud, evaluación médica, estudios de diagnóstico, y cualquier otro medio con que LA ASEGURADORA obtiene Información sobre la salud y estilo de vida de un propuesto asegurado para decidir si lo puede aceptar y la otorgar la respectiva prima.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: Son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicio Ambulatorio y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de veinticuatro (24) horas, o por un período de menos de veinticuatro (24) horas solamente cuando exista una operación programada o cuando el Asegurado pase la noche en el hospital. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Cuarto y Alimento Diario, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Candidiasis de la tráquea, bronquios o pulmones. 2. Candidiasis del esófago 3. Cáncer invasivo del cuello uterino. 4. Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada. 5. Criptococosis extrapulmonar 6. Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración) 7. Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar) 8. Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual) 9. Encefalopatía relacionada con el VIH 10. Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofagitis. 11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar 12. Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración). 13. Leuco encefalopatía multifocal progresiva. 14. Linfoma de Burkitt 15. Linfoma inmunoblástico (o término equivalente) 16. Linfoma primario del cerebro 17. Mycobacterium avium-intracellularae o Micobacterium Kansali, diseminados o extrapulmonares 18. Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar) 19. Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares. 20. Pneumocystis carinii. 21. Neumonía bacteriana recurrente. 22. Salmonela (no tifoidea), bacteriana recurrente 23. Sarcoma de Kaposi 24. Toxoplasmosis cerebral 25. Síndrome de consunción causado por VIH

TRATAMIENTO AMBULATORIO: Tratamiento médico o quirúrgico que no requiere hospitalización y dura menos de 24 horas

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: Tratamiento médico o quirúrgico en una institución hospitalaria con una duración superior a 24 horas

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Es el lugar de cuidado especializado intrahospitalario, dotado con recursos Idóneos humanos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico y acorde con Las disposiciones legales vigentes.

URGENCIA: Es la alteración física y / o psiquiátrica dictaminada por un médico y producida por cualquier causa con diversos grados de severidad, que se comprometen la vida o la funcionalidad de la persona y que requiere de la Atención inmediata de servicios de salud. o futuras. La urgencia en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria, que en los servicios que ofrece contemple el servicio de urgencia

Podrá entenderse cualquier evento que por ser imprevisto, y agudo que requiere de atención médica inmediata en un servicio de urgencia de una institución hospitalaria.

CLÁUSULA 7- CONDICIONES PRE-EXISTENTES

Son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencia de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada o cuya sintomatología haya iniciado antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

Las sumas pagaderas por Condiciones Preexistentes declaradas, no excluidas, serán indicadas en el clausulado y/o carátula del seguro.

Los tratamientos por Condiciones Preexistentes no declaradas no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Preexistentes no declaradas o información falsa suministrada a la Aseguradora podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

Para efectos de Cáncer preexistente se excluye, excepto cuando hayan transcurrido por lo menos cuatro (4) años contados desde el final de su tratamiento sin recaídas posteriores o recurrencia de la enfermedad para mayores de 18 años y por lo menos 2 años si es menor de edad en Colombia.

CLÁUSULA 8 -VIGENCIA

Esta póliza tendrá una vigencia anual y será renovable siempre y cuando se haya pagado la prima y se cumpla con los requisitos contractuales para su continuidad, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días calendario antes del vencimiento.

El seguro individual entrará en vigor siempre que el asegurado esté en estado activo en esa fecha cuando:

a. LA ASEGURADORA exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Aseguradora apruebe la solicitud del propuesto asegurado.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

b. Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

CLÁUSULA 9 - MONEDA

Las primas y los beneficios a que hubiere lugar serán pagadas en pesos de la República de Colombia.

CLÁUSULA 10- NOTIFICACIONES

El Asegurado o sus dependientes deben informar su domicilio a LA ASEGURADORA, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

CLÁUSULA 11-PAGO DE LA PRIMA

La prima es pagadera de acuerdo con el plazo estipulado en las condiciones particulares de la póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima como notificación al Tomador del Seguro.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Aseguradora durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Aseguradora.

La prima se liquidará a prorrata desde el momento que el asegurado propuesto es aceptado por LA ASEGURADORA, hasta el vencimiento de la anualidad de la póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás beneficiarios amparados.

