

SEGURO DE SALUD INTEGRAL

HDI SEGUROS S.A., QUE EN ADELANTE SE LLAMARA "LA COMPAÑIA", EN CONSIDERACION A LA SOLICITUD DE SEGURO QUE LE HA SIDO PRESENTADA POR "EL TOMADOR", LA CUAL SE ENTIENDE INCORPORADA AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, Y CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTA POLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES Y PREVIA APLICACION DE LOS COPAGOS SEÑALADOS EN EL DETALLE DE AMPAROS, SI FUERE EL CASO, INDEMNIZARA AL ASEGURADO, HASTA POR EL LIMITE INDICADO EN EL DETALLE DE COBERTURAS, POR LOS GASTOS EN QUE ESTE INCURRA, CUANDO NECESITE SER SOMETIDO A UNA INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO MEDICO U HOSPITALARIO, COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UNA ENFERMEDAD ORIGINADA O UN ACCIDENTE OCURRIDO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA.

POR LO TANTO, LOS ACCIDENTES O ENFERMEDADES OCURRIDOS U ORIGINADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA POLIZA, POR TRATARSE DE HECHOS CIERTOS, NO SE CONSIDERAN ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1054 DEL CODIGO DE COMERCIO.

EL ASEGURADO, AL MOMENTO DE REQUERIR CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS A QUE HACE REFERENCIA ESTA POLIZA, PODRA ELEGIR LIBRE Y ESPONTANEAMENTE SI UTILIZA EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O ESTE PLAN ADICIONAL DE SALUD.

LOS GASTOS CAUSADOS POR LA ATENCION MEDICA DENTRO O FUERA DE LA RED SUGERIDA Y ADSCRITA A LA COMPAÑIA, SERAN RECONOCIDOS HASTA POR EL LIMITE INDICADO EN EL DETALLE DE COBERTURAS Y BAJO LOS TERMINOS Y CONDICIONES ESPECIALES ADELANTE EXPUESTOS. PARA EL CALCULO DE LOS REEMBOLSOS POR SERVICIOS PRETADOS POR FUERA DE LA RED, SE TENDRA EN CUENTA EL CRITERIO DE LOS VALORES USUALES Y ACOSTUMBRADOS UTILIZADOS DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO.

1. AMPAROS BASICOS

1.1 HABITACION HOSPITALARIA

- a. Habitación diaria
- b. Unidad de Cuidados Intensivos
- c. Cama Acompañante

d. Enfermera Especial

e. Hospitalización en Casa

1.2 VISITAS MÉDICAS

a. Por Tratamiento Médico Hospitalario

- b. Consultas Pre o Post-hospitalarias
- 1.3 HONORARIOS QUIRURGICOS
 - a. Honorarios de Cirujano
 - b. Honorarios de Anestesiólogo
 - c. Honorarios de Ayudante de Cirugía
- 1.4 SERVICIOS ESPECIALES HOSPITALARIOS
- 1.5 CIRUGIA AMBULATORIA O SIMPLIFICADA Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS SIN HOSPITALIZACION
- 1.6 FISIOTERAPIAS
- 1.7 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO POR ACCIDENTE
- 1.8 TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CANCER, LEUCEMIA Y SIDA
- 1.9 EXAMENES PARA DIAGNOSTICO
- 1.10 TRATAMIENTO MEDICO NO HOSPITALARIO POR ENFERMEDADES ESPECIFICAS
- 1.11 TRATAMIENTO PSIQUIATRICO
- 1.12 MATERNIDAD
- 1.13 ENFERMEDADES DE ALTO COSTO
- 1.14 PROTESIS
- 1.15 URGENCIAS

12/09/2022-1314-P-35-HDIG140409220000-DR0I
29/08/2022-1314-NT-P-35-HDIG140408220000

2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODA LA POLIZA

ESTE SEGURO NO AMPARA LOS GASTOS QUE TENGAN RELACION CON O SEAN CONSECUENCIA DE:

- 2.1 HOSPITALIZACION O TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS COMO CONSECUENCIA DE ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, REVOLUCION, REBELION, SEDICION, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, TERRORISMO, ACTOS DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O, EN GENERAL, ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE, FENOMENOS CATASTROFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDIAS CAUSADAS POR FISION O FUSION NUCLEAR.
- 2.2 LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN PROFESIONAL O POR ACCIDENTE DE TRABAJO.
- 2.3 ENFERMEDADES, ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS QUE PADEZCA EL ASEGURADO O AFILIADO, EXISTENTES ANTES DE LA CONTRATACION DEL SEGURO.

- 2.4 LA ESCLEROTERAPIA, DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL, QUERATOCONO, TRANSPLANTE DE CORNEA, ESTRABISMO DE ORIGEN CONGENITO, SUMINISTRO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO Y/O AUDÍFONOS.**
- 2.5 CIRUGIA ESTETICA, CIRUGIA PLASTICA Y CIRUGIA O TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA POLIZA. NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, NO SE RECONOCERA LA RESTITUCION DE PROTESIS DENTALES COMPLETAS O PARCIALES, IMPLANTES, RESTAURACION, ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTAL POR CUALQUIER CAUSA.**
- 2.6 ENFERMEDADES PERIODENTALES Y SUS COMPLICACIONES, ALTERACIONES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, TRANSTORNOS DE LA MORDIDA, DEL DESARROLLO MANDIBULAR O MAXILAR, CUALQUIERA QUE SEA SU ORIGEN.**
- 2.7 METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASI COMO EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO, GENERAL O POR LAPAROSCOPIA, PARA FERTILIZACION Y ESTERILIDAD, INSEMINACION ARTIFICIAL, DISFUNCION ERECTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACION IN VITRO, PRUEBAS GENETICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.**
- 2.8 TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCION A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES AUTOCAUSADAS, INTENTO DE SUICIDIO, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y PLASTIAS POR ENFERMEDADES DEL SUEÑO, ASI COMO, LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTION DE DROGAS SOMNIFERAS, BARBITURICOS, ALUCINOGENAS O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ, SALVO LO DISPUESTO EN CONTRARIO POR LAS CONDICIONES DE LOS AMPAROS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA.**
- 2.9 EL ESTUDIO, USO Y LAS CONSECUENCIAS DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MEDICO- QUIRURGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO O EL CONTROL DE PESO, PERDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PARPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMETICO EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CAMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.**
- 2.10 LOS GASTOS OCASIONADOS POR RECONOCIMIENTOS MEDICOS O EXAMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS, QUE NO SE RELACIONEN CON, O NO SEAN NECESARIOS PARA, EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA POLIZA, ASI COMO, INMUNIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, PROFILACTICAS O TERAPEUTICAS, VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLOGICOS O LOS MEDICAMENTOS NO ALOPATICOS.**

- 2.11 LESIONES SUFRIDAS POR LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN LA REALIZACION DE HECHOS PUNIBLES, DELITOS O CONTRAVENCIONES PREVISTOS EN LA LEY.**
- 2.12 LOS ACCIDENTES EN EL EJERCICIO DE PROFESIONES DEPORTIVAS, ASI COMO LOS QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACION EN PRACTICAS DE BOXEO, COMETISMO, ALPINISMO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, JUMPING Y EN GENERAL DEPORTES DE ALTO RIESGO.**
- 2.13 LA CONSECUION DE ORGANOS A TRASPLANTAR Y CIRUGIAS PARA DONACION DE ORGANOS, ASI EL DONANTE SE ENCUENTRE ASEGURADO POR LA PRESENTE POLIZA.**
- 2.14 EL SUMINISTRO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, VITAMINICOS U HORMONALES. EL SUMINISTRO DE CUALQUIER MEDICAMENTO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, PRUEBAS GENETICAS, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD Y TRATAMIENTOS DE DESENSIBILIZACIÓN POR ALERGIAS, UNGUENTOS, LOCIONES O CREMAS, EXFOLIANTES, QUERATOLITICAS, HIDRATANTES, EMOLIENTES, HUMECTANTES, LIMPIADORAS, JABONES O CHAMPUS DE CUALQUIER TIPO, PROTECTORES SOLARES, PROTECTORES O CORRECTORES DE LA DERMATOHELIOSIS O FOTOENVEJECIMIENTO O ANTIENVEJECIMIENTO.**
- 2.15 GASTOS EN SALUD POR SERVICIOS DE CUALQUIER TIPO DE MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARIA, SALVO LOS AUTORIZADOS UNICAMENTE A TRAVÉS DE LA RED MEDICA ADSCRITA.**
- 2.16 CORRECCION QUIRURGICA DE ENFERMEDAD O CONDICIÓN FIBROQUISTICA MAMARIA, MAMOPLASTIAS. CIRUGIA DE SENO POR CAUSA ESTÉTICA. BLEFAROPLASTIAS, ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN SIN RELACION CON ACCIDENTES Y LA RESECCION DE NEVUS BENIGNOS SIN RIESGO DE MALIGNIZACIÓN O SIN CAMBIOS COMPORTAMENTALES.**
- 2.17 LOS EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO CON FINES PREVENTIVOS, DE CHEQUEO O DE TAMIZAJE.**
- 2.18 AYUDAS Y ACCESORIOS ORTOPÉDICOS EN GENERAL, ORTESIS, AYUDAS ORTOPÉDICAS DE LAS LÍNEAS DE FISIOTERAPIA Y GIMNASIA, DE REHABILITACIÓN, DE COMPRESIÓN, O DE TERAPIA MAGNÉTICA, TALES COMO: SOPORTES, INMOVILIZADORES, BALONES, CAMINADORES, SILLAS DE RUEDAS, BASTONES, MEDIAS ELASTICAS O COMPRESIVAS, MULETAS, COJINES, COLCHONES, TALONERAS, CUELLOS, RODILLERAS, PLANTILLAS, ZAPATOS ORTOPÉDICOS, CABESTRILLOS, FAJAS, ENTRE OTROS.**

2.19 APARATOS O EQUIPOS ORTOPEDICOS, PROTESIS, EXCEPTO LOS INDICADOS EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES PARTICULARES O EN LOS AMPAROS ADICIONALES.

COBERTURA **LIMITACIONES** **DE**

DURANTE LOS DOCE (12) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DE ESTA POLIZA O DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA MISMA, NO SE RECONOCERAN INDEMNIZACIONES QUE TENGAN POR CAUSA CUALQUIER DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL APARATO GENITOURINARIO FEMENINO, LAS LAPAROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS EN ENFERMEDADES CRONICAS, AMIGDALECTOMÍAS, ADENOIDECTOMÍAS, CIRCUNCISIÓN, COLECISTECTOMIAS POR COLELITIASIS, COLEDOCOLITIASIS O COLECISTITIS, LITOTRIPSÍAS, HERNIORRAFÍAS, PTERIGIOS, CATARATAS, PROSTATECTOMÍAS POR HIPERPLASIA BENIGNA, NEVUS CON CAMBIOS COMPORTAMENTALES O EN RIESGO DE MALIGNIZACIÓN, VARICES EN MIEMBROS INFERIORES, HALLUX VALGUS, Y EL TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO POR EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA O POR EL ESTADO POSITIVO O DE PORTADOR DEL VIH.

LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR TRATAMIENTOS DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, NO EXCEDERÁ EN NINGÚN CASO, AL LIMITE INDICADO EN EL DETALLE DE COBERTURAS PARA ESTE AMPARO.

EL ESTRABISMO NO CONGÉNITO, LAS ENFERMEDADES DEL SUEÑO, LA SEPTOPLASTIA Y LA RINOPLASTIA Y LOS ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS, SE RECONOCERAN A PARTIR DEL TERCER AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA POLIZA. SIN EMBARGO, SI DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS ES NECESARIO EFECTUAR ALGUNA DE LAS CIRUGIAS PREVIAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, ESTAS SE INDEMNIZARÁN, SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTEN PREVIAMENTE A LA COMPAÑÍA LAS RADIOGRAFIAS DEL DIA DEL ACCIDENTE CON SUS RESPECTIVAS LECTURAS, EN LAS CUALES SE IDENTIFIQUE EL TRAUMA AGUDO.

LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR TRATAMIENTOS EN ESTADOS COMATOSOS, SERÁ HASTA DE SESENTA (60) DÍAS POR VIGENCIA ANUAL.

CUALQUIER AYUDA DIAGNOSTICA REQUERIDA POR MENOPAUSIA O PERIMENOPAUSIA, SE RECONOCERA A PARTIR DEL TERCER AÑO DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL SEGURO.

CONDICIONES GENERALES

3. DEFINICIONES

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

3.1. Tomador. Es la persona natural que contrata el seguro y que actúa por cuenta propia o ajena.

3.2. Afiliado. Es la persona natural que pertenece al Grupo Asegurable.

3.3. Asegurados. Son las personas indicadas como tales en la relación adjunta a la póliza.

3.4. Grupo Asegurable. Es el grupo familiar conformado por:

- a. El Asegurado Principal (cabeza de familia)
- b. El cónyuge o compañero(a) permanente del Asegurado Principal
- c. Los hijos solteros dependientes económicamente del Asegurado Principal.
- d. Los padres del Asegurado Principal.
- e. Los hermanos solteros dependientes económicamente del Asegurado Principal.

3.5. Edades. Podrán ingresar a la Póliza las personas que pertenezcan al grupo asegurable menores de sesenta y cinco (65) años con permanencia indefinida.

3.6. Período de Inscripción. El ingreso a la póliza de nuevos asegurados que no fueron inscritos desde la iniciación del contrato se hará de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador, previo cumplimiento de los requisitos de

asegurabilidad solicitados por la Compañía.

3.7. Hospitalización. Es la permanencia en un establecimiento hospitalario, por enfermedad o accidente, siempre que acuse pensión hospitalaria.

3.8. Hospitalización en casa: Es la permanencia médicamente recomendada y autorizada en la casa del paciente y bajo supervisión médica, con el fin de continuar el tratamiento médico en un ambiente familiar y seguro para otros riesgos, aunque aún pueda atenderse en un establecimiento hospitalario, por enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.

3.9. Médico. Significa el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades médicas o quirúrgicas.

3.10. Odontólogo. Significa el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades odontológicas.

3.11. Urgencia Odontológica. Es la alteración de la integridad física, funcional y psíquica causada por factores de origen dental, con diferentes grados de complejidad, que comprometan la funcionalidad del individuo y que requiera de la atención inmediata de servicios de salud oral para eliminar el dolor a través de drenaje de abscesos o descompresión de cavidad, obturación temporal, pulpectomía o el control de hemorragias post- exodoncias.

3.12. Enfermera. Significa la profesional legalmente autorizada para la práctica de la enfermería.

3.13. Hospital o Clínica. Significa cualquier establecimiento legalmente registrado y

autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.

3.14. Enfermedad. Es la alteración de la salud no ocasionada por accidente, según diagnóstico médico.

3.15. Accidente. Es el hecho externo, violento, visible y fortuito que produzca en la integridad física del Asegurado, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento. Para efectos de la cobertura del tratamiento odontológico por accidente, no se considera accidente, las lesiones dentales provocadas al masticar alimentos, cuerpos extraños o sólidos de cualquier tipo.

3.16. Cáncer. La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un incontrolado crecimiento, diseminación de células malignas e invasión de tejidos o leucemia. El diagnóstico de cáncer tendrá que ser dado por médico legalmente autorizado para practicar anatomía patológica o por laboratorista especializado, debida y oficialmente registrado como tal.

El patólogo debe establecer el diagnóstico con base en los criterios de malignidad normalmente aceptados por las asociaciones patológicas, después de estudiar microscópicamente la composición histológica de una muestra del tumor, del tejido sospechoso o de una preparación hemática, tomadas del paciente en vida o después de su muerte.

3.17. Copago: Es el monto que el asegurado debe pagar al momento de recibir

ciertos servicios médicos como: urgencias, consultas médicas o exámenes de diagnóstico. Esta suma se estipula en la carátula de la póliza. Cuando el pago se hace vía reembolso, esta suma se descuenta del valor a indemnizar.

3.18. Consulta Médica: Es la atención brindada por un médico general, médico familiar o especialista, en su consultorio con fines diagnósticos y terapéuticos.

3.19. Período de Acumulación: Para las reclamaciones fuera de la red, comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o serie de causas relacionadas entre sí, que se realicen dentro de ciento veinte (120) días continuos contados desde la fecha en que se inició la primera hospitalización.

Durante dicho período, la Compañía, pagará los gastos hospitalarios en que efectivamente se incurra por parte del Asegurado, por los conceptos descritos en los Amparos Básicos de esta Póliza y limitados a los beneficios máximos del Seguro por Período de Acumulación.

Si pasados ciento veinte (120) días, el Asegurado permanece hospitalizado y ésta Póliza no se renovare, el Período de Acumulación culminará el día de la salida del hospital o clínica o cumplidos los ciento veinte (120) días del Período de Acumulación, lo que ocurra primero. Si la Póliza es renovada, los amparos básicos se restablecerán automáticamente a partir del inicio de la nueva

vigencia. acuerdo con el detalle de coberturas, condiciones, y limitaciones que en ellos se expresan, siempre **3.20. Tarifas normales, usuales y acostumbradas:** Es que la hospitalización ocurra durante la vigencia de el valor razonable y acostumbrado que cobrarían la Póliza.

la mayoría de Instituciones Prestadoras de Salud o los Médicos con la misma especialidad, por un **4.1. HABITACION HOSPITALARIA.**

servicio igual o similar, dentro de la zona geográfica local del territorio colombiano. **4.1.1. Habitación diaria.**

3.21. SIDA: Para efectos de este seguro, se entiende Por este concepto, la Compañía reconocerá los por síndrome de inmunodeficiencia humana gastos que se causen por pensión diaria en adquirida, el trastorno de la inmunidad habitación ordinaria unipersonal o compartida, caracterizado por infecciones oportunistas, (incluye habitación, dieta alimenticia, servicio neoplasias malignas y disfunciones neurológicas, general de enfermería) como consecuencia de una atribuibles a la presencia confirmada del virus de la hospitalización, iniciada durante la vigencia de esta inmunodeficiencia humana. Póliza y sin exceder el límite indicado para el efecto en el detalle de coberturas que aparece en la

Para hacer efectiva la cobertura de este contrato, póliza. se amparará a los asegurados que reúnan las siguientes condiciones: **4.1.2. Unidad de Cuidados Intensivos.**

Que el contagio, el primer resultado positivo de La Compañía reconocerá por este concepto, laboratorio y la prueba confirmatoria de western cuando así lo requiera cualquiera de los blot, hayan ocurrido dentro de la vigencia de la Asegurados, los gastos incurridos como póliza. Es decir, que el contagio o el primer consecuencia de hospitalización en la Unidad de resultado positivo de laboratorio o la prueba Cuidados Intensivos hasta la suma máxima confirmatoria de western blot, no hayan sido indicada en el detalle de coberturas que aparece establecidas antes del inicio del este contrato. en la póliza.

En este evento de reembolso por Unidad de Que el recuento de linfocitos cd4 correspondan a Cuidados Intensivos, no se reconocerán los criterios diagnósticos para SIDA. simultáneamente los gastos por Habitación Diaria.

Que el primer diagnóstico con su confirmación respectiva haya ocurrido después del primer (1)

4.1.3. Cama de Acompañante.

año de vigencia ininterrumpida del contrato. Cuando el Asegurado requiera el servicio de una cama extra para acompañante, la Compañía

Su cobertura se hará efectiva una vez superado el reconocerá los gastos de un tercero para período mínimo de vigencia ininterrumpida de 1 acompañar al paciente, hasta la suma indicada año y la cobertura por los gastos incurridos dentro para el efecto en el detalle de coberturas que o fuera de la red, estará limitada a valores aparece en el detalle de la póliza. Si el asegurado establecidos en la carátula de la póliza. hospitalizado no requiere de este servicio, podrá utilizar esta suma en adición al valor indicado en el **4. DEFINICION DE AMPAROS BASICOS** detalle de coberturas para gastos por habitación

diaria.

Si durante la vigencia de esta Póliza, cualquiera de

los Asegurados requiere atención médica a causa **4.1.4. Enfermera Especial.** de una enfermedad o sufre un accidente que requiera hospitalización, la Compañía pagará los También la compañía reconocerá los gastos gastos en que efectivamente incurra como

necesarios si durante una hospitalización o cirugía consecuencia de dicha enfermedad o accidente el Asegurado requiere, por prescripción médica, por los conceptos indicados a continuación, de del cuidado especial de una enfermera, para lo cual se reconocerá hasta la suma diaria indicada en el detalle de Coberturas de la Póliza para este **4.2.1.**

Por tratamiento médico hospitalario. efecto.

Para los casos de tratamiento médico hospitalario

4.1.5. Hospitalización en Casa que no requiera de intervención quirúrgica, se reconocerán hasta dos visitas diarias los primeros

Prevía solicitud médica y autorización de la cinco (5) días de hospitalización y, del sexto (6º) Compañía, y bajo el consentimiento del paciente día en adelante, se reconocerá una visita por cada asegurado o del acudiente en caso de ser un día de hospitalización, siempre hasta el monto menor de edad, la Compañía conviene en máximo indicado para cada una de ellas en el reembolso bajo este amparo los gastos médicos **Detalle de la Póliza.**

incurridos por el tratamiento médico hospitalario en casa, los cuales comprenden los siguientes Parágrafo: Tratamientos médicos hospitalarios conceptos: **simultáneos:**

Sí durante la hospitalización y como consecuencia

Enfermería y Auxiliar de enfermería de complicaciones debidas a la intervención

Insumos de carácter hospitalario quirúrgica, o por cualquier otra enfermedad no Oxígeno terapia quirúrgica, el asegurado requiere atención médica

Fisioterapia y Terapia respiratoria por parte de uno o varios especialistas distintos del médico tratante, además de los honorarios de este

Atención médica domiciliaria

o del cirujano (de acuerdo con el detalle de

Esta protección tendrá un número continuo o honorarios quirúrgicos), la compañía pagará una discontinuo máximo de días de cobertura por (1) visita médica por especialidad, mientras la semestre, para casos agudos y para casos persona permanezca especializada, sin exceder crónicos o irreversibles, de acuerdo con lo de tres (3) visitas diarias y hasta el monto máximo estipulado en el detalle de coberturas que forma indicado para cada una de ellas en el detalle de la parte integrante del presente contrato. **póliza.**

Ningún beneficio será pagadero bajo esta póliza **4.2.2. Consultas Médicas Pre o Postpor hospitalarias.** este amparo por la atención prestada por

familiares médicos del paciente asegurado, o por

cuidados médicos innecesarios. Siempre que sea necesario que el Asegurado reciba atención médica antes y/o después de una

El reembolso de tales gastos estará sujeto al hospitalización, la Compañía reconocerá hasta amparo de Servicios Especiales Hospitalarios y tres (3) visitas médicas hasta por el monto máximo

Visitas Médicas definidos para el amparo básico. indicado para cada una de ellas en el detalle de la

Póliza, las cuales podrán ser utilizadas por el

4.2. VISITAS MÉDICAS. Asegurado de acuerdo con su necesidad en el evento específico.

La Compañía pagará los honorarios médicos que se causen por cada visita que se haga al **4.3. HONORARIOS QUIRURGICOS.**

Asegurado, durante la vigencia de la Póliza sin exceder, en ningún caso, del número máximo de **4.3.1. Honorarios de Cirujano.**

visitas señalado y hasta el límite indicado en el detalle de Coberturas que aparece en la póliza. La Compañía pagará los gastos que se causen por Esta Póliza no ampara las consultas telefónicas ni honorarios profesionales de médicos cirujanos aquellas en las cuales el médico no examine al autorizados para el ejercicio de su profesión, por Asegurado y además las que no conduzcan o concepto de intervenciones quirúrgicas que se formen parte de un tratamiento médico o quirúrgico hayan practicado al Asegurado durante la vigencia hospitalario, cubierto por esta Póliza. de esta Póliza y, que serán pagados de acuerdo con los límites máximos estipulados para cada

intervención quirúrgica en el detalle de Honorarios procedimiento que figura en dicho detalle. Quirúrgicos de la compañía que forma parte integrante de esta Póliza. Si la intervención practicada no figura en el detalle de Honorarios Quirúrgicos, el porcentaje a aplicar El detalle de Honorarios Quirúrgicos es una será igual al indicado para la operación con la que relación de cirugías clasificadas con indicación de más se identifique de las que allí aparecen, según un porcentaje para cada una de ellas. El valor acuerdo entre el cirujano y el Director Médico de la máxima de honorarios que reconocerá la Compañía. Compañía por cada intervención quirúrgica, se determinará aplicando el porcentaje indicado en Nota: En ningún caso los honorarios quirúrgicos, dicha detalle, al valor expresado para Honorarios por cualquiera de los conceptos amparados, de Cirujano que se encuentra en el detalle de podrán exceder las tarifas usuales y Coberturas de la Póliza, siendo dicho valor el acostumbradas o del mercado, o las sugeridas por Beneficio Máximo pagadero por este concepto. la respectiva Sociedad Médica Colombiana o agremiación.

Cuando dos o más cirugías sean practicadas en un mismo campo operatorio o a través de la misma **4.3.2. Honorarios de Anestesiólogo.**

incisión y durante el mismo acto quirúrgico, la Compañía reconocerá los gastos, en que incurra el La Compañía reconocerá por concepto de Asegurado de acuerdo con el detalle de honorarios de anestesiólogo, una suma Honorarios Quirúrgicos en la siguiente forma: De equivalente al resultado de aplicar el porcentaje todas las cirugías practicadas se pagará hasta la señalado en el detalle de Coberturas de la Póliza totalidad del porcentaje de la operación que, a su para este amparo, sobre el monto de Honorarios vez, tenga el porcentaje más alto en el detalle de de Cirujano calculado conforme se describe en el Honorarios Quirúrgicos; hasta el 75% del punto anterior, teniendo en cuenta el detalle de porcentaje de la operación que siga en su orden a Honorarios

Quirúrgicos. Se reconocerá como la anterior; para la tercera y siguientes hasta el máximo el porcentaje indicado en el detalle de 50% de los porcentajes señalados en el mismo Coberturas de la Póliza.

detalle, sin sobrepasar, en el monto de todas ellas, dos veces el límite máximo del amparo de

4.3.3. Honorarios de Ayudante de

Cirugía

Honorarios Quirúrgicos por Período de Acumulación. La Compañía reconocerá por concepto de honorarios de ayudantía, una suma equivalente al

En caso de un accidente o enfermedad que resultado de aplicar el porcentaje señalado en el requiera varias intervenciones quirúrgicas que detalle de Coberturas de la Póliza para este afecten distintos campos operatorios, cada una de amparo, sobre el monto de Honorarios de Cirujano ellas se pagará independientemente, de acuerdo calculado conforme se describe en el punto con el porcentaje estipulado en el detalle de anterior, teniendo en cuenta el detalle de Honorarios Quirúrgicos sin que la suma total Honorarios Quirúrgicos. Se reconocerá como sobrepase dos veces el límite máximo del amparo máximo el porcentaje indicado en el detalle de de Honorarios Quirúrgicos por Período de Coberturas de la Póliza.

Acumulación.

Cuando una operación se realiza en dos o más

4.4. SERVICIOS ESPECIALES

HOSPITALARIOS.

etapas, se considerará como una sola intervención Comprende los gastos ocasionados durante la quirúrgica. hospitalización, y que sean necesarios para el

cuidado y tratamiento del Asegurado mientras

En caso de presentarse una intervención

permanezca hospitalizado, tales como suministros

quirúrgica bilateral y no se encuentre definida o insumos necesarios para la recuperación del como tal en el detalle de Honorarios Quirúrgicos, paciente, derechos de sala de cirugía o de se agregará un 40% de lo que corresponda al

recuperación, material de cirugía, ayudas diagnósticas, medicamentos alopáticos, transfusiones de sangre, tratamiento de radioterapia, radium o isótopos, oxígeno, instrumentación, ambulancia terrestre en caso de emergencia, y alquiler de aparatos ortopédicos.

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

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

Restablecimiento Automático

Cuando el Asegurado permanezca hospitalizado ininterrumpidamente por más de treinta (30) días en institución

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

4.5. CIRUGIA AMBULATORIA O SIMPLIFICADA Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS SIN HOSPITALIZACION.

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

4.6. FISIOTERAPIAS.

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

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

4.7. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO POR ACCIDENTE.

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

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

4.8. TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CANCER, LEUCEMIA Y SIDA.

La Compañía reconocerá, por períodos de ciento ochenta (180) días contados a partir del momento del diagnóstico positivo del cáncer, leucemia o Sida, hasta la suma indicada en el detalle de Coberturas de la Póliza para este amparo, los gastos en que efectivamente incurra el Asegurado dentro o fuera de la red médica, por consultas médicas, las ayudas diagnósticas simples de laboratorio clínico, ayudas diagnósticas en radiología, terapias, medicamentos alopáticos, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia y similares.

Los honorarios del quimioterapeuta, radioterapeuta o cobaltoterapeuta, no podrán superar el veinticinco por ciento (25%) del valor asegurado para este

amparo por cada período de ciento ochenta (180) días.

4.9. EXAMENES PARA DIAGNOSTICO.

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

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

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

Honorarios Profesionales como se describe en el punto precedente.

4.10. TRATAMIENTO MEDICO NO HOSPITALARIO POR ENFERMEDADES ESPECIFICAS.

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

4.11. TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

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

4.12. MATERNIDAD.

Este beneficio podrá ser utilizado por todas las mujeres que formen parte del grupo familiar, ya sea por la Asegurada Principal, la Cónyuge o compañera permanente del Asegurado Principal y las hijas del Asegurado principal, para el cuidado prenatal, la atención del

parto, valoración del recién nacido y complicaciones del embarazo, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de 30 días de haber ingresado la asegurada a la póliza y, que desde la fecha de inicio del embarazo, permanezca asegurado en la póliza todo el grupo familiar.

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

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

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

Póliza para este amparo, el porcentaje que el aparezca en el detalle de Honorarios período del embarazo. Quirúrgicos de conformidad con el

procedimiento realizado.

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

- a. **Gastos por día de hospitalización:** Se reconocerá hasta la suma estipulada para este b. amparo en el detalle de Coberturas de la Póliza c. y mientras la Asegurada permanezca d. hospitalizada.
- b. **Honorarios Profesionales:** Se reconocerá como máximo la suma que resulte de aplicar al valor indicado en el detalle de Coberturas de la Cuatro ecografías.

Dos monitoreos fetales.

Exámenes de laboratorio de control prenatal tales como; cuadro hemático, serología, parcial de orina, glicemia y toxoplasma, inmunoglobulina G. Y M., y rubeola entre otros.

Estos beneficios se consideran para y por todo

4.12.3. Auxilio de Maternidad

- c. **Honorarios de Anestesiólogo y Ayudantía Quirúrgica:** De este beneficio gozará la Asegurada que, La Compañía reconocerá como teniendo vigente este amparo conforme a las máximo el valor indicado en el detalle de Condiciones Generales, exclusiones y limitaciones Coberturas que aparece en la Póliza, para este de este Seguro de Salud, no presente reclamación amparo, por honorarios de anestesiólogo y alguna, por ningún concepto, bajo la cobertura de ayudante de cirugía. maternidad. El valor a reconocer por este concepto será el indicado en el detalle de Coberturas de este

- d. **Servicios Especiales Hospitalarios:** Se contrato. reconocerá hasta la suma indicada en el detalle

de Coberturas para este amparo. **4.12.4. Cobertura Automática y de Enfermedades Congénitas para los Hijos**

Parágrafo: Complicaciones del embarazo

Nacidos durante la Vigencia de la Póliza.

Cualquier complicación que se presente como Los hijos de las aseguradas nacidos durante la consecuencia de un embarazo y que requiera de vigencia de este Seguro, se cubren una hospitalización, estará cubierta por el amparo automáticamente, sin cobro de prima adicional, básico

de Servicios Especiales Hospitalarios y no bajo las coberturas básicas de la Póliza incluyendo por este amparo de Maternidad. las enfermedades congénitas, siempre y cuando su nacimiento sea notificado a la Compañía dentro

4.12.1. Valoración del Recién Nacido de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de ocurrencia del nacimiento y gozarán de

La Compañía reconocerá hasta el valor indicado tal cubrimiento desde dicha fecha hasta el en el detalle de Coberturas para este amparo por momento de terminación de la vigencia anual en concepto de la primera valoración pediátrica, curso de este seguro.

realizada dentro de la sala de partos, al recién

nacido. La cobertura de este amparo automático no operará en los casos en que exista extinción o

4.12.2. Control Prenatal terminación del seguro entre el momento de la inclusión del recién nacido y cualquier tratamiento Se reconocerán por este beneficio y hasta la suma médico o quirúrgico, que sea consecuencia de un indicada en el detalle de Coberturas de esta Póliza, padecimiento congénito.

para este amparo, por una sola vez, los gastos en

que incurra la Asegurada, durante el período **4.13. ENFERMEDADES DE ALTO COSTO** comprendido desde la concepción hasta el

alumbramiento por concepto de:

4.13.1 COBERTURAS

a. Una visita de control mensual al obstetra, con La Compañía indemnizará los gastos en que un máximo de diez (10) consultas. incurra el Asegurado, cuando requiera ser sometido a una intervención quirúrgica o tratamiento médico u hospitalario, como Quedan excluidos de esta cobertura los consecuencia directa y exclusiva de una tratamientos ambulatorios para el manejo del enfermedad de alto costo, definida como aquella trauma mayor.

que representa una alta complejidad técnica en su

manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja

4.13.5 EXCLUSIONES

efectividad en su tratamiento, siempre y cuando se hayan agotado los límites indicados en el seguro En adición a las exclusiones indicadas en las para los amparos básicos de hospitalización o condiciones generales de la póliza, este amparo cirugía y el amparo adicional de gastos médicos adicional, de manera particular, no cubre los mayores y hasta por el límite indicado en el detalle gastos por tratamiento psicológico o psiquiátrico de coberturas de la póliza para este amparo, de que pueda necesitar el asegurado como manera exclusiva para las siguientes consecuencia de las enfermedades cubiertas por enfermedades: el presente amparo adicional.

a. Insuficiencia Renal Crónica. También quedan excluidos de este amparo

b. Manejo del trauma mayor. adicional los excedentes originados por cama de

c. Cirugía del sistema nervioso central y acompañante, enfermera especial excedentes no periférico. cubiertos por el amparo de gastos médicos

d. Tratamiento quirúrgico para mayores.

enfermedades cardiovasculares.

e. Reemplazo articular de cadera. **4.14 LIMITACIONES DE COBERTURA** f. Trasplante de Organos.

g. Manejo del Gran Quemado.

Atención en el Exterior

En el evento en el cual, una cirugía y/o tratamiento

4.13.2. Honorarios Profesionales: Quedan médico amparado por esta Póliza bajo el presente incluidos bajo este concepto los honorarios por Amparo, sea programado para ser efectuado en el visitas médicas, intervenciones quirúrgicas, de exterior, el Asegurado deberá notificar anesthesiólogo y ayudantía. previamente a la Compañía para que ésta imparta su autorización, la cual dependerá, únicamente, de **4.13.3. Servicios Especiales Hospitalarios:** que los recursos médicos necesarios no existan en

Comprende los gastos ocasionados durante la el país y, en tal caso, los gastos generados por la hospitalización en habitación estándar y/o Unidad cirugía o tratamiento se reconocerán de acuerdo de Cuidados Intensivos, para el cuidado y con los límites de este amparo al 80%. tratamiento del asegurado mientras permanezca

hospitalizado, tales como derechos de sala de

Cuando el Asegurado no avise oportunamente a la cirugía, insumos médicos, material de cirugía, Compañía para que ésta dé su autorización, el exámenes de laboratorio y exámenes especiales reembolso de los gastos pagados por el de diagnóstico, radiografías, medicamentos Asegurado se efectuará hasta por el 50%, una vez alopáticos, oxígeno e instrumentación. liquidado el reclamo bajo los límites normales de

este amparo adicional.

