

CONDICIONES GENERALES

PLAN DE SALUD HOSPITALARIO Y AMBULATORIO

CLÁUSULA 1. - OBJETO DEL SEGURO.

SUJETO A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ESTIPULADOS EN EL PRESENTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO POR PERTINENCIA MÉDICA, NECESITARE TRATAMIENTO POR UNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O MATERNIDAD, QUE SE INICIEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE SU INCLUSIÓN EN LA PÓLIZA, PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., QUE PARA EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE DENOMINA LA COMPAÑÍA, RECONOCERÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR ALGUNO DE LOS EVENTOS CUBIERTOS, HASTA EL VALOR MÁXIMO ASEGURADO Y SUJETOS A LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES INDICADOS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS, LOS CUALES HACEN PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE CON BASE EN LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y DEMÁS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR LA COMPAÑÍA, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO DE SEGURO DE SALUD.

CUALQUIER CONDICIÓN QUE LA COMPAÑÍA, EN COMÚN ACUERDO CON EL TOMADOR, AGREGUE AL CUERPO DE LA PRESENTE PÓLIZA MEDIANTE UN ANEXO, TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ DE LAS CONDICIONES IMPRESAS. EN CASO DE CONTRADICCIÓN ENTRE ÉSTA Y AQUELLA PRIMARÁN LAS AGREGADAS POR ANEXO.

COBERTURAS BÁSICAS DEL SEGURO.

1. **GASTOS CLÍNICOS HOSPITALARIOS:**
 - HABITACIÓN HOSPITALARIA.
 - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - ENFERMERA ESPECIAL
 - SERVICIOS HOSPITALARIOS
 - PRÓTESIS
 - MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.
2. **GASTOS DE HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y QUIRÚGICOS:**
 - HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS
 - INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS
 - HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO
 - HONORARIOS DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA.
3. **COBERTURAS DE ALTO COSTO:**
 - CÁNCER
 - TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
4. **COBERTURAS AMBULATORIAS:**
 - CONSULTAS MÉDICAS
 - TERAPIAS
 - EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIMPLE
 - EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO
 - URGENCIAS POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE.
5. **MATERNIDAD.**
6. **ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA.**

CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES GENERALES.

NO SERÁN RECONOCIDOS POR LA COMPAÑÍA TRATAMIENTOS, ESTUDIOS, SECUELAS, RECIDIVAS Y COMPLICACIONES EN GENERAL, DE EVENTOS QUE NO SEAN OBJETO DE COBERTURA DE ESTE CONTRATO DE SEGURO; LAS COBERTURAS NO SEÑALADAS EXPRESAMENTE EN EL PRESENTE CONDICIONADO, NI LOS GASTOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON:

1. ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO, SEAN CONOCIDAS O NO POR EL ASEGURADO, HAYAN SIDO DECLARADAS O NO EN LA SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO, ASI COMO SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES
2. COMPLICACIONES, SECUELAS, ENFERMEDADES O LESIONES QUE RESULTEN COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ORIGINADAS DE EVENTOS NO CUBIERTOS O QUE FUERON EXPRESAMENTE EXCLUIDOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.
3. CIRUGÍA PLÁSTICA Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES ESTÉTICOS, SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES. SE EXCEPTUAN LAS CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O DE UN CÁNCER DE SENO CUBIERTOS BAJO EL PRESENTE CONTRATO.
4. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS CONOCIDAS O MANIFIESTAS DETECTADAS O NO AL MOMENTO DEL NACIMIENTO. TAMPOCO SERÁN OBJETO DE COBERTURA LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO.
5. LOS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES Y LOS DE INVESTIGACIÓN PARA CUALQUIER EVENTO MÉDICO CUBIERTO BAJO EL PRESENTE CONTRATO.
6. TRATAMIENTOS DE COSMETOLOGÍA, REJUVENECIMIENTO, CÁMARA HIPERBÁRICA, RAYOS ULTRAVIOLETA, QUIROPAXIA, ACNÉ, ALOPECIA Y LAS TERAPIAS O TRATAMIENTOS REALIZADOS CON TÓXINA BOTULÍNICA (BOTOX), SIN IMPORTAR SU ORIGEN.
7. TRASTORNOS DEL SUEÑO, EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO DEL RONQUIDO O UVULOPALATOPLASTIA, APNEA DEL SUEÑO Y EL ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO.
8. CIRUGÍA BARIÁTRICA Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO U AMBULATORIO PARA LA OBESIDAD.
9. LESIONES QUE SE HUBIERE CAUSADO EL ASEGURADO VOLUNTARIA O INVOLUNTARIAMENTE, ASÍ SEA COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL TEMPORAL O PERMANENTE; INTENTO DE SUICIDIO (VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO) Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO PARTICIPE EN ACTOS ILÍCITOS.
10. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS U AMBULATORIOS POR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, BULIMIA, ANOREXIA Y AQUELLOS NO ESPECÍFICOS.
11. TRATAMIENTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL, ESTUPEFACIENTES, SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y NEUROLÉPTICAS, DROGAS DE CUALQUIER ÍNDOLE Y CUALQUIER TIPO DE TERAPIA PSICOANALÍTICA.
12. MEDICAMENTOS DE CUALQUIER TIPO, SALVO LOS DEFINIDOS PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER, SIDA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS CITADOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO.
13. CHEQUEOS MÉDICOS EJECUTIVOS O DE DIAGNÓSTICO CON Y SIN HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO.
14. ACCIDENTES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, TALES COMO: BOXEO, COMETISMO, PARAPENTISMO, MONTAÑISMO, PARACAIDISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, AVIACIÓN, DEPORTES DE INVIERNO, EQUITACIÓN, BUCEO Y ESQUÍ ACUÁTICO.
15. TRATAMIENTOS Y ESTUDIO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.
16. GASTOS RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA, ASÍ COMO TRATAMIENTOS HORMONALES, SALVO LOS CASOS ESPECÍFICAMENTE APROBADOS POR LA COMPAÑÍA.
17. LA MATERNIDAD, LAS COMPLICACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO, CUANDO NO SE TENGA CONTRATADA ESTA COBERTURA. Y EN CASO DE TENERLA, SI AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO LA PERSONA ESTÁ EMBARAZADA, O NO CUMPLE CON EL TIEMPO ESTABLECIDO, PARA TENER COBERTURA, EN LAS LIMITACIONES DEFINIDAS EN LA CLÁUSULA TERCERA NUMERAL 7 DE ESTAS CONDICIONES.

- ABORTO PROVOCADO, SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES, SALVO QUE SEA MEDICAMENTE REQUERIDO Y LEGALMENTE APROBADO Y TENGA CONTRATADA LA COBERTURA DE MATERNIDAD.
18. ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA O SU REVERSIÓN, CONTROL DE LA NATALIDAD, TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS, FECUNDACIÓN IN VITRO, CAMBIO DE SEXO, TRATAMIENTOS Y ESTUDIOS POR DISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA O INFERTILIDAD.
 19. CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS FETALES, ESTUDIOS GENÉTICOS Y CONGÉNITOS.
 20. MAMOPLASTIA DE AUMENTO O REDUCCIÓN SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES. SE EXCEPTÚA LA MAMOPLASTIA COMO CONSECUENCIA DE CÁNCER DE SENO, CUBIERTO BAJO EL PRESENTE CONTRATO.
 21. LA CORRECCIÓN POR DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL, ESTRABISMO Y EL SUMINISTRO DE LENTES DE CONTACTO, MONTURAS Y SUS LENTES
 22. SUMINISTRO DE PRÓTESIS, MEDIAS ANTIEMBÓLICAS, PAÑALES, LECHE MATERNIZADA, CÁPSULAS ENDOSCÓPICAS, AUDÍFONOS, APARATOS PARA EL OÍDO, IMPLANTES COCLEARES, NEUROTRANSMISORES, FAJAS, APARATOS Y ELEMENTOS ORTOPÉDICOS DE MOVILIZACIÓN. CON EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS .
 23. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA. TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL O A NIVEL GINGIVAL. ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS DE LA MORDIDA O TRASTORNOS DEL DESARROLLO MANDIBULAR O MAXILAR. LOS TRATAMIENTOS POR FRACTURAS DENTALES COMO CONSECUENCIA DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESTÁN CUBIERTAS, COMO TAMPOCO LA RESTITUCIÓN DE PRÓTESIS DENTALES COMPLETAS O INCOMPLETAS, ASI SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
 24. LAS LESIONES O ENFERMEDADES COMO CONSECUENCIA DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR. ASI COMO LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO POR SU PARTICIPACIÓN DIRECTA EN HUELGA, REBELIÓN, ASONADA, REVOLUCIÓN, MOTIN O CONMOCIÓN CIVIL Y SEDICIÓN.
 25. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO SE INDEMNIZARÁN EN EXCESO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO - SOAT.
 26. TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES DE CUIDADO INTERMEDIO O PALIATIVO.
 27. EN TRASPLANTES DE ÓRGANOS: EL VALOR DEL ÓRGANO A TRASPLANTAR, NI LOS COSTOS OCASIONADOS POR LA ADQUISICIÓN, GESTIÓN Y CONSECUCIÓN DEL ÓRGANO A TRASPLANTAR. TAMPOCO SE CUBREN LOS GASTOS DE TRANSPORTE DEL DONANTE, SIN IMPORTAR EL MEDIO QUE UTILICE.
NO SE RECONOCEN LAS COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO PARA LA EXTRACCIÓN DEL ÓRGANO CON FINES DE DONACIÓN, EXCEPTO EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL DONANTE Y EL RECEPTOR SE ENCUENTREN ASEGURADOS EN LA PÓLIZA DE SALUD DE LA COMPAÑÍA
SI EL ASEGURADO ES EL DONANTE, LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA NO TIENEN COBERTURA BAJO EL PRESENTE CONTRATO, NI SU TRANSPORTE, NI EL DEL ÓRGANO.
 28. GASTOS RELACIONADOS CON LA EXTRACCIÓN DE CÉLULAS MADRE EN EL RECIÉN NACIDO O DE OTRA FUENTE HUMANA O ANIMAL, EXÁMENES DE ADN, Y EXÁMENES GENÉTICOS.
 29. REEMBOLSO DE GASTOS INCURRIDOS, EN COLOMBIA, DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO, ASI EL EVENTO TENGA COBERTURA POR LA PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE LOS GASTOS INCURRIDOS EN LUGARES EN LOS CUALES LA COMPAÑÍA NO TENGA RED MÉDICA ESTABLECIDA PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS.
 30. VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS Y SUS CONSECUENCIAS.
 31. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DE CUALQUIER TIPO.
 32. TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS ASOCIACIONES CIENTIFICAS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO
 33. GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR ATENCIONES PRESTADAS POR INSTITUCIONES O PROFESIONALES QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS.

34. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE: ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O Sicológicas, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS, ESTADOS DEPRESIVOS, PSICOTERAPIA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA.
35. SIDA, SUS SECUELAS, CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES.

EXCLUSIONES PARTICULARES A LA COBERTURA DE AMBULANCIA Y ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA:

NO SON OBJETO DE ÉSTA COBERTURA LAS PRESTACIONES DERIVADAS DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA, SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN LA DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA.
2. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, YA QUE ESTOS PUEDEN SER OBJETO DE COBERTURA BAJO EL AMPARO BÁSICO DE HOSPITALIZACIÓN.
3. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN EN SU TENTATIVA.
4. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.
5. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES Y/O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIÁTRICO DE CARÁCTER AGUDO O CRÓNICO.
6. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.
7. LO RELATIVO Y DERIVADO DE GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, EL PARTO Y/O SUS COMPLICACIONES, YA QUE ESTOS PUEDEN SER OBJETO DE COBERTURA POR EL AMPARO DE MATERNIDAD.
8. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.
9. LA ASISTENCIA Y GASTOS A LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO TRANSPORTADOS GRATUITAMENTE MEDIANTE "AUTOSTOP" O "DEDO" (TRANSPORTE GRATUITO OCASIONAL).

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE AMBULANCIA Y ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA, LAS CONSECUENCIAS DE LOS HECHOS SIGUIENTES:

1. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
2. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, RIÑAS O DESAFÍOS.
3. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS, MILITARES O DE POLICÍA.
4. HECHOS DERIVADOS DE ACTOS DE GUERRA, TERRORISMO, MANIFESTACIÓN, DESORDEN PÚBLICO, MOTÍN, TUMULTO POPULAR.
5. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
6. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.

CLÁUSULA 3. – LIMITACIONES:

1. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL CONTRATO SE RECONOCERÁN LOS EVENTOS QUE SIENDO OBJETO DE COBERTURA SE DERIVEN DE UNA URGENCIA.

2. A PARTIR DEL DÍA CIENTO VEINTIUNO (121) DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA EL ASEGURADO, SE RECONOCERÁN LOS GASTOS CAUSADOS POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS: EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO, CÁNCER Y CIRUGÍAS PROGRAMADAS NO URGENTES.
3. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO SERÁN OBJETO DE COBERTURA LAS PRIMERAS 48 HORAS, DESPUÉS DE ESE TIEMPO TENDRÁN QUE SER ASUMIDOS POR LA ARP CORRESPONDIENTE.
4. PARA EL CASO DE COMA IRREVERSIBLE, SE RECONOCERÁN MÁXIMO 60 DÍAS POR VIGENCIA ANUAL Y DENTRO DE ELLOS UN MÁXIMO DE 30 DÍAS DE ESTANCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
5. PARA LAS CORRECCIONES DEL TABIQUE NASAL (SEPTOPLASTIA O RINOSEPTOPLASTIA), SE INDEMNIZARÁ SÓLO EN LOS CASOS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y DEBIDAMENTE CERTIFICADO CON REPORTE MÉDICO Y RADIOLÓGICO, ESTE ÚLTIMO TOMADO DENTRO DE LAS 48 HORAS A LA OCURRENCIA.
6. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DE LA INCLUSIÓN DE UN ASEGURADO EN LA PÓLIZA, SE RECONOCERÁN LOS TRASPLANTES DE: HÍGADO, CórNEA, MÉDULA ÓSEA, PÁNCREAS, RIÑÓN, CORAZÓN, PULMONES Y TEJIDOS.
7. LA MATERNIDAD SE CUBRIRÁ, SI EL EMBARAZO INICIÓ POSTERIOR AL DÍA 90 DE PERMANENCIA ININTERRUMPIDA Y SIEMPRE Y CUANDO DESDE EL INICIO Y HASTA LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO HAYAN DOS (2) O MAS PERSONAS ASEGURADAS. SI ES ÚNICA ASEGURADA, LA MATERNIDAD SE CUBRIRÁ SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DE LA INCLUSIÓN DE LA ASEGURADA EN EL CONTRATO DE SEGURO.

CLÁUSULA 4. - COBERTURAS BÁSICAS:

LAS COBERTURAS DEL PRESENTE CONTRATO QUE A CONTINUACIÓN SE ENUNCIAN SERÁN RECONOCIDAS POR LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DE LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS, CON LOS CUALES SE TIENE ESTABLECIDO CONVENIO PARA LA ATENCIÓN DE LOS ASEGURADOS, Y SUJETOS AL VALOR MÁXIMO Y ÚNICO ASEGURADO POR VIGENCIA ANUAL POR ASEGURADO Y A LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES ESTABLECIDOS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS.

A. GASTOS CLÍNICOS HOSPITALARIOS:

1. HABITACIÓN HOSPITALARIA:

SE RECONOCERÁ LA PENSIÓN DIARIA QUE INCLUYE HABITACIÓN ESTÁNDAR, DIETA HOSPITALARIA Y SERVICIOS REGULARES DE ENFERMERÍA.

2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

INCLUYE LA ESTANCIA DIARIA EN ESTA UNIDAD, LOS SERVICIOS Y HONORARIOS MÉDICOS DE LO DEFINIDO COMO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. MIENTRAS EL ASEGURADO AFECTADO PERMANEZCA INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NO HABRÁ LUGAR A RECONOCIMIENTO POR SERVICIOS DE HABITACIÓN NORMAL, ENFERMERA ESPECIAL NI CAMA DE ACOMPAÑANTE.

3. ENFERMERA ESPECIAL:

SE RECONOCERÁ, CUANDO EL PACIENTE HOSPITALIZADO PADEZCA DE UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE LO AMERITE Y CUENTE CON UNA ORDEN MÉDICA ESPECÍFICA, LOS GASTOS INTRAHOSPITALARIOS DE ENFERMERA ESPECIAL DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS.

4. SERVICIOS HOSPITALARIOS:

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LOS GASTOS CAUSADOS POR CONCEPTO DE: DERECHOS DE ANESTESIA, SALA DE RECUPERACIÓN, SALA DE CIRUGÍA, MEDICAMENTOS, EXÁMENES DE LABORATORIO, SIMPLES Y ESPECIALIZADOS, TERAPIAS, PLASMA SANGUÍNEO, TRANSFUSIONES, YESOS, VENDAJES, ALQUILER DE EQUIPOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL Y DEMÁS SUMINISTROS HOSPITALARIOS.

5. PRÓTESIS:

PARA LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DENTRO DE LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS DE LA **COMPAÑÍA** SERÁN INDEMNIZADAS LAS SIGUIENTES PRÓTESIS: VALVULARES, VASCULARES (STENT), ARTICULARES, OCULARES, MAMARIAS (EXCLUSIVAMENTE POR CÁNCER DE MAMA Y TRAUMÁTICAS), LENTE INTRAOCULAR, DIÁBOLOS DE MIRINGOTOMÍA, MARCAPASOS, SIENDO EXCLUIDAS TODAS LAS DEMÁS NO SEÑALADAS EXPRESAMENTE COMO OBJETO DE COBERTURA DE ESTE CONTRATO DE SEGURO. ESTE VALOR ES POR ASEGURADO Y POR AÑO DE VIGENCIA DEL CONTRATO, NO SON VALORES ACUMULABLES DE UN AÑO A OTRO, NI TRANSFERIBLES ENTRE ASEGURADOS.

6. MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS:

SE INDEMNIZARÁ DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS.

B. GASTOS DE HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS:

1. HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS:

SE RECONOCERÁN LOS HONORARIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO, INCLUYE LAS CONSULTAS PRE Y POST QUIRÚRGICAS (MÁXIMO DOS).

2. INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS:

ESTAS VISITAS, SE INDEMNIZARÁN DE ACUERDO CON LO INDICADO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS ANEXO A ESTA PÓLIZA.

3. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO:

SE INDEMNIZARÁN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS.

4. HONORARIOS DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA:

SE INDEMNIZARÁN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CUADRO DE BENEFICIOS.

C. COBERTURA DE ALTO COSTO:

1. CÁNCER:

SE RECONOCERÁ EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO DEL CÁNCER DE ACUERDO CON LOS AMPAROS INDICADAS EN LOS LITERALES A Y B DE ESTA CLAUSULA. SE RECONOCERÁN LOS MEDICAMENTOS, CLASIFICADOS COMO ANTICANCERÍGENOS, QUE SE REQUIERAN PARA LAS TERAPIAS Y QUE SE EXPENDAN EN EL MERCADO NACIONAL APROBADOS POR EL INVIMA. LAS TERAPIAS SERÁN LAS ESPECÍFICAS PARA CÁNCER PRESCRITAS POR EL MÉDICO ONCÓLOGO TRATANTE, ES DECIR: RADIOTERAPIA, RADIUMTERAPIA, COBALTOTERAPIA, BRANQUITERAPIA, HORMONOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA

2. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LOS GASTOS QUE SE OCACIONEN COMO CONSECUENCIA DE UN TRASPLANTE DE ACUERDO CON LOS AMPAROS INDICADOS EN LOS LITERALES A Y B DE ESTA CLÁUSULA. LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS CUBIERTOS BAJO EL PRESENTE CONTRATO SON LOS SIGUIENTES: HÍGADO, Córnea, Médula Ósea, PÁNCREAS, RIÑÓN, CORAZÓN, PULMONES Y CUALQUIER TIPO DE TEJIDO QUE SEA SUMINISTRADO POR BANCO DE HUESOS Y/O TEJIDOS.

D. COBERTURAS AMBULATORIAS:

1. CONSULTAS MÉDICAS:

SE RECONOCERÁN POR PERSONA ASEGURADA Y POR AÑO DE VIGENCIA DEL CONTRATO.

2. TERAPIAS:

EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE VIGENCIA Y COMO SE INDICA EN EL CUADRO DE BENEFICIOS ADHERIDO A ESTA PÓLIZA DE SEGURO, A LAS TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, DEL LENGUAJE, DENTRO DE LA RED MÉDICA ADSCRITA A LA COMPAÑÍA.

3. EXÁMENES DE LABORATORIO Y DIAGNOSTICO SIMPLE:

SE RECONOCERÁN LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y DE PATOLOGÍA CLÍNICA BÁSICOS, RADIOLOGÍA SIMPLE, ELECTROCARDIOGRAMAS, ELECTROENCEFALOGRAMAS.

4. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO:

SE RECONOCERÁN LOS EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO, ASI NO HAGAN PARTE DE UNA HOSPITALIZACIÓN O URGENCIA MÉDICA. PARA ELLO EL ASEGURADO DEBE SOLICITAR PREVIAMENTE LA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA, (PRE-AUTORIZACIÓN).

5. URGENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

LAS URGENCIAS MÉDICAS DE CADA ASEGURADO TENDRÁN COBERTURA SIN LÍMITE EN EL NÚMERO DE LAS MISMAS.

E. MATERNIDAD:

SIEMPRE Y CUANDO HAYAN CONTRATADO LA COBERTURA, TENDRÁN DERECHO A ÉSTE BENEFICIO TODAS LAS MUJERES QUE FIGUREN COMO ASEGURADAS EN LA PÓLIZA. LA COMPAÑÍA BRINDARÁ COBERTURA A LOS SIGUIENTES EVENTOS DE LA MATERNIDAD: CONTROLES PRENATALES, CIRUGÍA POR EMBARAZO ECTÓPICO, COMPLICACIONES, ABORTO, PARTO NORMAL O POR CESÁREA, SIEMPRE Y CUANDO SE TENGA CONTRATADA ESTA COBERTURA.

F. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA:

1. ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA:

LA COMPAÑÍA PONE A DISPOSICIÓN DE LOS ASEGURADOS EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA 24 HORAS AL DÍA LOS 365 DÍAS DEL AÑO. LOS OPERADORES MÉDICOS QUE RECEPCIONAN LA LLAMADA, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA DADA POR EL ASEGURADO, HARÁN UN DIAGNÓSTICO AJUSTADO A LAS CLAVES INTERNACIONALES DE SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS DE EMERGENCIA MÉDICA.

- **CLAVE ROJA:** ES AQUELLA SITUACIÓN DE PELIGRO INMINENTE DE MUERTE. LA RESPUESTA DEBE SER INMEDIATA PUES EL PACIENTE CORRE SERIO RIESGO (REAL O POTENCIAL) DE PERDER LA VIDA. REQUIERE DE DESPLAZAMIENTO EN DE UNIDADES DE ALTA COMPLEJIDAD.
- **CLAVE AMARILLA:** ES TODA AQUELLA SITUACIÓN EN LA QUE, SI BIEN NO EXISTE RIESGO INMINENTE DE MUERTE, SE REQUIERE UNA RÁPIDA INTERVENCIÓN MÉDICA, YA SEA PARA CALMAR LOS SÍNTOMAS O PARA PREVENIR COMPLICACIONES DE MAYOR IMPORTANCIA.
- **CLAVE VERDE:** EL DIAGNÓSTICO INDICA QUE NO EXISTE PELIGRO INMINENTE PARA EL PACIENTE, NI DE EMERGENCIA NI DE URGENCIA EN LA INTERVENCIÓN MÉDICA Y ES SUSCEPTIBLE DE UN SEGUIMIENTO TELEFÓNICO, MIENTRAS EL BENEFICIARIO RECIBE ATENCIÓN DE SU MÉDICO.

EL OPERADOR MÉDICO ORIENTARÁ AL ASEGURADO O A QUIÉN SOLICITE EL SERVICIO, RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE DEBE ASUMIR, MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO PROFESIONAL MÉDICO-PACIENTE.

2. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA:

CUANDO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO SE REQUIERA DE UNA CONSULTA MÉDICA DE URGENCIA, LA COMPAÑÍA PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN UN MÉDICO PARA QUE LO VISITE EN EL DOMICILIO. EL VALOR DE

LOS HONORARIOS MÉDICOS GENERADOS POR DICHA ATENCIÓN, SERÁN CUBIERTOS POR LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA MANTENDRÁ LOS CONTACTOS NECESARIOS CON LOS FACULTATIVOS QUE ATIENDAN AL PACIENTE, PARA SUPERVISAR QUE LA ASISTENCIA MÉDICA SEA LA ADECUADA.

3. TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:

EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA E IMPREVISTA DE CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS, QUE REQUIERA A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE MANEJO EN UN CENTRO HOSPITALARIO; LA COMPAÑÍA ADELANTARÁ LOS CONTACTOS Y HARÁ LA COORDINACIÓN EFECTIVA PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE HASTA LA CLÍNICA O EL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO DE LA RED MÉDICA DEL PLAN.

EL OPERADOR MÉDICO DE LA COMPAÑÍA ORIENTARÁ A QUIEN SOLICITA EL SERVICIO RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE SE DEBEN ASUMIR, MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO PROFESIONAL MÉDICO-PACIENTE.

DEPENDIENDO DEL CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE, EL TRASLADO PUEDE REALIZARSE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS:

- **TRASLADO BÁSICO:** CUANDO LA SITUACIÓN CLÍNICA PRESENTADA POR EL PACIENTE NO REVISTE NINGÚN TIPO DE SEVERIDAD O COMPROMISO DEL ESTADO VITAL Y NO REQUIERA ACOMPAÑAMIENTO MÉDICO, LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL BENEFICIARIO UN VEHÍCULO PARA QUE LO TRASLADÉ DESDE SU DOMICILIO HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO DE LA RED DEL PLAN. EL VEHÍCULO PODRÁ SER UN TAXI O UNA AMBULANCIA BÁSICA.
- **TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA:** UNA VEZ CLASIFICADA LA SITUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE, LA COMPAÑÍA COORDINARÁ, CONTACTARÁ Y HARÁ SEGUIMIENTO DEL ARRIBO DE UNIDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS DE ALTA COMPLEJIDAD, PARA TRANSPORTAR AL PACIENTE HASTA EL CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL MÁS CERCANO DE LA RED DEL PLAN.