CLÁUSULA 12-RECARGO POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

Esta Póliza no tiene recargo por fraccionamiento de prima.

CLÁUSULA 13 - REHABILITACIÓN

Si la Póliza ha terminado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, LA ASEGURADORA considerará la Rehabilitación de esta únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud.

No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:
A) Obtenga el pago de la prima vencida atrasada y
B) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación.

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de Rehabilitación, o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza.

CLÁUSULA 14-TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS

A) El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión del Titular de Póliza o Tomador o Asegurado Principal, en cualquier momento, mediante aviso escrito a la Aseguradora.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula del seguro.
3. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula del seguro.
4. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5. Por incumplimiento del Tomador o Asegurado de acreditar la afiliación al Plan Obligatorio de Salud de él y/o los beneficiarios, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.

Si LA ASEGURADORA recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA 15-RENOVACIÓN

El presente seguro se considera renovado por otra anualidad, con las nuevas condiciones negociadas por las partes, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente dentro de los términos establecidos en la Póliza y se cumpla con los requisitos contractuales para su renovación. El Tomador deberá por escrito manifestar la continuación del seguro por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación.

CLÁUSULA 16- ADMINISTRACIÓN

A) PAGOS DE RECLAMACIONES.

LA ASEGURADORA pagará directamente a los proveedores de servicios adscritos a su red**.** Si dadas las características del evento no es posible acceder a los servicios otorgados por la póliza en su red de proveedores y/o modelos de acceso, LA ASEGURADORA, previa autorización expresa, reembolsará al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a LA ASEGURADORA y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Asegurado Principal ya no vive, LA ASEGURADORA pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará al caudal hereditario del Asegurado Principal. Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Asegurado será hecho en la misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores por el Asegurado y únicamente cuando no puedan ser suministrados por LA ASEGURADORA.

B) DOCUMENTOS PARA RECLAMACIÓN DE REEMBOLSOS.

El asegurado o beneficiarios deberán en caso de solicitud de reembolso, presentar los documentos que acrediten la ocurrencia y la cuantía de la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio. Se podrán adjuntar, entre otros, los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación debidamente diligenciado
- Originales de las órdenes médicas
- Historia clínica
- facturas con soporte de pago de medicamentos post hospitalarias, post consulta prioritaria y post urgencia o de los servicios que haya sufragado el usuario.
- Certificación Bancaria a Nombre del asegurado que sufrago los gastos.

C) EXAMENES FISICOS.

LA ASEGURADORA, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que LA ASEGURADORA considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de LA ASEGURADORA todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Aseguradora para obtener dichos informes y expedientes.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

D) AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, LA ASEGURADORA 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. Por lo tanto, el Tomador o Asegurado principal se obliga a informar a LA ASEGURADORA, en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S. o aquella que por disposición legal sea la requerida para la adquisición de planes de seguros de salud, 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 Aseguradora 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 cambia de E.P.S. o de aquella que por disposición legal sea la requerida para la adquisición de planes de seguros de salud, deberá informar esta circunstancia a la Aseguradora. En caso de que el Asegurado deje de pertenecer al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o al de excepción, según aplique, el contrato terminará automáticamente.

E) LESIONES EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

En caso de que los asegurados de esta póliza sufran lesiones causadas en accidente de tránsito, el amparo de este contrato de seguro se afectará únicamente después de haberse agotado las coberturas propias del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT).

F) 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.
En tal sentido, El Tomador y/o Asegurado principal está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA ASEGURADORA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA ASEGURADORA, 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 o Asegurado, el contrato no será nulo, pero la Aseguradora sólo 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 consagradas en este artículo no se aplican si LA ASEGURADORA, 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

G) ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

El Titular de Póliza o Tomador, Asegurado o Beneficiario se obligan a actualizar anualmente la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás contenida en el formulario de vinculación a clientes.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, el Titular de Póliza o Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con la Aseguradora a diligenciar con datos ciertos y reales el formato

que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la vigencia del contrato que aparece en la póliza y al momento de la renovación de esta.

H) NORMAS SUPLETORIAS.

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables.

I) DOMICILIO.

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

_____

Representante Legal
BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA