

# SEGURO COLECTIVO DE SALUD

HDI SEGUROS S.A., QUE EN ADELANTE SE LLAMARA "LA COMPAÑÍA", EN CONSIDERACIÓN A LA SOLICITUD DE SEGURO QUE LE HA SIDO PRESENTADA POR "EL TOMADOR", A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES Y LOS EXÁMENES MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO O DE LABORATORIO DE LOS ASEGURADOS, TODO LO CUAL SE ENTIENDE INCORPORADO AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS Y CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA Y SUS AMPAROS ADICIONALES, INDEMNIZARA AL ASEGURADO POR LOS GASTOS EN QUE ESTE INCURRA CUANDO NECESITE SER SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO MÉDICO U HOSPITALARIO, COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UNA ENFERMEDAD ORIGINADA O UN ACCIDENTE OCURRIDO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

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

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

## 1. AMPAROS BÁSICOS

### a. HABITACION HOSPITALARIA

Habitación diaria  
Unidad de Cuidados Intensivos Cama Acompañante  
Enfermera Especial

### b. VISITAS MEDICAS

Por Tratamiento Médico Hospitalario Consultas Pre-hospitalarias Consultas Post-hospitalarias

### c. HONORARIOS QUIRÚRGICOS

Honorarios de Cirujano  
Honorarios de Anestesiólogo Honorarios de Ayudante de Cirugía

### d. SERVICIOS ESPECIALES HOSPITALARIOS

### e. CIRUGÍA AMBULATORIA O SIMPLIFICADA Y TRATAMIENTO DE FRACTURAS SIN HOSPITALIZACIÓN

### f. FISIOTERAPIAS

### g. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO POR ACCIDENTE

### h. TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CANCER Y LEUCEMIA

### i. EXÁMENES PARA DIAGNÓSTICO

### j. TRATAMIENTO MÉDICO NO HOSPITALARIO POR ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

### k. MATERNIDAD

## 2. EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO AMPARA LOS GASTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE:

2.1 HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS COMO CONSECUENCIA DE ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, TERRORISMO, ACTOS DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O, EN GENERAL, ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER

**CLASE, FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.**

**2.2 LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN PROFESIONAL O POR ACCIDENTE DE TRABAJO.**

**2.3 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, O CUALQUIER PADECIMIENTO EXISTENTE ANTES DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, QUE PADEZCA EL ASEGURADO O AFILIADO.**

**2.4 CIRUGÍA ESTÉTICA, LA ESCLEROTERAPIA, CIRUGÍA PLÁSTICA, DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL, QUERATÓTOMO, TRASPLANTE DE CórNEA, ESTRABISMO, SUMINISTRO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO Y/O AUDÍFONOS Y CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.**

**NO OBSTANTE LO ANTERIOR, NO SE RECONOCERÁ LA RESTITUCIÓN DE PRÓTESIS DENTALES COMPLETAS O PARCIALES, IMPLANTES, RESTAURACIÓN, ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTAL POR CUALQUIER CAUSA.**

**2.5 ENFERMEDADES PERIODONTALES Y SUS COMPLICACIONES, ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS DE LA MORDIDA, DEL DESARROLLO MANDIBULAR O MAXILAR, CUALQUIERA QUE SEA SU ORIGEN.**

**2.6 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO, GENERAL O POR LAPAROSCOPIA, PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, IMPOTENCIA Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN IN VITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL.**

**2.7 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS MENTALES, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES AUTO CAUSADAS, INTENTO DE SUICIDIO, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES DEL SUEÑO, CURAS DE DESCANSO O REPOSO; ASÍ COMO, LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.**

**LAS CONSULTAS MÉDICAS PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS EXTERNAS SIN MEDICAMENTOS SE CUBREN POR EL AMPARO ADICIONAL DE CONSULTA EXTERNA.**

**2.8 EL USO Y LAS CONSECUENCIAS DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MEDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, EL CONTROL DE PESO, PERDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PARPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE, O DE USO COSMÉTICO EN GENERAL TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ETC.**

**2.9 LOS GASTOS OCASIONADOS POR RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE -1 CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, QUE NO SE RELACIONEN CON, O NO SEAN NECESARIOS PARA, EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO, INMUNIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS, COMO VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS O MEDICAMENTOS NO ALOPÁTICOS.**

**2.10 LESIONES SUFRIDAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O EN LA REALIZACIÓN DE HECHOS PUNIBLES, DELITOS O CONTRAVENCIONES PREVISTOS EN LA LEY.**

**2.11 LOS ACCIDENTES EN EL EJERCICIO DE PROFESIONES DEPORTIVAS, ASÍ COMO LOS QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS DE BOXEO, COMETISMO, ALPINISMO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, JUMPING Y EN GENERAL DEPORTES DE ALTO RIESGO.**

**2.12 LA CONSECUCCIÓN DE ÓRGANOS A TRASPLANTAR Y CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS, ASÍ EL DONANTE SE ENCUENTRE ASEGURADO POR LA PRESENTE PÓLIZA.**

**2.13 EL SUMINISTRO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, VITAMÍNICOS, HORMONALES O DE CUALQUIER MEDICAMENTO PARA EL TRATAMIENTO O PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, PRUEBAS GENÉTICAS, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS POR ALERGIAS.**

- 2.14 GASTOS EN SALUD POR SERVICIOS DE CUALQUIER TIPO DE MEDICINA ALTERNATIVA, TALES COMO: BIOENERGÉTICA, ACUPUNTURA, MESO TERAPIA, KIRKLIOTERAPIA, ETC.
- 2.15 ENFERMEDAD FIBROQUISTICA, MAMOPLASTIA Y CIRUGÍA DE SENO EN GENERAL SALVO QUE SEA PRACTICADA POR CAUSA DE CÁNCER, BLEFAROPLASTIAS POR CUALQUIER CAUSA Y NEVUS BENIGNOS.
- 2.16 LOS EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO CON FINES PREVENTIVOS, DE CHEQUEO O DE TAMIZAJE.

#### LIMITACIONES DE COBERTURA

DURANTE LOS DOCE (12) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA MISMA, NO SE RECONOCERÁN INDEMNIZACIONES QUE TENGAN POR CAUSA EL DENOMINADO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, CUALQUIER TRATAMIENTO DEL APARATO GENITAL FEMENINO, LAS LAPAROSCOPIAS, LAS ECOCARDIOGRAFÍAS, COLELITIASIS, COLEDOCOLITIASIS, COLECISTITIS, LITIASIS RENAL, URETEROLITIASIS, HERNIOGRAFÍAS, PTERIGIOS, CATARATAS, VARICES EN MIEMBROS INFERIORES, HALLUX VALEUS Y LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA. LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR TRATAMIENTOS DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA NO EXCEDERÁ, EN NINGÚN CASO, DE CUATRO (4) VECES LA SUMA MÁXIMA PACTADA PARA HONORARIOS QUIRÚRGICOS.

LA SEPTOPLASTIA Y LA RINOPLASTIA NO ESTÉTICA, SE RECONOCERÁN A PARTIR DEL TERCER AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA. SIN EMBARGO, SI DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS ES NECESARIO EFECTUAR ALGUNA DE ESTAS CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, ÉSTAS SE INDEMNIZARÁN, SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTEN PREVIAMENTE A LA COMPAÑÍA LAS RADIOGRAFÍAS DEL DÍA DEL ACCIDENTE CON SUS RESPECTIVAS LECTURAS, EN LAS CUALES SE IDENTIFIQUE EL TRAUMA AGUDO.

#### CONDICIONES GENERALES

3. **DEFINICIONES:** Para todos los efectos de esta Póliza y sus anexos (Tabla de Coberturas, Tabla de Honorarios Quirúrgicos y Exámenes de Diagnóstico), regirán las siguientes definiciones:

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

3.2 **Grupo Asegurable.** Conjunto de personas naturales, agrupadas bajo una personería jurídica o que tienen con una tercera, natural o jurídica, relaciones estables de cualquier naturaleza.

3.3 **Afiliado.** Es la persona natural que pertenece al Grupo Asegurable.

3.4 **Asegurados.** Son las personas indicadas como tales en la relación adjunta a la Póliza.

3.5 **Personas Asegurables.**

- El afiliado
- El cónyuge o compañero(a) permanente del afiliado
- Los hijos solteros dependientes económicamente del afiliado.
- Los padres del afiliado.
- Los hermanos solteros dependientes económicamente del afiliado (sólo cuando el afiliado es soltero).

3.6 **Edades de ingreso.** Podrán ingresar a la Póliza las personas asegurables menores de sesenta y cinco (65) años.

3.7 **Edades de Permanencia.**

- El afiliado, cónyuge o compañero (a) permanente y los padres sin límite de edad.
- Los hijos o hermanos solteros dependientes económicamente del Tomador hasta el día que cumplan los treinta (30) años de edad.

**3.8 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.

Las personas naturales que se vinculen laboralmente con el Tomador, si es el caso, podrán solicitar su ingreso a la Póliza con posterioridad al período de inscripción, a partir del segundo mes de su vinculación y durante los treinta (30) días siguientes.

El Afiliado que cancele voluntariamente su participación o la de sus dependientes en la Póliza, no podrá solicitar su inclusión nuevamente sino doce (12) meses después de haber sido excluido del Seguro y al fijarse un nuevo Período de Inscripción, siempre y cuando el Afiliado y/o sus dependientes presenten nuevos requisitos de asegurabilidad.

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

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

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

**3.12 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.

**3.13 Enfermera.** Significa la profesional legalmente autorizada para la práctica de la enfermería.

**3.14 Hospital o Clínica.** Significa cualquier establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.

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

**3.16 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.

**3.17 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.

**3.18 Período de Acumulación** 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 esta 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.

**3.19 Urgencias.** En caso de que el Asegurado sea atendido por el servicio de urgencias, la Compañía evaluará el reconocimiento de los gastos incurridos, 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 dará aplicación al caso por los conceptos del amparo básico, hasta los límites indicados allí.

Si la evaluación no deriva en hospitalización o no es requerida la cama de observación, y se tiene contratado el amparo adicional de Consulta Externa, los gastos ocasionados por la atención en este servicio serán reconocidos bajo los criterios de tal amparo.

Si no se tiene contratado este amparo adicional y la atención no deriva en hospitalización o no es requerida la cama de observación, 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.

#### **4. DEFINICIÓN DE AMPAROS BÁSICOS**

Si durante la vigencia de esta póliza, a cualquiera de los Asegurados se le diagnóstica una enfermedad o sufre un accidente que requiera hospitalización, la Compañía pagará los gastos en que efectivamente se incurra como consecuencia de dicha enfermedad o accidente por los conceptos indicados a continuación, de acuerdo con las condiciones y limitaciones que en ellos se expresan y, siempre que la hospitalización ocurra durante la vigencia de la Póliza. ningún caso, del número máximo de visitas señalado y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que aparece en el cuadro.

##### **4.1 HABITACION HOSPITALARIA**

###### **4.1.1 Gastos por habitación diaria**

Por este concepto, la Compañía reconocerá los gastos que se causen por pensión diaria (incluyendo habitación, dieta alimenticia, servicio general de enfermería) como consecuencia de una hospitalización, iniciada durante la vigencia de esta Póliza y sin exceder el límite indicado para el efecto en la Tabla de Coberturas que aparece en el Cuadro de la póliza.

###### **4.1.2 Unidad de Cuidados Intensivos**

La Compañía reconocerá por este concepto, cuando así lo requiera cualquiera de los Asegurados, hasta la suma máxima indicada en la Tabla de Coberturas que aparece en el Cuadro de esta Póliza como consecuencia de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En este evento de reembolso por Unidad de Cuidados Intensivos, no se reconocerán simultáneamente los Gastos por Habitación Diaria.

#### **4.1.3 Cama de Acompañante**

Cuando el Asegurado requiera el servicio de una cama extra para acompañante, la Compañía pagará hasta la suma indicada para el efecto en la Tabla de Coberturas que aparece en el cuadro de la póliza. Si el Asegurado hospitalizado no requiere de este servicio, podrá utilizar esta suma en adición al valor indicado en la tabla de coberturas para gastos por habitación diaria.

#### **4.1.4 Enfermera Especial**

Posterior a una hospitalización o cirugía el Asegurado requiere, por prescripción médica, del cuidado especial de una enfermera, se reconocerá hasta la suma diaria indicada en la tabla de coberturas del cuadro de la póliza para este efecto.

### **4.2 VISITAS MEDICAS**

La Compañía pagará los honorarios médicos que se causen por cada visita que se haga al Asegurado, durante la vigencia de la Póliza, sin exceder, en ningún caso, del número máximo de visitas señalado y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que aparece en el cuadro.

Esta Póliza no ampara las consultas telefónicas ni aquellas en las cuales el médico no examine al Asegurado y además las que no conduzcan o formen parte de un tratamiento médico o quirúrgico hospitalario, cubierto por esta Póliza.

#### **4.2.1 Visitas Médicas Hospitalarias**

##### **4.2.1.1 Por tratamiento médico hospitalario**

Para los casos de tratamiento médico hospitalario que no requiera de intervención quirúrgica, se reconocerán hasta dos visitas diarias los primeros cinco (5) días de hospitalización y, del sexto (6°) día en adelante, se reconocerá una visita por cada día de hospitalización, siempre hasta el monto máximo indicado para cada una de ellas en el cuadro de la póliza.

##### **4.2.1.2 Por Cirugía y tratamiento médico hospitalario simultáneo**

Sí durante la hospitalización y a consecuencia de complicaciones debidas a la intervención quirúrgica, o por cualquier otra enfermedad, el Asegurado requiere atención médica por parte de uno o varios especialistas distintos del cirujano, además de los honorarios de éste (de acuerdo con la tabla de honorarios quirúrgicos), la Compañía pagará una (1) visita médica por especialidad, mientras la persona permanezca hospitalizada, sin exceder de tres (3) visitas diarias y hasta el monto máximo indicado para cada una de ellas en el cuadro de la póliza.

##### **4.2.1.3 Visitas Médicas Pre o Post-hospitalarias**

Siempre que sea necesario que el Asegurado reciba atención médica antes y/o después de una hospitalización, la Compañía reconocerá hasta tres (3) visitas médicas hasta por el monto máximo indicado para cada una de ellas en el cuadro de la póliza, las cuales podrán ser utilizadas por el Asegurado de acuerdo con su necesidad en el evento específico.

### **4.3 HONORARIOS QUIRURGICOS**

#### **4.3.1 HONORARIOS DE CIRUJANO**

La Compañía pagará los gastos que se causen por honorarios profesionales de médicos cirujanos autorizados para el ejercicio de su profesión, por concepto de intervenciones quirúrgicas que se hayan practicado al Asegurado durante la vigencia de esta póliza y, que serán pagados de acuerdo con los límites máximos estipulados para cada intervención quirúrgica en la tabla de honorarios quirúrgicos que forma parte integrante de esta póliza.

La Tabla de Honorarios Quirúrgicos es una relación de cirugías clasificadas con indicación de un porcentaje para cada una de ellas. El valor máximo de honorarios que reconocerá la Compañía por cada intervención quirúrgica, se determinará aplicando el porcentaje indicado en dicha tabla, al valor expresado para honorarios de cirujano que se encuentra en la tabla de coberturas del cuadro de la póliza, siendo dicho valor el beneficio máximo pagadero por este concepto.

Cuando dos o más cirugías sean practicadas en un mismo campo operatorio o a través de la misma incisión y durante el mismo acto quirúrgico, La Compañía reconocerá los gastos, en que incurra el Asegurado de acuerdo con la Tabla de Honorarios Quirúrgicos en la siguiente forma: de todas las cirugías practicadas se pagará hasta la totalidad del porcentaje de la operación que, a su vez, tenga el porcentaje más alto en la tabla de honorarios quirúrgicos; hasta el 75% del porcentaje de la operación que siga en su orden a la anterior; para la tercera y siguientes hasta el 50% de los porcentajes señalados en la misma Tabla, sin sobrepasar, en el monto de todas ellas, dos veces el límite máximo del amparo de Honorarios Quirúrgicos por Período de Acumulación.

En caso de un accidente o enfermedad que requiera varias intervenciones quirúrgicas que afecten distintos campos operatorios, cada una de ellas se pagará independientemente, de acuerdo con el porcentaje estipulado en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos sin que la suma total sobrepase dos veces el límite máximo del amparo de Honorarios Quirúrgicos por Período de Acumulación.

Cuando una operación se realiza en dos o más etapas, se considerará como una sola intervención quirúrgica.

En caso de presentarse una intervención quirúrgica bilateral y no se encuentre definida como tal en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos, se agregará un 40% de lo que corresponda al procedimiento que figura en dicha Tabla.

Si la intervención practicada no figura en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos, el porcentaje a aplicar será igual al indicado para la operación con la que más se identifique de las que allí aparecen, según acuerdo entre el cirujano y el Director Médico de La Compañía.

Nota: En ningún caso los honorarios quirúrgicos, por cualquiera de los conceptos amparados, podrán exceder las tarifas sugeridas por la respectiva Sociedad Médica Colombiana o agremiación.

#### **4.3.2 HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO**

La Compañía reconocerá por concepto de honorarios de anestesiólogo, una suma equivalente al resultado de aplicar el porcentaje señalado en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza para este amparo, sobre el monto de Honorarios de Cirujano calculado conforme se describe en el punto anterior, teniendo en cuenta la Tabla de Honorarios Quirúrgicos. Se reconocerá como máximo el porcentaje indicado en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza.

#### **4.3.3 HONORARIOS DE AYUDANTE DE CIRUGIA**

La Compañía reconocerá por concepto de honorarios de ayudantía, una suma equivalente al resultado de aplicar el porcentaje señalado en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza para este amparo, sobre el monto de Honorarios de Cirujano calculado conforme se describe en el punto anterior, teniendo en cuenta la Tabla de Honorarios Quirúrgicos. Se reconocerá como máximo el porcentaje indicado en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza.

#### **4.4 SERVICIOS ESPECIALES HOSPITALARIOS**

Comprende los gastos ocasionados durante la hospitalización, limitados a la suma indicada en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza como Beneficio Máximo del Seguro por Período de Acumulación y que sean necesarios para el cuidado y tratamiento del Asegurado mientras permanezca hospitalizado, tales como derechos

de sala de cirugía, material de cirugía, exámenes de laboratorio, radiografías, medicamentos alopáticos, sangre, transfusiones, ambulancia terrestre en caso de emergencia, tratamiento de radioterapia, radium o isótopos, oxígeno, instrumentación, alquiler de aparatos ortopédicos y prótesis. En cuanto a estas últimas, si se trata de marcapasos, prótesis valvulares, articulares, oculares, intraluminales venosas o arteriales y de reemplazo de extremidades superiores o inferiores, el valor que se reconocerá por ellas no excederá, en ningún caso, el 30% del valor asegurado para este amparo.

Siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó el tratamiento médico, hospitalario o quirúrgico, se encuentran incluidas dentro de este amparo, las drogas y las radiografías 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.

#### **Restablecimiento Automático**

Cuando el Asegurado permanezca hospitalizado ininterrumpidamente por más de treinta (30) días, 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**

La intervención quirúrgica ambulatoria o simplificada y los tratamientos de fracturas, esguinces, luxaciones y contusiones que no necesiten hospitalización, se reconocerán de acuerdo con las coberturas de Visitas Médicas Hospitalarias, Honorarios Quirúrgicos, Servicios Especiales Hospitalarios y Fisioterapias, conforme se indica en el Amparo Básico de este Seguro.

#### **4.6 FISIOTERAPIAS**

Si posterior a un tratamiento médico o quirúrgico cubierto por esta Póliza y por prescripción médica, el Asegurado requiere de fisioterapia, La Compañía reconocerá hasta veinte (20) sesiones por Período de Acumulación con un límite máximo, por sesión, de acuerdo con lo indicado en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza.

#### **4.7 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE**

Se reconocerá como suma máxima y por vigencia anual, hasta un valor igual al pactado para Servicios Especiales Hospitalarios, por los tratamientos odontológicos que requiera el Asegurado con ocasión de un accidente cubierto por esta Póliza.

#### **4.8 TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CANCER Y LEUCEMIA**

La Compañía reconocerá, por períodos de ciento ochenta (180) días contados a partir del momento del diagnóstico positivo del cáncer, hasta la suma indicada en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza para este amparo, los gastos en que efectivamente incurra el Asegurado por exámenes de control, 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**

La Compañía reconocerá los exámenes de diagnóstico enumerados en la Tabla 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 la Tabla de Coberturas del Cuadro 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 la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza para este amparo el porcentaje que aparezca en la Tabla 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 la Tabla de Coberturas que aparece en el Cuadro de la póliza para este Amparo, los gastos globales que se generen por todos los tratamientos médicos fuera de hospital, a consecuencia de: Poliomiélitis, Tétanos, Escarlatina, Diabetes, Epilepsia, Hepatitis, Hiper e Hipotiroidismo, Lupus, Tuberculosis, Cirrosis Hepática, Difteria, Fiebre Reumática, Glaucoma, Litiasis, Tosferina y Ulcera Péptica.

#### **4.11 AMPARO DE 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, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de 30 días de haber ingresado a la Póliza como asegurada.

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

##### **4.11.1 Parto Normal, Operación Cesárea, Cierciaje Uterino y Aborto no provocado voluntariamente.**

Bajo este amparo La Compañía reconocerá, hasta el valor asegurado indicado para el efecto en la Tabla de Coberturas del Cuadro, por los siguientes conceptos:

- a. Gastos por día de hospitalización:** Se reconocerá hasta la suma estipulada para este amparo en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza y mientras la Asegurada permanezca hospitalizada.
- b. Honorarios Profesionales:** Se reconocerá como máximo la suma que resulte de aplicar al valor indicado en la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza para este amparo, el porcentaje que aparezca en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos de conformidad con el procedimiento realizado.
- c. Honorarios de Anestesiólogo y Ayudantía Quirúrgica:** La Compañía reconocerá como máximo el valor indicado en la Tabla de Coberturas que aparece en el Cuadro de la póliza, para este amparo, por honorarios de anestesiólogo y ayudante de cirugía.
- d. Servicios Especiales Hospitalarios:** Se reconocerá hasta la suma indicada en la Tabla de Coberturas para este amparo.

##### **4.11.2 Complicaciones del embarazo**

Cualquier complicación que se presente como consecuencia de un embarazo y que requiera de una hospitalización, estará cubierta por el amparo básico de Hospitalización y Cirugía y no por el amparo de maternidad.

#### **4.11.3 Auxilio de Maternidad**

De este beneficio gozará la Asegurada que, teniendo vigente este amparo conforme a las Condiciones Generales, exclusiones y limitaciones de esta Póliza Colectiva de Seguro de Salud, no presente reclamación alguna, por ningún concepto, bajo la cobertura de maternidad. El valor a reconocer por este concepto será el indicado en la Tabla de Coberturas de este contrato.

#### **4.11.4 Valoración del Recién Nacido**

La Compañía reconocerá hasta el valor indicado en la Tabla de Coberturas para este amparo por concepto de la primera valoración pediátrica, realizada dentro de la sala de partos, al recién nacido.

#### **4.11.5 Control Prenatal**

Se reconocerán por este beneficio y hasta la suma indicada en la Tabla de Coberturas de esta Póliza, para este amparo, por una sola vez, los gastos en que incurra la Asegurada, durante el período comprendido desde la concepción hasta el alumbramiento por concepto de:

- Una visita de control mensual al obstetra, con un máximo de diez (10) consultas.
- Dos ecografías.
- Exámenes de laboratorio, tales como; cuadro hemático, serología, parcial de orina, glicemia y toxoplasma, innunoglobulina G. Y M., y rubeola.

Estos beneficios se consideran para y por todo el período del embarazo.

#### **4.11.6 Cobertura Automática y de Enfermedades Congénitas para los Hijos Nacidos durante la Vigencia de la Póliza**

Los hijos de la asegurada principal, de la cónyuge o de la compañera permanente del Asegurado principal nacidos durante la vigencia de este Seguro, se cubren automáticamente, sin cobro de prima adicional, bajo las coberturas básicas de la Póliza incluyendo las enfermedades congénitas, siempre y cuando su nacimiento sea notificado a La Compañía dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de ocurrencia del nacimiento y gozarán de tal cubrimiento desde dicha fecha hasta el momento de terminación de la vigencia anual en curso de este Seguro.

De esta cobertura no se benefician los hijos de las demás mujeres del grupo familiar asegurado nacidos durante la vigencia de la Póliza.

Los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza a cuya madre, habiendo estado asegurada por este amparo de maternidad, no se haya reconocido la reclamación por haber iniciado el embarazo en el periodo de carencia (30 días de ingreso al Seguro), gozarán de la cobertura automática bajo el amparo básico, excluyendo las enfermedades congénitas.

La cobertura de este amparo automático no operará en los casos en que exista extinción o terminación del Seguro entre el momento de la inclusión del recién nacido y cualquier tratamiento médico o quirúrgico, que sea consecuencia de un padecimiento congénito.

### **5. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL Y LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

La suma asegurada por cada persona asegurada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la Póliza y ella representará, el límite de responsabilidad de La Compañía respecto de cada persona asegurada y por cada evento, entendido en este último toda complicación o recidiva, generada en la misma hospitalización o que cause diferentes hospitalizaciones siempre ocurridas durante la vigencia de la Póliza.

## 6. CALCULO Y PAGO DE LA PRIMA

El Tomador o el Asegurado están obligados a pagar el importe de la prima dentro de los treinta (30) días calendario siguientes contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia de la presente Póliza.

En caso de expedición de anexos a la Póliza que impliquen el pago de una prima adicional, tal pago deberá efectuarse dentro de los treinta (30) días calendario siguientes contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia del correspondiente anexo.

La mora en el pago de la prima de la Póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del Contrato, y dará derecho a La Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del Contrato.

Previo acuerdo expreso entre las partes, en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, el Tomador puede optar por el pago semestral, trimestral o mensual de la prima de común acuerdo con La Compañía, pagando el recargo de prima correspondiente.