CLÁUSULA 5. - GRUPO ASEGURABLE:

De conformidad con los límites de edad de ingreso y permanencia que a continuación se indican, serán asegurables bajo el programa de Salud de Falabella, toda persona y su grupo familiar conformado por cónyuge e hijos, que a través del sistema de telemarketing y/o venta presencial, decidan tomar la presente póliza:

PLAN CON LÍMITE ANUAL Y SIN LÍMITE VITALICIO			
ASEGURADO	Edad Mínima De Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad de permanencia
Principal	18	60 años	ILIMITADA
Cónyuge	No hay	60 años	
Hijos que dependan económicamente del Asegurado Principal, solteros y estudiantes de tiempo completo en jornada diurna.	No hay	24 años	25 años

En todos los casos el Tomador deberá confirmar su afiliación al POS e indicar en la solicitud de seguro la EPS a la que están afiliados él y su grupo familiar.

El límite de edad para los hijos no operará cuando se trate de hijos con limitaciones físicas o mentales que le impidan ser independientes económicamente y que no se considere una preexistencia y la causa de esta limitación se haya iniciado antes de haber cumplido los 25 años de edad.

Las personas nuevas del grupo familiar que ingresen a la póliza tendrán cobertura desde el momento en que sean aceptados por La Compañía, cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad exigidos.

CLÁUSULA 6. - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Para su ingreso al seguro, el asegurado y los miembros de su grupo familiar, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- Originales del formato Prueba de Asegurabilidad completa y debidamente diligenciados para el ingreso inicial del grupo familiar y posteriores ingresos según corresponda.
- Grabación para afiliación telefónica.
- Confirmación por parte del asegurado de la afiliación al POS, de él y del grupo familiar que se está asegurando.

En casos de riesgos subnormales en donde las condiciones de salud del asegurado o sus dependientes así lo ameriten, la Aseguradora podrá solicitar pruebas médicas adicionales para evaluar su aceptación.

CLÁUSULA 7. - INICIO DEL SEGURO:

El seguro iniciará vigencia a partir del día siguiente a la fecha en que se efectúe la venta telefónica, teniendo en cuenta, para ello, la debida verificación de los documentos y pruebas de asegurabilidad que la persona haya entregado en el momento de la compra del seguro.

Para los seguros de venta presencial La Compañía notificará la fecha de inicio del seguro.

Los carnés, que acreditan la afiliación al seguro, serán entregados al grupo asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, a la fecha de la venta.

En caso de retiro de asegurados o cancelación del contrato de seguro, el asegurado deberá acercarse a la oficina de la Agencia de Seguros de las tiendas Falabella y allí diligenciará el formato correspondiente para el retiro de asegurados o de cancelación del contrato; o comunicarse con la línea de servicios al cliente: 5878001 para Bogotá, a nivel nacional 019003313121, cumplido este requisito se procederá a descargarlo automáticamente del sistema.

De igual manera para cambios de estado civil e ingreso de recién nacidos se deberá presentar la solicitud del nuevo dependiente dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido el evento. En estos casos, la fecha efectiva del amparo individual será efectiva a partir de la aceptación por la Compañía, según el cumplimiento de los requisitos de ingreso en la Solicitud Certificado, bien sea de manera telefónica o presencial.

CLÁUSULA 8. – DEFINICIONES:

Para mayor comprensión de esta Póliza, a continuación detallamos un Glosario de los Términos mayormente descritos en la misma:

- **Beneficio Máximo Anual:** Desembolso máximo que efectuará la Aseguradora por concepto de los beneficios provistos por el plan de seguro médico, a través de los pagos de reclamaciones efectuados durante la vigencia anual de la póliza, luego de cubierto los Copagos o deducibles correspondientes. Una vez agotada esta suma máxima anual, la cobertura del seguro cesará y sólo se restablecerá cuando se renueve la póliza e inicie una nueva vigencia anual.
- **Cirugía o procedimiento ambulatorio por accidente o enfermedad:** Cirugía o procedimiento practicado de manera ambulatoria a consecuencia de un accidente o de una enfermedad. Para que sea cubierta, deberá ser preautorizada por la compañía, para lo cual deberán presentarse el documento correspondiente debidamente

diligenciado por el médico tratante, detallando el diagnóstico que padezca el asegurado. Este procedimiento está sujeto a copago establecido en el Cuadro de Beneficios.