4.13.4. Gastos por atención ambulatoria: Por

este concepto la Compañía reconocerá los gastos

En ambos casos el Asegurado deberá acompañar en que efectivamente incurra el Asegurado, su reclamación con un resumen detallado sobre la durante los noventa (90) días siguientes a la salida cirugía o tratamiento emitido por la institución

del hospital, con ocasión de las visitas médicas, donde fue atendido o por el médico tratante, medicamentos alopáticos, exámenes de facturas originales debidamente discriminadas y laboratorio, ayudas diagnósticas, infiltraciones, canceladas, las órdenes expedidas por el médico fisioterapia y terapia respiratoria, relacionados con tratante y demás documentos suficientes para una de las enfermedades descritas.

demostrar el derecho a la indemnización, sin perjuicio de lo previsto por el artículo 1077 del Código de Comercio. tratamiento de las complicaciones, en caso de presentarse y los controles post-operatorios.

Valor Asegurado

4.15.5 Reemplazo Articular de Cadera: Es el

El límite de valor asegurado indicado en el detalle reemplazo de la articulación femoral con material de Coberturas que aparece en la Póliza para este sintético, con el fin de recuperar su capacidad amparo será por vigencia anual y por Asegurado, funcional. Para los efectos de la

cobertura de este sin que haya lugar a restablecimiento automático. anexo quedan incluidos las prótesis, el manejo de las complicaciones y el control post-operatorio.

Período de Carencia

4.15.6 Trasplante de Órganos: Por este

Para los efectos de este amparo se establece un concepto se entiende el implante de un órgano o período de carencia de tres (3) meses contados a componente anatómico en el organismo, con el fin partir de la fecha de iniciación de vigencia del de restaurar una función orgánica gravemente presente amparo o del ingreso del Asegurado al deteriorada e irreversible en su recuperación. mismo, período durante el cual no se tiene derecho Debe ser realizado en un hospital o clínica de III ó a los beneficios de este amparo adicional. IV nivel de complejidad de atención, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados **4.15 DEFINICION DE AMPAROS** por las entidades estatales de vigilancia de los

servicios de salud.

4.15.1 Insuficiencia Renal Crónica: Es el fallo

total, crónico e irreversible de ambos riñones y que Para los efectos de este amparo adicional, el como consecuencia de ello deba efectuarse trasplante de órganos donados por un ser humano trasplante de riñón o diálisis renal o peritoneal vivo o fallecido, previa autorización de la regularmente. Para efectos de la cobertura de este Compañía, se circunscribe a los siguientes anexo, queda entendido que únicamente se órganos: Riñones, Corazón, Médula Ósea, amparan los gastos por los honorarios Hígado, Páncreas, Corazón y Pulmones. Incluye profesionales de la diálisis, insumos y alquiler de los gastos por complicaciones y el tratamiento equipos. ambulatorio requeridos dentro de los noventa (90)

días siguientes al acto quirúrgico del trasplante.

4.15.2 Trauma Mayor: Es la lesión física o

química que compromete el sistema vital y que de Incluye también el reimplante de un nuevo órgano no ser atendida en forma inmediata pelagra la vida por el rechazo del órgano trasplantado del paciente, o puede generarse un daño inicialmente. El retrasplante será considerado un irreversible en su estructura orgánica o producirse mismo evento con relación al primer trasplante. una disfunción permanente.

También se ampararán los gastos en aerolínea

4.15.3 Cirugía del Sistema Nervioso Central y comercial clase económica, incluyendo los de un **Periférico:** Es el procedimiento quirúrgico acompañante, cuando el trasplante deba efectuado a los órganos contenidos en la bóveda realizarse en una ciudad diferente a la de la craneana y en el canal raquimedular. Este anexo residencia del asegurado o los gastos de se extiende a cubrir, además del procedimiento transporte de sus restos, en caso de fallecimiento, quirúrgico, el tratamiento de complicaciones y los hacia la ciudad de su última residencia.

controles post-operatorios durante los treinta (30) días siguientes al procedimiento quirúrgico. La Compañía también reconocerá los gastos de estudios previos, siempre y cuando concluyan en

4.15.4 Tratamiento Quirúrgico para un trasplante, hasta una suma igual al cuatro por Enfermedades Cardiovasculares: Comprende el ciento (4%) del valor asegurado contratado para procedimiento quirúrgico del corazón y de los este amparo. grandes vasos. Para los efectos de este anexo se

Para los gastos de extracción del órgano se reconocerá el veinte por ciento (20%) del valor de la cobertura

otorgada por este amparo y hasta el diez por ciento (10%) de la misma para el transporte del órgano o del donante.

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

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

4.16 PROTESIS.

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

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

4.17. Urgencias.

Prevía cancelación del copago anualmente estipulado por la compañía, en caso de que el Asegurado requiera

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

4.17.1. Urgencias Fuera de la red.

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

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

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

Si la evaluación no deriva en hospitalización o no es requerida la cama de observación, o no se practican procedimientos médico quirúrgicos o no

es clasificada como urgencia médica por la línea de asistencia médica HDI, se dará aplicación al caso por los conceptos de Consulta Externa.

Si no se tiene contratado este amparo adicional y la atención no deriva en hospitalización o no es requerida la cama de observación, o no se practican procedimientos médico quirúrgicos o no es clasificada como urgencia médica

por la línea de asistencia médica HDI, la Compañía no reconocerá ninguno de los gastos sea cual fuere su concepto y en tal caso, el Asegurado se obliga a reembolsar a la Compañía los valores que por su cuenta haya pagado al Centro Asistencial, si fuere el caso.

5 SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL Y LIMITE DE RESPONSABILIDAD

de salud le suministre toda información

La suma asegurada por cada persona asegurada relacionada con la misma. Asimismo, el asegurado se determinará de acuerdo con la forma indicada deberá tener vigente al momento del siniestro el en la carátula de la Póliza y ella representará, el Plan Obligatorio de Salud suscrito con una entidad límite de responsabilidad de la Compañía respecto promotora de salud (EPS). de cada persona asegurada y por cada evento,

entendiendo evento, como un estado de **Reclamación:** Una vez se haga exigible el enfermedad con sus complicaciones, recidivas y reembolso en los términos de la presente Póliza, el enfermedades asociadas, generadas o manifiestas Tomador, el Afiliado o el Asegurado, deberá en la misma hospitalización, o que causen presentar a la Compañía la reclamación, diferentes hospitalizaciones durante la vigencia de acompañada de las facturas médicas y la Póliza. hospitalarias en originales, debidamente discriminadas, sin perjuicio de lo previsto para el

6 CALCULO Y PAGO DE LA PRIMA

efecto por el artículo 1077 del Código de Comercio.

El Tomador o el Asegurado están obligados a La Compañía podrá solicitar adicionalmente pagar el importe de la prima dentro de los treinta segundas opiniones médicas, las lecturas y (30) días calendario siguientes contados a partir de resultados de exámenes de diagnóstico, la fecha de iniciación de la vigencia de la presente laboratorio y rayos X, historias clínicas u póliza. odontológicas, placas radiográficas odontológicas, registro civil de defunción, fotocopia de la cédula

En caso de expedición de anexos a la póliza que de ciudadanía, registro civil de nacimiento, impliquen el pago de una prima adicional, tal pago resultados de anatomías patológicas y pruebas deberá efectuarse dentro de los treinta (30) días hematológicas y certificados de indemnización de calendario siguientes contados a partir de la fecha otras Aseguradoras, si lo considera necesario. de iniciación de vigencia del correspondiente anexo. Cuando se presente el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, a la reclamación se deberán

La mora en el pago de la prima de la Póliza o de adjuntar las facturas en original de los gastos de entierro o cremación, debidamente discriminadas, los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación si se tiene contratado el amparo adicional de

automática del Contrato, y dará derecho a La gastos de exequias. Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión **Pago de la Indemnización** de la expedición del Contrato.

La Compañía efectuará el pago de la

Previo acuerdo expreso entre las partes, en indemnización a que está obligada por la presente cualquiera de los aniversarios de la Póliza, el Póliza, por conducto del Tomador, al Asegurado o Tomador puede optar por el pago semestral, a los Beneficiarios, o directamente a estos, dentro trimestral o mensual de la prima de común acuerdo del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado con la Compañía, pagando el recargo de prima o los Beneficiarios, según sea el caso, le acrediten, correspondiente. en los términos del Artículo 1077 del Código del

Comercio, la ocurrencia del siniestro y su cuantía,

7 RECLAMACION Y PAGO DEL SINIESTRO si a ello hubiere lugar.

El asegurado autoriza expresamente a HDI para **8 COEXISTENCIA DE SEGUROS** solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier Cuando cualquier Asegurado tuviere antes de siniestro. Además, autoriza a HDI para que la asegurarse, un seguro que cubra los mismos riesgos de éste o lo contrate después de clínica, centro hospitalario o cualquier institución estar asegurado bajo esta Póliza, deberá comunicarlo

por escrito a la Compañía dentro de los diez (10) días hábiles a partir de su celebración. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

En caso de presentarse la coexistencia de seguros, la Compañía pagará la indemnización, teniendo en consideración los seguros coexistentes, en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos y sin exceder su responsabilidad de los límites establecidos como Amparos Básicos del seguro por Período de Acumulación o los Amparos Adicionales.

9 RETICENCIA O INEXACTITUD

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

Compañía. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía, la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador o el Asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o del Asegurado, el contrato no será nulo pero la Compañía sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la prima estipulada en el contrato

represente con respecto a la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

10 PRUEBAS MEDICAS

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

11 RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA POR EL SERVICIO

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

12 AMBITO TERRITORIAL

La responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza se limita a los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, realizados dentro de la República de Colombia. Tratándose de eventos por causa de accidentes o urgencia vital por enfermedad que se presenten en territorio extranjero, la Compañía reembolsará tales gastos, sin exceder su responsabilidad por cada amparo de los mencionados en la Póliza, bajo el criterio fuera de la red, a las tarifas normales, usuales y

acostumbradas, aplicables en Colombia.

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

13 REVOCACION

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

No obstante, lo anterior si La Compañía determinare revocar el seguro al tiempo en que la República de Colombia entrare en guerra, declarada o no, durante el tiempo de desarrollo de tal guerra el plazo

de revocación será indefectiblemente de diez (10) días calendario.

14 CONDICIONES DE LEY

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

15 NOTIFICACIONES

16 DOMICILIO

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

17 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD El gasto de los requisitos médicos de asegurabilidad van por cuenta del aspirante del seguro.

AMPAROS ADICIONALES

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

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

1. GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Para los gastos incurridos fuera de la red, este amparo comprende los excedentes de los gastos

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

médicos en los cuales incurre el Asegurado como consecuencia de un tratamiento médico hospitalario y/o quirúrgico, los cuales, por los límites de las coberturas básicas, no han sido

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

reconocidos en su totalidad por la Póliza Básica.

Definiciones

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

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

1.3. Amparos

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

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

1.4. Gastos por habitación diaria

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

1.5. Unidad de Cuidados Intensivos

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

1.6. Servicios Hospitalarios, Quirúrgicos, Médicas, Anestesiólogo y de Ayudantía Quirúrgica. Especiales Honorarios de

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

Derechos de Sala de Operaciones, Material de Cirugía, Exámenes de Laboratorio, Ayudas Diagnósticas, Medicamentos, Sangre, Transfusiones, Ambulancia Terrestre (cuando la ordene el médico), Oxígeno, Instrumentación,

Alquiler de Aparatos Ortopédicos, Honorarios de Anestesiólogo y de Ayudantía, Honorarios Quirúrgicos y gastos por Visitas Médicas.

2. GASTOS DE EXEQUIAS.

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

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

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

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

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

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

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

3. CONSULTA EXTERNA.

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

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

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

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

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