## 7. RECLAMACION Y PAGO DEL SINIESTRO

**Reclamación:** Una vez se haga exigible el reembolso en los términos de la presente Póliza El Tomador, El Afiliado o El Asegurado, deberá presentar a La Compañía la reclamación, acompañada de las facturas médicas y hospitalarias en originales, debidamente discriminadas, sin perjuicio de lo previsto para el efecto por el artículo 1077 del Código de Comercio.

La Compañía podrá solicitar adicionalmente las lecturas y resultados de exámenes de diagnóstico, laboratorio y rayos X, historias clínicas u odontológicas, placas radiográficas odontológicas, registro civil de defunción, fotocopia de la cédula de ciudadanía, registro civil de nacimiento, resultados de anatomías patológicas y pruebas hematológicas y certificados de indemnización de otras Aseguradoras, si lo considera necesario.

Cuando se presente el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, a la reclamación se deberán adjuntar las facturas en original de los gastos de entierro o cremación, debidamente discriminadas, si se tiene contratado el amparo adicional de Auxilio Funerario.

### **Pago de la Indemnización**

La Compañía efectuará el pago de la indemnización a que está obligada por la presente Póliza, por conducto del Tomador, al Asegurado o a los Beneficiarios, o directamente a estos, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, le acrediten, en los términos del Artículo 1077 del Código del Comercio, la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si a ello hubiere lugar.

## 8. COEXISTENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier Asegurado tuviere antes de asegurarse, un seguro que cubra los mismos riesgos de éste o lo contrate después de 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. INCREMENTO DE VALORES ASEGURADOS**

El Tomador podrá solicitar incrementos de valores asegurados únicamente a partir de la renovación de la Póliza; mientras que las disminuciones de valor asegurado podrán tramitarse en cualquier momento de vigencia del Seguro.

## **11. 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.

## **12. 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.

## **13. 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 a causa de accidentes que se presenten en territorio extranjero, La Compañía reembolsará tales gastos, sin exceder su responsabilidad por cada amparo de los mencionados en la Póliza, a las tarifas normales 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 a La Compañía, previamente, 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.

## **14. REVOCACIÓN**

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.

## **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 este 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**

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.

## **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.

## **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 cuadro de amparos de la Póliza o mediante anexo a ella.

### **1. GASTOS MEDICOS MAYORES**

Comprenden los excedentes de los gastos médicos en los cuales incurre el Asegurado como consecuencia de un tratamiento médico hospitalario y/o quirúrgico, los cuales no han sido reconocidos en su totalidad por la Póliza Colectiva de Seguro de Salud.

## **Definiciones**

**1.1 Valor Asegurado Máximo:** Por este amparo La Compañía pagará como máximo, por evento y por Asegurado, hasta el límite indicado en la Tabla 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 la Tabla de Coberturas del Cuadro de la póliza y, en ningún caso, la cantidad global a pagar podrá exceder del Valor Asegurado contratado para este amparo, previa aplicación del deducible correspondiente.

### **1.2.1 Deducible**

Es de cargo del Asegurado en toda reclamación por los conceptos descritos amparados, una suma o proporción igual a la que bajo la denominación de Deducible aparece anotada en la carátula de la Póliza, así como cualquier monto igual o inferior a dicho deducible.

El deducible aplica por cada período de acumulación.

### **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 de la Póliza Colectiva de Seguro de Salud, los cuales se pagarán hasta el Valor Asegurado Máximo, sin sobrepasare porcentaje de reembolso, previa aplicación del deducible. 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 la Tabla 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 la Tabla de Coberturas de la presente Póliza.

### **1.6 Servicios Especiales Hospitalarios, Honorarios Quirúrgicos, Gastos por Visitas Médicas, Honorarios de Anestesiólogo y de Ayudantía Quirúrgica**

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, Radiografías, 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 Hospitalarias.

## **2. AUXILIO FUNERARIO**

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 la Tabla de Coberturas de esta Póliza, siempre que el Asegurado se encuentre incluido bajo este amparo adicional. El Beneficiario de este auxilio 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 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**

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

Esta cobertura está limitada por anualidad y por Asegurado al valor indicado en la Tabla 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.

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

### **3.1 Visitas Médicas**

El valor máximo que reconocerá La Compañía por visita será el estipulado, para este amparo adicional, en la Tabla de Coberturas de esta Póliza.

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

#### **3.1.1 Deducible**

Es de cargo del Asegurado en toda reclamación por los conceptos descritos amparados, una suma o proporción igual a la que bajo la denominación de Deducible aparece anotada en la carátula de la Póliza, así como cualquier monto igual o inferior a dicho deducible.

### **3.2 Gastos Misceláneos**

Por este concepto La Compañía reconocerá, por vigencia anual, hasta una suma igual a la establecida en la Tabla de Coberturas de esta Póliza, para este amparo adicional.

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

### 3.2.1 Deducible

Es de cargo del Asegurado en toda reclamación por los conceptos descritos amparados, una suma o proporción igual a la que bajo la denominación de Deducible aparece anotada en la carátula de la Póliza, así como cualquier monto igual o inferior a dicho deducible.

## 4. URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

La Compañía reconocerá los gastos en que incurra el Asegurado, hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas para este amparo adicional, por período de acumulación, por tratamiento ambulatorio para su estabilización, siempre y cuando se trate de una urgencia odontológica, con el fin de eliminar el dolor con drenaje de abscesos o descompresión de la cavidad, obturación temporal, oulpectomía y las hemorragias post-exodoncias, incluyendo rayos X.

El tratamiento odontológico que requiera el Asegurado, con posterioridad a la atención de urgencias, no está cubierto por la Póliza.

## 5. ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

### 5.1 COBERTURAS

La Compañía indemnizará los gastos en que incurra el Asegurado cuando requiera ser sometido a una intervención quirúrgica o tratamiento médico u hospitalario, como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad de alto costo, definida como aquella que representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja efectividad en su tratamiento, siempre y cuando se hayan agotado los límites indicados en el Seguro para los amparos básicos de hospitalización y cirugía y el amparo adicional de gastos médicos mayores y hasta por el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza para este amparo.

### ESTAS ENFERMEDADES SON DE MANERA EXCLUSIVA LAS SIGUIENTES:

1. Insuficiencia Renal Crónica.
2. Manejo del trauma mayor.
3. Cirugía del sistema nervioso central y periférico.
4. Tratamiento quirúrgico para enfermedades cardiovasculares.
5. Reemplazo articular de cadera.
6. Trasplante de Organos.
7. Manejo del Gran Quemado.

### 5.2 DEFINICIONES

- a. Honorarios Profesionales:** Quedan incluidos bajo este concepto los honorarios por visitas médicas, intervenciones quirúrgicas, de anestesiólogo y ayudantía.
- b. Servicios Especiales Hospitalarios:** Comprende los gastos ocasionados durante la hospitalización en habitación estándar y/o Unidad de Cuidados Intensivos, para el cuidado y tratamiento del Asegurado mientras permanezca hospitalizado, tales como derechos de sala de cirugía, material de cirugía, exámenes de laboratorio y exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, medicamentos alopáticos, oxígeno, instrumentación y las prótesis valvulares, articulares, oculares, intraluminales, venosas o arteriales y de reemplazo de extremidades superiores o inferiores.
- c. Gastos por atención ambulatoria.** Por este concepto La Compañía reconocerá los gastos en que efectivamente incurra el Asegurado, durante los noventa días siguientes a la salida del hospital, con ocasión de las visitas médicas, medicamentos alopáticos, exámenes de laboratorio, radiografías, infiltraciones, fisioterapia y terapia respiratoria, relacionados con una de las enfermedades descritas.

Quedan excluidos de esta cobertura los tratamientos ambulatorios para enfermedades cardiovasculares y el manejo del trauma mayor.

### 5.3 EXCLUSIONES

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, ESTE AMPARO ADICIONAL, DE MANERA PARTICULAR, NO CUBRE LOS GASTOS POR TRATAMIENTO PSICOLOGICO O PSIQUIATRICO QUE PUEDA NECESITAR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.

TAMBIEN QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTE AMPARO ADICIONAL LOS EXCEDENTES ORIGINADOS POR CAMA DE ACOMPAÑANTE, ENFERMERA ESPECIAL Y LOS EXCEDENTES NO CUBIERTOS POR EL AMPARO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.

### 5.4 LIMITACIONES DE COBERTURA Atención en el Exterior

En el evento en el cual, una cirugía y/o tratamiento médico amparado por esta Póliza bajo el presente Amparo, sea programado para ser efectuado en el exterior, el Asegurado deberá notificar previamente a La Compañía para que ésta imparta su autorización, la cual dependerá, únicamente, de que los recursos médicos necesarios no existan en el país y, en tal caso, los gastos generados por la cirugía o tratamiento se reconocerán de acuerdo con los límites de este amparo al 80%.

Cuando el Asegurado no avise oportunamente a La Compañía para que ésta dé su autorización, el reembolso de los gastos pagados por el Asegurado se efectuará hasta el 50%, una vez liquidado el reclamo bajo los límites normales de este amparo adicional.

En ambos casos el Asegurado deberá acompañar su reclamación con un resumen detallado sobre la cirugía o tratamiento emitido por la institución donde fue atendido o por el médico tratante, facturas originales debidamente discriminadas y canceladas, las órdenes expedidas por el médico tratante y demás documentos suficientes para demostrar el derecho a la indemnización, sin perjuicio de lo previsto por el artículo 1077 del Código de Comercio.

#### Valor Asegurado

El límite de valor asegurado indicado en la Tabla de Coberturas que aparece en el Cuadro de la póliza para este amparo será por vigencia anual y por Asegurado, sin que haya lugar a restablecimiento automático.

#### Período de Carencia

Para los efectos de este amparo se establece un período de carencia de tres (3) meses contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia del presente amparo o del ingreso del Asegurado al mismo, período durante el cual no se tiene derecho a los beneficios de este amparo adicional.

#### Edades de Ingreso y Permanencia

A la cobertura otorgada por el presente amparo, podrán ingresar las personas asegurables menores de 59 años y la edad máxima de permanencia será de 60 años.

### 5.5 DEFINICION DE AMPAROS

- **Insuficiencia Renal Crónica:** Es el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones y que como consecuencia de ello deba efectuarse trasplante de riñón o diálisis renal o peritoneal regularmente. Para efectos de la cobertura de este anexo, queda entendido que únicamente se amparan los gastos por los honorarios profesionales de la diálisis, insumos y alquiler de equipos.
- **Trauma Mayor:** Es la lesión física o química que compromete el sistema vital y que de no ser atendida en forma inmediata pelagra la vida del paciente, o puede generarse un daño irreversible en su estructura orgánica o producirse una disfunción permanente.
- **Cirugía del Sistema Nervioso Central y Periférico:** Es el procedimiento quirúrgico efectuado a los órganos contenidos en la bóveda craneana y en el canal raquímedular. Este amparo se

extiende a cubrir, además del procedimiento quirúrgico, el tratamiento de complicaciones y los controles post-operatorios durante los treinta (30) días calendario siguientes al procedimiento quirúrgico.

- **Tratamiento Quirúrgico para Enfermedades Cardiovasculares:** Comprende el procedimiento quirúrgico del corazón y de los grandes vasos. Para los efectos de este amparo se cubre además del procedimiento quirúrgico, el tratamiento de las complicaciones, en caso de presentarse y los controles post-operatorios.
- **Reemplazo Articular de Cadera:** Es el reemplazo de la articulación femoral con material sintético, con el fin de recuperar su capacidad funcional. Para los efectos de la cobertura de este amparo quedan incluidos las prótesis, el manejo de las complicaciones y el control postoperatorio.
- **Transplante de Organos:** Por este concepto se entiende el implante de un órgano o componente anatómico en el organismo, con el fin de restaurar una función orgánica gravemente deteriorada e irreversible en su recuperación. Debe ser realizado en un hospital o clínica de III ó IV nivel de complejidad de atención, con unidad y programa de trasplante debidamente aprobados por las entidades estatales de vigilancia de los servicios de salud.
- **Retransplante:** Es el reimplante de un nuevo órgano por el rechazo del órgano transplantado inicialmente. El retransplante será considerado un mismo evento con relación al primer trasplante.

Para los efectos de este amparo adicional, el transplante de órganos donados por un ser humano vivo o fallecido, previa autorización de La Compañía, se circunscribe a los siguientes órganos: Riñones, Corazón, Médula Osea, Hígado, Hígado y Páncreas y Corazón y Pulmones. Incluye los gastos por complicaciones y el tratamiento ambulatorio requeridos dentro de los 90 días calendario siguientes al acto quirúrgico del transplante.

También se ampararán los gastos en aerolínea comercial clase económica, incluyendo los de un acompañante, cuando el transplante deba realizarse en una ciudad diferente a la de la residencia del Asegurado o los gastos de transporte de sus restos, en caso de fallecimiento, hacia la ciudad de su última residencia.

La Compañía también reconocerá los gastos de estudios previos, siempre y cuando concluyan en un transplante, hasta una suma igual al cuatro por ciento (4%) del valor asegurado contratado para este amparo.

Para los gastos de extracción del órgano se reconocerá el veinte por ciento (20%) y hasta el diez por ciento (10%) de la cobertura para el transporte del órgano o del donante.

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

- **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.

## **6 CONTINUIDAD DE COBERTURA**

Bajo este amparo adicional La Compañía otorga el beneficio de la continuidad de las coberturas, definida como la extensión de las condiciones de que disfrutaba el Asegurado bajo la Póliza de Seguro inmediatamente anterior a la vigencia de la presente

Póliza y que se encontraba contratada con otra Compañía de Seguros; beneficio que se otorga bajo los términos y en las condiciones que a continuación se precisan:

### **6.1 REQUISITOS PARA QUE OPERE LA COBERTURA**

Para que la continuidad de coberturas opere conforme se encuentra definida en la presente condición, es requisito indispensable que el Asegurado cumpla con todas y cada una de las siguientes condiciones:

- Se entregue certificación de La Compañía inmediatamente anterior en la que conste la vigencia del Seguro y las circunstancias en que se encontraba otorgado;
- Se aporte a La Compañía copia de la solicitud de Seguro diligenciada para La Compañía inmediatamente anterior.

Si estos requisitos no fueron cumplidos antes de la iniciación del Seguro, se entenderá que no se ha producido la continuidad de las coberturas y La Compañía no será responsable por cualquier evento o circunstancia preexistente a su Seguro, que dé origen a una reclamación bajo la Póliza. Si después de iniciada la vigencia se entrega la documentación señalada, La Compañía otorgará la continuidad a partir del día siguiente a aquel en que la reciba a satisfacción.

### **6.2 TERMINOS Y CONDICIONES**

- a. Existe cobertura para aquellas preexistencias a la vigencia de la presente Póliza que hubieren tenido cobertura por la anterior Compañía. Es decir, que si se llegare a presentar una reclamación a consecuencia de una lesión o enfermedad no preexistente para el contrato de salud que traía el Asegurado con la anterior Compañía, se tendrá como no preexistente para el presente Contrato de Seguro.
- b. De este beneficio sólo gozarán las personas que venían aseguradas con la anterior Compañía, al momento inmediatamente anterior al inicio de la vigencia del presente contrato de Seguro.
- c. La Compañía asume los riesgos bajo los términos y condiciones de su Contrato de Seguro de Salud y no extiende su cobertura a las Condiciones Contractuales que pudiera traer el Grupo Asegurado con la anterior Aseguradora.
- d. Las extraprimas y limitaciones de riesgo que hayan sido impuestas por la anterior Compañía. de Seguro regirán para el presente contrato, sin perjuicio de aquellas que puedan ser impuestas por esta Aseguradora para los demás casos