- **Condiciones pre-existentes o pre-existencias:** Se refiere a cualquier condición, o síntoma, lesión, enfermedad de un asegurado:
 - 1) Estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura del Asegurado bajo esta póliza, y cuyos síntomas estuvieron presentes antes de dicha fecha, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas o signos pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o
 - 2) Debido a la cual, el Asegurado ha recibido o se le ha recomendado, consulta, diagnóstico o tratamiento médico quirúrgico, servicio, suministro, medicamento o ha incurrido en gastos relacionados con los mismos con anterioridad a la fecha de vigencia de su cobertura en la póliza.
- **Copago:** Monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, antes de recibir los servicios cubiertos en la póliza.
- **Edad máxima de ingreso:** Es la edad máxima de inclusión de un asegurado en el plan del seguro.
- **Edad de permanencia:** Es la edad máxima hasta la cual una persona asegurada puede disfrutar de los beneficios del seguro. Una vez alcanzada la edad máxima cesará la cobertura del seguro.
- **Hospitalización por Accidente o Enfermedad:** Beneficio de la póliza mediante el cual es atendido el asegurado durante una hospitalización a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, siempre que las condiciones del asegurado, debidamente corroboradas por el (los) médico(s) tratante(s), determinen que dicha condición así lo amerita. A esta cobertura se le aplicará el copago establecido en el Cuadro de Beneficios.
- **Periodo de carencia:** Tiempo definido luego de la fecha de vigencia del asegurado en la póliza, durante el cual los gastos médicos en que incurra el asegurado no están cubiertos por la póliza.
- **Plan Básico con Red Preferencial de Proveedores Médicos:** Plan de Seguro Médico que brinda coberturas y beneficios a través de la Red de Proveedores Médicos de La Compañía, previamente definida para atender a los asegurados. En virtud del presente contrato, La Compañía no asume responsabilidad de ninguna clase respecto de dichas personas como suministradoras directas de los servicios. **Todo gasto médico incurrido fuera de la Red de Proveedores Médicos por el asegurado y/o sus dependientes asegurados, NO será cubierto bajo este contrato de seguro.**
- **Recidiva:** Reparición de una enfermedad poco después del periodo de convalecencia.
- **Red de proveedores médicos:** Es el conjunto de proveedores de servicios médicos – hospitalarios, laboratorios y radiología, que han efectuado un Contrato con La Compañía para suministrar servicios a los Asegurados.
- **Urgencia:** Cualquier evento que por ser imprevisto, agudo y apremiante, requiere de la atención médica inmediata y de asistencia especial en un servicio de urgencias de una institución hospitalaria y que de lo contrario, el estado general de salud del asegurado puede deteriorarse, agravarse o llevarle a serias complicaciones y/o secuelas, incluso la muerte.

CLÁUSULA 9. - FORMA Y PLAZO PARA EL PAGO DE PRIMAS:

La póliza será de pago mensual con cargo a la Tarjeta de la Compañía de Multifinanciamiento Rotativo-CMR. El plazo máximo para el pago de la prima del seguro será de 30 días contados a partir de la fecha de la expedición del respectivo documento de cobro.

CLÁUSULA 10. – RENOVACIONES:

Esta póliza de seguro de salud se renovará automática por un (1) año, en la fecha de su vencimiento, de acuerdo con las condiciones, valores asegurados y primas vigentes en la fecha de renovación. Si alguna de las partes manifiesta su deseo de no renovar, debe hacerlo por escrito o telefónicamente con una antelación no menor de treinta (30) días a la fecha de terminación de la vigencia.

CLÁUSULA 11. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO:

Los beneficios otorgados por la presente póliza, terminarán al ocurrir alguno de los siguientes hechos:

- a) La inexactitud o reticencia sobre los hechos o circunstancias que de haber sido conocidos por La Compañía le hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas.
Los asegurados deberán declarar verazmente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo.
- b) Por vencimiento de la vigencia sin haber sido renovada.
- c) Por el no pago del seguro en el plazo previsto en esta póliza.
- d) Las demás causas contempladas en la ley

PARÁGRAFO: No será reconocido por La Compañía ningún gasto con posterioridad al término de la vigencia de esta póliza, excepto cuando el asegurado se encuentre bajo un tratamiento hospitalario amparado, caso en el cual se prorrogará el servicio hasta el egreso hospitalario o hasta agotar la cobertura de la póliza de seguro de salud, la que se cause primero.

CLÁUSULA 12. - AFILIACIÓN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

Al momento de perfeccionamiento del presente contrato y en cada una de sus renovaciones, el asegurado principal declara bajo la gravedad de juramento, que está afiliado junto con su grupo familiar, al régimen contributivo o régimen especial del sistema general de seguridad social en salud.

CLÁUSULA 13. - RESPONSABILIDAD:

La Compañía pondrá a disposición de sus asegurados una red de instituciones y médicos relacionados en el Directorio Médico, quienes son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones. No obstante La Compañía no asume la responsabilidad de ninguna clase respecto de dichas personas como suministradoras directas de los servicios.



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL