

## CONDICIONES GENERALES

### PLAN DE SALUD FALABELLA ÉLITE PLUS

#### 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 DE SALUD.

##### A. GASTOS CLÍNICOS HOSPITALARIOS.

- HABITACIÓN HOSPITALARIA.
- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- CAMA DE ACOMPAÑANTE.
- ENFERMERA ESPECIAL.
- SERVICIOS HOSPITALARIOS.
- HONORARIOS MÉDICOS.
- CÁNCER.
- SIDA.
- TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- INSUFICIENCIA RENAL
- PRÓTESIS Y ÓRTESIS.
- MEDICAMENTOS POR CÁNCER, SIDA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- MATERNIDAD.
- CIRUGÍAS AMBULATORIAS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

##### B. GASTOS AMBULATORIOS.

- CONSULTA EXTERNA.
- TERAPIAS.
- EXÁMENES DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO SIMPLE
- EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO.
- URGENCIAS MÉDICAS

##### C. SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN AL ASEGURADO.

- AMBULANCIA TERRESTRE.
- ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA.
- EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

#### D. ODONTOLOGÍA

- PLAN DE SALUD ORAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ORALES.
- PLAN DE SALUD ORAL PARA URGENCIAS DENTALES.

#### 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 ESTA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD; NI 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, QUIROPRAXIA, 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. SE EXCEPTÚA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA GRADO III.
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. MATERNIDAD, LAS COMPLICACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO 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.
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 DE 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. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE CUBRIRÁ EL ALQUILER DE MULETAS, CAMAS ORTOPÉDICAS Y SILLAS DE RUEDAS CUANDO EXISTA EXPRESA ORDEN MÉDICA Y HASTA EL MÁXIMO ESTABLECIDO 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 SICOLOGICAS, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS,

ESTADOS DEPRESIVOS, PSICOTERAPIA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA, EXCEPTO LOS TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, EN CUYO CASO SE RECONOCERÁ MÁXIMO 30 DÍAS CALENDARIO POR VIGENCIA ANUAL. DENTRO DE ESTE TRATAMIENTO NO SE RECONOCERÁ NINGUN GASTO PRE Y POSTHOSPITALARIO

**EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES 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.
3. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCACIONEN 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 BAJO EL AMPARO DE MATERNIDAD.
8. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.
9. LA ASISTENCIA Y GASTOS A LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULOS 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.

**EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA COBERTURA DE ODONTOLGÍA.**

ESTE MÓDULO NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS CON EVENTOS QUE TENGAN ORIGEN O ESTÉN RELACIONADOS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DENTAL, COMO EL CASO DE LABIO LEPORINO.

2. LOS TRATAMIENTOS ORIGINADOS EN ENFERMEDADES MENTALES Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS, ALCOHÓLICAS O EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA.
3. LOS EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL NO CUBIERTOS POR LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUYO TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y QUIRÚRGICO HAYA SIDO CUBIERTO POR ÉSTA, EN CUYO CASO SE EXCLUYEN LOS APARATOS DE PRÓTESIS, SU IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN.
4. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL.
5. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
6. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS MILITARES O DE POLICÍA.
7. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA.
8. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN PRIVADA, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.
9. LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL, SEGÚN LOS CRITERIOS ÉTICOS, LEGALES, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS ACTUALES, PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
10. LAS LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/O INTENTO DE SUICIDIO.
11. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIONES DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
12. LOS PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN DOMICILIARIA.
13. LOS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL IMPORTADO NO RECONOCIDO EN COLOMBIA Y EN EL PLAN DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA: PRÓTESIS, IMPLANTES, REHABILITACIÓN ORAL, DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, SERVICIOS DE ORTODONCIA Y/O ORTOPEDIA FUNCIONAL: SERVICIOS CON METALES PRECIOSOS Y/O CUALQUIER TIPO DE PORCELANAS O CERÁMICA (PROSTODONCIA Y/O REHABILITACIÓN), ODONTOLOGÍA COSMÉTICA.
14. LOS PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES DENTALES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED ESTABLECIDA POR LA COMPAÑÍA. Y LOS SERVICIOS QUE NO HAYAN SIDO PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED.
15. LOS JUEGOS PERIAPICALES COMPLETOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS, CARILLAS PARA CAMBIOS DE FORMA, TAMAÑO O COLOR DE LOS DIENTES, O EL CAMBIO DE AMALGAMAS QUE SE ENCUENTREN ADAPTADAS Y FUNCIONALES POR RESINAS, ASÍ MISMO RESTAURACIONES PARA SENSIBILIDAD DENTAL, BLANQUEAMIENTOS DE DIENTES NO VITALES, SALVO LAS CAUSADAS POR LOS ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED, REMODELADO ÓSEO Y PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL.

### **CLÁUSULA 3. – LIMITACIONES.**

#### **A. LIMITACIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ODONTOLOGÍA.**

LOS BENEFICIOS OTORGADOS EN ESTE MÓDULO PARA EL AMPARO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SÓLO TENDRÁN OPERANCIA CADA SEIS (6) MESES Y MÁXIMO UNO (1) POR SEMESTRE Y POR PERSONA ASEGURADA, LOS DERECHOS NO SON ACUMULABLES, NI TRANSFERIBLES ENTRE ASEGURADOS.

PARA EL AMPARO DE URGENCIAS SE PODRÁ ACCEDER DE MANERA ILIMITADA Y TENDRÁ COBERTURA SIEMPRE Y CUANDO LA AFECCIÓN DENTAL SEA DEFINIDA Y CONSIDERADA POR EL ODONTÓLOGO GENERAL COMO UNA URGENCIA.

#### **B. LIMITACIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN.**

1. 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, SIDA, CIRUGÍAS PROGRAMADAS NO URGENTES.
2. SE RECONOCERÁN HASTA DOS (2) SESIONES DE TERAPIA FOTODINÁMICA POR ASEGURADO POR VIGENCIA ANUAL.
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 30 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 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, LA CUAL INCLUYE HABITACIÓN ESTÁNDAR, DIETA HOSPITALARIA Y SERVICIO GENERAL 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. **CAMA DE ACOMPAÑANTE:**  
INDEPENDIENTE DE LA EDAD DEL PACIENTE, SE RECONOCE ESTE BENEFICIO POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ESTÉ HOSPITALIZADA.
4. **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.

5. **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, PLASMA SANGUÍNEO, TRANSFUSIONES, YESOS, VENDAJES, ALQUILER DE EQUIPOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL, AMBULANCIA TERRESTRE Y DEMÁS SUMINISTROS HOSPITALARIOS.

**PARÁGRAFO:**

LA AMBULANCIA TERRESTRE EN PERÍMETRO URBANO, SERÁ CUBIERTA SIEMPRE Y CUANDO EL ESTADO DEL ASEGURADO ASÍ LO REQUIERA, PARA LOS SIGUIENTES CASOS, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA:

- DE LA CASA O LUGAR DEL ACCIDENTE AL CENTRO DE ASISTENCIA EN RED.
- DEL CENTRO DE ASISTENCIA EN RED A OTRO DEL MISMO GRUPO, DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE, PARA EXAMEN O PROCEDIMIENTO.

SI DADAS LAS CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO, NO ES POSIBLE SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIA, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ DICHOS SERVICIOS DE ACUERDO CON LAS TARIFAS DE CONVENIO ESTABLECIDAS CON LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS, SI SE ESTABLECE QUE SU USO FUE NECESARIO.

6. **HONORARIOS MÉDICOS:**

SE RECONOCERÁN LOS HONORARIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO. CUANDO SE TRATE DE HONORARIOS FUERA DE RED CON VALOR MÁXIMO ASEGURADO, ESTOS INDEMNIZARÁN DE ACUERDO CON LA COMPLEJIDAD DE LA CIRUGÍA, BASADOS EN LAS TARIFAS DE CONVENIO ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA CON LOS PRESTADORES MÉDICOS DE LA RED, INCLUYENDO LAS CONSULTAS PRE Y POST QUIRÚRGICAS [MÁXIMO TRES (3)].

PARA LAS VISITAS MÉDICAS INTRAHOSPITALARIAS FUERA DE RED SE INDEMNIZARÁN MÁXIMO DOS (2) VISITAS DIARIAS Y HASTA CINCO (5) INTERCONSULTAS DIARIAS EFECTUADAS POR MÉDICOS DE DIFERENTE ESPECIALIDAD A LA DEL MÉDICO DE CABECERA.

LA AYUDANTÍA QUIRÚRGICA SE INDEMNIZARÁ PARA CIRUGÍAS QUE POR SU COMPLEJIDAD LO AMERITEN, SIN EXCEDER EL 25%, DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS. PARA LOS HONORARIOS DE ANESTESIOLOGÍA LA INDEMNIZACIÓN SERÁ HASTA EL 40%, DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS.

SI DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, UNA SEGUNDA O TERCERAS CIRUGÍAS INCIDENTALES FUEREN NECESARIAS, PRACTICADAS O NO EN EL MISMO CAMPO OPERATORIO, ÉSTAS SE RECONOCERÁN ASÍ: LA SEGUNDA AL 50% Y LA TERCERA Y SIGUIENTES AL 25% DE SUS VALORES NORMALES.

7. **CÁNCER:**

SIEMPRE Y CUANDO EL CÁNCER SE INICIE A PARTIR DEL 121 DE PERMANENCIA ININTERRUMPIDA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA, SE RECONOCERÁ EL MANEJO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO DE ESTE.

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.

8. **SIDA:**  
LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LOS GASTOS INTRAHOSPITALARIOS QUE SE OCACIONEN POR LOS CONCEPTO DEL TRATAMIENTO DEL SIDA. SE RECONOCERÁN LOS MEDICAMENTOS QUE SE EXPENDAN EN EL MERCADO NACIONAL APROBADOS POR EL INVIMA, DEJANDO EXPRESAMENTE CONSAGRADO QUE NO SE CUBRE MEDICAMENTOS CATALOGADOS COMO ESTIMULANTES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO. EN NINGÚN CASO SE CUBRIRÁN MEDICAMENTOS EN FORMA AMBULATORIA, SALVO LO ANOTADO EN EL NUMERAL 12 DEL LITERAL A DE ESTA CLÁUSULA.
9. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:**  
LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LOS SIGUIENTES TRASPLANTES DE ÓRGANOS: HÍGADO, Córnea, Médula Ósea, PÁNCREAS, RIÑÓN, CORAZÓN, PULMONES Y DE CUALQUIER TIPO DE TEJIDO QUE SEA SUMINISTRADO EN BANCO DE HUESOS Y/O TEJIDOS.
10. **INSUFICIENCIA RENAL:**  
LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA, REVERSIBLE Y IRREVERSIBLE.
11. **PRÓTESIS Y ORTESIS:**  
LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LAS SIGUIENTES PRÓTESIS: VALVULARES, VASCULARES (STENT), ARTICULARES, OCULARES, MAMARIAS (EXCLUSIVAMENTE POR CÁNCER DE MAMA Y TRAUMÁTICAS), LENTE INTRAOCULAR, DIÁBOLOS DE MIRINGOTOMÍA, MARCAPASOS, CATÉTER DOBLE JOTA, SIENDO EXCLUIDAS TODAS LAS DEMÁS NO SEÑALADAS EXPRESAMENTE COMO OBJETO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO. TAMBIÉN SE RECONOCERÁ EL CARDIODESFIBRILADOR Y LAS ÓRTESIS PARA CUELLO, ANTEBRAZOS, MANOS Y ÓRTESIS LARGAS Y CORTAS PARA PIERNAS.
- CUANDO SE TRATE DE PRÓTESIS U ÓRTESIS COMPRADOS FUERA DE LA RED, SE INDEMNIZARÁN, DE ACUERDO CON LOS VALORES USUALES Y ACOSTUMBRADOS DE LA CIUDAD DONDE SE REALICE EL PROCEDIMIENTO.
- 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.
12. **MEDICAMENTOS POR CÁNCER, SIDA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS:**
- a. **CÁNCER:** LOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS COLATERALES A LA TERAPIA SUMINISTRADA.
  - b. **SIDA:** LOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DERIVADOS DE UNA HOSPITALIZACIÓN POR SIDA Y HASTA TREINTA (30) DÍAS POSTERIORES AL EGRESO HOSPITALARIO, EXCEPTUÁNDOSE LOS RETROVIRALES.
  - c. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** EL SEGURO CUBRE LOS MEDICAMENTOS REQUERIDOS POSTERIORES AL TRASPLANTE Y REQUERIDOS PARA EL CABAL FUNCIONAMIENTO DE ESTE.
13. **MATERNIDAD:**
- TENDRÁN DERECHO A ESTA COBERTURA TODAS LA MUJERES QUE FIGUREN COMO ASEGURADAS EN LA PÓLIZA, CON OCASIÓN DE LOS GASTOS QUE GENERE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, (CIRUGÍA POR EMBARAZO ECTÓPICO, COMPLICACIONES, ABORTO NO PROVOCADO, PARTO NORMAL O CESÁREA).
- AMPARO NEONATAL:**  
LOS HIJOS NACIDOS DE UNA MATERNIDAD CUBIERTA POR LA PÓLIZA, GOZARÁN DE LAS COBERTURAS AQUÍ DESCRITAS DESDE EL PRIMER DÍA DE NACIDOS, PARA ELLO ES NECESARIO QUE SU INCLUSIÓN SE EFECTÚE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO Y SE LES OTORGARÁ LAS MISMAS COBERTURAS QUE TENGA CONTRATADA LA MADRE EN LA PÓLIZA.



**PARÁGRAFO:** LA COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO SE EXTIENDE A LAS ANOMALÍAS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN ESTE CONDICIONADO.

**14. CIRUGÍAS AMBULATORIAS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:**

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS QUE SE REALICEN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES, FRACTURAS Y ENFERMEDAD, DE ACUERDO CON LO INDICADO EN LOS NUMERALES 5), 6) Y 11) DEL LITERAL A, DE ESTA CLÁUSULA.

**B. GASTOS AMBULATORIOS: (DENTRO DE LA RED DE LA COMPAÑÍA):**

**1. CONSULTA EXTERNA:**

A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE VIGENCIA EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A LAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS.

LA PÓLIZA RECONOCERÁ UN MÁXIMO DE 30 CONSULTAS POR PSICOLOGÍA (PSICOTERAPIA). AL AÑO POR ASEGURADO.

**2. TERAPIAS:**

EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A LAS TERAPIAS FÍSICAS, RESPIRATORIAS, OCUPACIONALES, DEL LENGUAJE, DE REHABILITACIÓN CARDIACA, ORTÓPTICA, PLEÓPTICA Y A LAS SESIONES DEL CURSO PRENATAL PSICOPROFILÁCTICO, DE MANERA ILIMITADA, DENTRO DE LA RED MÉDICA DE LA COMPAÑÍA.

**3. EXÁMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X:**

SE RECONOCERÁN LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA, LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIMPLE Y RADIOGRAFÍAS ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE.

**4. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO:**

SE RECONOCERÁN LOS EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO AMBULATORIO INCLUYENDO LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO, ASI NO HAGAN PARTE DE UNA HOSPITALIZACIÓN O URGENCIA MÉDICA. LA COBERTURA DENTRO DE LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS DE LA COMPAÑÍA, SERÁ ILIMITADA PARA ELLO EL ASEGURADO DEBE SOLICITAR PREVIAMENTE LA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA, (PRE-AUTORIZACIÓN).

**5. URGENCIAS MÉDICAS:**

SE CUBREN ILIMITADAMENTE LAS URGENCIAS MÉDICAS DENTRO LA RED MÉDICA DE LA COMPAÑÍA.

SE CUBRIRÁN LOS MEDICAMENTOS DERIVADOS DE UNA URGENCIA, ATENDIDA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA EN CONVENIO, EN LA RED DE FARMACIAS ADSCRITAS O POR REEMBOLSO HASTA POR 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL EGRESO HOSPITALARIO.

**C. SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN AL ASEGURADO:**

**1. AMBULANCIA TERRESTRE:** 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.

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.

**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 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.

3. **EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EL VALOR DE LA PRIMA DE LOS ASEGURADOS SUPERVIVIENTES EN LA PÓLIZA, A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE REGISTRE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y HASTA FINALIZAR LA VIGENCIA EN CURSO, BRINDANDO ASÍ COBERTURA A LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE ESTÉN ASEGURADOS.

#### D. **ODONTOLOGÍA:**

LA COBERTURA OTORGADA POR LA COMPAÑÍA SERÁ PRESTADA A TRAVÉS DE LA RED DE CLÍNICAS Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARÁN SIMPLEMENTE EL "TERCERO", EL CUAL ASUME LA OBLIGACIÓN EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR LOS SERVICIOS QUE MAS ADELANTE SE DEFINEN.

1. **COBERTURAS.**

BAJO EL PRESENTE AMPARO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS ODONTOLÓGICOS REQUERIDOS POR EL ASEGURADO, CON SUJECCIÓN A LOS LÍMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS, ANEXO A ESTA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD.

#### **A) PLAN DE SALUD ORAL PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES.**

ÁREA DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE ENCARGA DE PREVENIR LAS ENFERMEDADES ORALES Y PROMOVER EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL. LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SON:

- 1) **CONSULTAS:** ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE REALIZA LA EVALUACIÓN CLÍNICA, PARA DIAGNOSTICAR Y DEFINIR EL PLAN DE TRATAMIENTO DE UN PACIENTE. BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYE LA REALIZACIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DE SALUD ORAL A TRAVÉS DEL ODONTÓLOGO GENERAL Y REMISIONES QUE ÉSTE EFECTÚE A ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS DENTRO DE LA RED. SE EXCLUYE LA CONSULTA ESPECIALIZADA QUE NO SEA REMITIDA PARA UN TRATAMIENTO DERIVADO DE UNA URGENCIA OBJETO DE ESTE AMPARO.
- 2) **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:**
  - **PROFILAXIS:** BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYEN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA LA ELIMINACIÓN Y CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA, LA CUAL COMPRENDE LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA BLANDA.
  - **FLUORIZACIÓN:** BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYE LA APLICACIÓN DE FLÚOR PARA MENORES DE 15 AÑOS CUANDO ÉSTA SEA RECOMENDADA POR EL ODONTÓLOGO GENERAL, LA CUAL SE REALIZA CON EL FIN DE PREVENIR LA CARIES DENTAL.
  - **FISIOTERAPIA ORAL:** BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYE LA PRÁCTICA DE MEDIDAS DESTINADAS A LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD ORAL, TALES COMO: CHARLAS INDIVIDUALES DE MOTIVACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN, CONTROL DE PLACA BACTERIANA, ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE CEPILLADO Y USO DE SEDA DENTAL. EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, ADEMÁS SE INCLUYEN INSTRUCCIONES PARA EL MANEJO DE LA DIETA Y EFECTOS DEL AZÚCAR EN LA SALUD ORAL.

#### **B) PLAN DE SALUD ORAL PARA URGENCIAS DENTALES.**

BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYEN LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DESTINADAS A LA ATENCIÓN, MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR INTENSO EN PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS QUE AFECTAN LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA CABEZA Y CAVIDAD ORAL. LO ANTERIOR PUEDE SER CAUSADO POR AGENTES INFECCIOSOS, TRAUMÁTICOS O CÁUSTICOS. EN ESTE CUADRO DE EVENTOS INMEDIATOS SE INCLUYEN LAS AFECCIONES DEL NERVIOS DENTAL, SANGRADO POSTERIOR A UNA CIRUGÍA O TRAUMA, DOLOR MUSCULAR POR DIFICULTAD EN LA APERTURA BUCAL, DESALOJO TOTAL DE PIEZAS DENTALES, MOVILIDAD DENTAL A CAUSA DE TRAUMA, DRENAJE DE ABSCESOS DE ORIGEN RADICULAR O DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL CLIENTE, ENTRE OTROS. PARA LOS CASOS EN QUE SE PRESENTE FRACTURAS DE HUESOS DE LA CARA O DE LOS MAXILARES, SE PRESTARÁ LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS QUE INCLUYE REPOSICIÓN DE DIENTES DESALOJADOS O CON MOVILIDAD, SUTURA DE TEJIDOS BUCALES LACERADOS, CONTROL DEL SANGRADO Y PRESCRIPCIÓN DE ANALGÉSICOS.

- 1) **DIAGNÓSTICO ORAL:** ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE REALIZA LA EVALUACIÓN CLÍNICA, PARA DIAGNOSTICAR Y DEFINIR EL PLAN DE TRATAMIENTO DE UN PACIENTE. ESTE EXAMEN SERÁ PRACTICADO POR EL ODONTÓLOGO GENERAL Y EN LOS CASOS EN QUE REQUIERA ESPECIALISTA SE GENERA LA RESPECTIVA REMISIÓN Y ASESORAMIENTO.

- 2) **URGENCIA ENDODÓNTICA:** ÁREA DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE ENCARGA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL NERVIIO DENTAL Y LA RAÍZ. BAJO ESTE AMPARO SE DA COBERTURA A LA ELIMINACIÓN DE CARIES, RECUBRIMIENTOS PULPARES DIRECTOS O INDIRECTOS, OBTURACIÓN PROVISIONAL, OBTURACIÓN CON AMALGAMA, RESINA DE FOTOCURADO, IONOMERO DE VIDRIO (SOLO PARA RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES) Y TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS UNI, BI Y MULTIRRADICULARES. LOS TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS SON REALIZADOS DIRECTAMENTE POR LOS ESPECIALISTAS EN LA MATERIA.
- 3) **URGENCIA PROTÉSICA:** CEMENTADO PROVISIONAL O DEFINITIVO DE PRÓTESIS FIJAS, REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE, (ÚNICAMENTE SUSTITUCIÓN DE DIENTES) REALIZADOS POR ODONTÓLOGO GENERAL.
- 4) **URGENCIA PERIODONTAL:** ÁREA DE ODONTOLOGÍA QUE SE ENCARGA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA ENCÍA Y TEJIDOS DE SOPORTE DE DIENTE. BAJO ESTE AMPARO SE DA COBERTURA A LA REALIZACIÓN DE DETARTRAJES SIMPLES Y COMPLEJOS, RASPAGES Y ALISADOS RADICULARES SUPRA Y SUBGINGIVALES, RETIRO DE CAPUCHÓN PERICORONARIO (NO INCLUYE LA EXTRACCIÓN DE DIENTES INCLUIDOS) AJUSTES DE OCLUSIÓN Y FERULIZACIÓN. ESTOS PROCEDIMIENTOS SON PRACTICADOS POR ODONTÓLOGO GENERAL Y SEGÚN COMPLEJIDAD SE REMITE A ODONTOLOGÍA ESPECIALISTA.
- 5) **URGENCIA QUIRÚRGICA DENTAL:** ÁREA DE ODONTOLOGÍA QUE SE ENCARGA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS QUE REQUIEREN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ORALES Y EXTRACCIONES DENTALES. BAJO ESTE AMPARO SE OTORGA COBERTURA A LA REALIZACIÓN DE EXODONCIAS, CURETAJES, TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITOS POSTEXODONCIA, CONTROL DE HEMORRAGIAS Y SUTURAS EN PALADAR, ENCÍAS Y LENGUA. PRACTICADOS POR ODONTÓLOGO GENERAL Y SEGÚN SU COMPLEJIDAD SE REMITE A ODONTÓLOGO ESPECIALISTA.
- 6) **RAYOS X PERIAPICALES:** ES EL MEDIO QUE SOPORTA EL DIAGNÓSTICO DENTAL A TRAVÉS DE IMÁGENES OBTENIDAS POR LOS RAYOS X. BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYEN LAS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES PRELIMINARES QUE SERÁN EMPLEADAS COMO AYUDAS DIAGNÓSTICAS PARA LOS TRATAMIENTOS A PRACTICAR, URGENCIAS ENDODÓNTICAS (TRATAMIENTO DE CONDUCTOS) Y DE CIRUGÍA ORAL O CUALQUIER OTRO QUE SEA OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE CONTRATO. LAS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES QUE CUBRE EL PLAN SON LAS NECESARIAS PARA LA EJECUCIÓN Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS DENTALES.

**PARÁGRAFO:**

**CONDICIONES ESPECIALES APLICABLES A LA COBERTURA DE ODONTOLOGÍA:**

- a. LA COMPAÑÍA PODRÁ, EN CUALQUIER MOMENTO, SOLICITAR UNA CONSULTA ESPECIAL CON CUALQUIER ASEGURADO, CON EL OBJETO DE MANTENER EL NIVEL DE CALIDAD Y LA AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA Y/O ACLARAR DUDAS TÉCNICAS.
- b. ES REQUISITO INDISPENSABLE PARA LA OPERANCIA DE LA COBERTURA DE ODONTOLOGÍA LA AUTORIZACIÓN DEL ODONTÓLOGO GENERAL QUIEN REALIZARÁ EL DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO.
- c. SE CONSIDERA UN ABANDONO DE TRATAMIENTO LA CONDICIÓN DE SALUD ORAL QUE PUEDE VERSE AGRAVADA, DETERIORADA O CAUSAR SERIAS COMPLICACIONES Y/O SECUELAS, INCLUSO LA PÉRDIDA DEL DIENTE, CUANDO UN ASEGURADO NO ASISTE POR ESPACIO DE SESENTA (60) DÍAS CONSECUTIVOS A LA CITA PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INICIADO, CASO EN EL CUAL EL ASEGURADO SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE POR LAS COMPLICACIONES Y SECUELAS GENERADAS POR DICHO ABANDONO.

## 1. OBLIGACIONES:

EL ASEGURADO AUTORIZA EXPRESAMENTE A **LA COMPAÑÍA** PARA SOLICITAR INFORMES SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LESIONES O ENFERMEDADES PARA LA COMPROBACIÓN DE CUALQUIER TRATAMIENTO. ADEMÁS AUTORIZA A **LA COMPAÑÍA** PARA QUE LA CLÍNICA, CENTRO DE SALUD ORAL O CUALQUIER INSTITUCIÓN DENTAL Y ODONTÓLOGO TRATANTE LE SUMINISTRE TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA MISMA.

**LA COMPAÑÍA** CUBRIRÁ LA ATENCIÓN DE URGENCIA COMPROBADA, DESDE QUE HAYA OCURRIDO EN EL TERRITORIO NACIONAL Y SOLAMENTE EN LAS CIUDADES DONDE OPERA EL PRESENTE SEGURO.

COMO GARANTÍA DE ESTA COBERTURA, EL SERVICIO OPERA ÚNICAMENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN LAS CIUDADES CAPITALES.

DEBE QUEDAR CLARO QUE SI EL CONTRATO AL QUE ACCEDE ESTE AMPARO, POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA PARA LA FECHA EN QUE FUERON PRESTADOS LOS SERVICIOS FUE TERMINADO O REVOCADO, EL ASEGURADO ESTARÁ EN LA OBLIGACIÓN DE CANCELAR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR **LA COMPAÑÍA**.

## 2. RESPONSABILIDADES:

**LA COMPAÑÍA** PONDRÁ A DISPOSICIÓN DE SUS ASEGURADOS UNA RED DE INSTITUCIONES DENTALES Y ODONTÓLOGOS, QUE SON PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS LEGALMENTE AUTORIZADAS PARA EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD ODONTOLÓGICA 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.

## 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 telemercadeo y/o venta presencial, decidan contratar 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 el 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.

## CLAUSULA 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 seguro 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:

- **Aborto:** Expulsión del feto y la placenta antes de la semana 24 de gestación, puede ser espontáneo o provocado.
- **Accidente:** Para los efectos de este contrato se entiende por accidente el suceso de causa externa, violento, súbito y repentino, que dependiente o no de la voluntad del asegurado, genera una lesión corporal a una persona amparada por la presente póliza, durante la vigencia del seguro personal.
- **Acto médico o paramédico:** Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y que se ajusta a las disposiciones científicas y legales avaladas por las sociedades médicas competentes.
- **Acupuntura:** Es un método terapéutico que forma parte de la medicina tradicional china. Es una técnica reservada para los médicos diplomados en Acupuntura.
- **Amparos:** eventos cubiertos por la póliza de seguro de salud.
- **Anexos:** Todos aquellos documentos que se emiten para modificar el presente seguro.
- **Anomalía congénita:** Particularidad, irregularidad o estado contrario al orden natural orgánico de individuo producto de su información genética y su desarrollo embrionario.
- **Anorexia:** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- **Aparato Ortopédico:** Elemento o aditamento que permite la inmovilización, movilización, mantenimiento de la estabilidad, corrección de posturas y/o deformidades, con el fin de contribuir a la cura o corrección de la enfermedad o lesión.

- **Asegurado Principal:** Es el titular del interés asegurable para sí o sus dependientes, siendo o no beneficiario de la póliza.
- **Asistencia médica ambulatoria:** Son los servicios médicos asistenciales que no generen pensión hospitalaria.
- **Bioenergética:** Es una técnica terapéutica de trabajo energético-corporal, basándose en la compresión en profundidad de nuestros conflictos interiores.
- **Bulimia:** Presencia de atracones recurrentes (ingesta de alimentos en cantidad inferior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar o sensación de pérdida de control de la ingesta del alimento) y las conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso.
- **Campo Quirúrgico:** Es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una intervención quirúrgica o procedimiento.
- **Chequeo general de rutina (chequeo ejecutivo):** Comprende las consultas médicas y exámenes generales y especiales de diagnóstico, sin un cuadro clínico establecido, con el único objeto de determinar un estado general de salud.
- **Clínica u hospital:** Establecimiento que reúne los requisitos legales para prestar atención en salud y que está debidamente reconocido y registrado como tal, de acuerdo con las disposiciones legales. No se catalogan como tales las instituciones de Cuidados Intermedios ni los asilos de ancianos.
- **Cobertura:** Eventos amparados por la póliza.
- **Copago:** Es un monto fijo que debe pagar el asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, después de completar el deducible, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por **La Compañía**.
- **Deducible:** Es el valor a cargo del asegurado por concepto de los servicios estipulados en la Carátula de la Póliza y en el Cuadro de Beneficios
- **Enfermedad:** Alteración del estado fisiológico en el ser humano. Evento que para los efectos de los amparos que otorga este contrato, se haya iniciado durante la vigencia de la cobertura personal.
- **Estupefaciente:** Sustancia narcótica y analgésica que causa hábito, altera las condiciones fisiológicas y psíquicas del paciente y produce estado especial de euforia.
- **Exclusión:** Toda condición, evento, elemento no cubierto bajo la presente póliza.
- **Extraprima:** Prima adicional que permite amparar las enfermedades, secuelas, complicaciones y recidivas declaradas y aceptadas por **La Compañía**.
- **Fuera de red:** Médicos, profesionales de salud, hospitales e instituciones médicas y paramédicas que no tienen convenio con **La Compañía**.
- **Gastos médicos razonables y acostumbrados:** Que el tratamiento por enfermedad o lesión debe ser científica y éticamente indispensable y que el costo sea comparable o promedio a los que eventualmente puedan ser prestados por otros proveedores de iguales o semejantes servicios, dentro de una misma área geográfica.
- **Homeopatía:** Método terapéutico mediante el cual se trata el enfermo con remedios que, suministrados a un hombre sano en cantidades ponderales, provocaría síntomas similares a aquellos que hay que curar.
- **Hospitalización:** La permanencia en un hospital o clínica, para la atención médica de una enfermedad o accidente siempre que causen pensión hospitalaria o uso de sala de cirugía.
- **Indemnizar:** Resarcir, los gastos médicos incurridos por el tomador y/o asegurado principal o persona amparada en esta póliza de seguro.
- **Institución dental:** Es el establecimiento que reúne las condiciones exigidas por la ley colombiana para prestar los servicios objeto de este contrato y debe estar legalmente registrada y autorizada para prestar los mismos
- **Insuficiencia renal crónica:** Es la etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos y que como consecuencia de lo cual se hace necesaria la realización de diálisis renal, ya sea por diálisis peritoneal o por hemodiálisis, o bien el trasplante renal.
- **Medicamentos:** Son los preparados o sustancias clínicamente probadas como efectivas, reconocidas por el órgano regulador farmacéutico que se requieren para el tratamiento y/o estabilización de la condición médica o para compensar ciertas sustancias del organismo.  
Los productos clasificados como vitaminas o minerales (excepto durante el embarazo o para tratar síndromes graves de deficiencia vitamínica diagnosticados clínicamente), los productos nutritivos, dietéticos, reconstituyentes, los productos que se utilizan con medida preventiva o que se toman habitualmente, los productos cosméticos, incluso cuando hayan sido prescritos y contengan sustancias terapéuticas, están excluidos de la cobertura de la póliza de seguro de salud.

- **Médico y profesional de la salud:** Las personas naturales que, habiendo obtenido el título universitario correspondiente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión médica.
- **Odontólogo:** Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos.
- **Órtesis:** Dispositivo ortopédico que sirve para sostener, alinear y corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.
- **Paliativo:** Es la internación para el paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, cuyo tratamiento debe ser integral para mejorar su calidad de vida.
- **Pre-autorización:** Se refiere al documento expedido por **La Compañía**, en donde constan las condiciones autorizadas de manejo médico o del ingreso de un asegurado en un hospital, para un procedimiento médico o de diagnóstico que le será practicado al asegurado, conforme a los requerimientos incluidos en esta Póliza. La pre-autorización en ningún momento se entenderá como garantía de pago. Para el pago de cualquiera de los beneficios elegibles bajo esta Póliza y sus endosos, en los casos que **La Compañía** lo estime necesario, los objetivos de la pre-autorización son: evaluar si el servicio es médicamente necesario y si el lugar de servicio es el adecuado, y verificar la elegibilidad de la persona asegurada para el servicio que se está solicitando. Las pre-autorizaciones se evaluarán en base a la política que **La Compañía** establezca. **La Compañía** no será responsable por el pago de dichos servicios si los mismos han sido prestados o recibidos sin dicha autorización. En caso de emergencia no se requerirá pre-autorización, pero se le deberá notificar a **La Compañía** dentro de las próximas veinticuatro (24) horas o tan pronto como sea razonablemente posible.
- **Preexistencia:** Toda enfermedad afección o malformación conocida o no por el asegurado, que se inicie antes de la vigencia de esta póliza de seguro y de la cobertura que ésta ampara, también se incluyen sus complicaciones recidivas o secuelas, aunque éstas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud del seguro.
- **Prótesis:** Son elementos que permiten reemplazar y optimizar la capacidad orgánica y funcional suprimida en un momento dado, de un órgano.
- **Red:** (Red Médica, Red de Proveedores Médicos), son los médicos, profesionales de la salud, clínicas, hospitales, laboratorios e instituciones médicas y paramédicas que debido a un convenio con **La Compañía**, ofrecen su capacidad científica y técnica a los asegurados. **La Compañía** se reserva el derecho de modificar la red y su disponibilidad para cada plan sin previo aviso. Los Proveedores médicos son directamente responsables de sus servicios como profesionales independientes de la medicina.
- **Retrasplante:** Es la realización de un trasplante por segunda vez.
- **Sida:** Para efectos del presente contrato se entiende por enfermo de SIDA: todo individuo que tenga una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo), menos de 200/mm<sup>3</sup> o un porcentaje de linfocitos totales CD4 menos del 14% y que tenga además cualquiera de las siguientes condiciones asociadas: candidosis de la traquea, bronquios o pulmones, candidosis de esófago, cáncer invasivo de cuello uterino, Coccidiodomicosis extrapulmonar o diseminada, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar), Citomegalovirus, Retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual), encefalopatía relacionada con VIH, Herpes simple, úlcera(s) crónica(s), de más de un mes de duración; o bronquitis, neumonitis o esofagitis, Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar, Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), leucocefalopatía multilocal progresiva, linfoma de Burkitt, Linfoma inmunoblástico, Linfoma primario del cerebro, Mycobacterium avium – intracellulare o Mycobacterium Kansaii, diseminadas o extrapulmonares, Mycobacterium tuberculosis en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar), Mycobacterium otras especies indentificadas o no, diseminadas o extrapulmonares, Neumonía linfoide intersticial y/o hiperplasia pulmonar linfoidea, neumonía P. Carini, neumonías bacterianas recurrentes, salmonella (no tifoidea), Sarcoma de Kaposi, Síndrome de consunción causado por VIH, Toxoplasmosis cerebral.

Definición para menores de 14 años:

1. Para los menores de 14 años, el recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) deberá ser menor de:

750/mm<sup>3</sup>: para niños menores de 1 año.

500/mm<sup>3</sup>: para niños con edades entre 1 y 5 años.

200/mm<sup>3</sup>: para niños con edades entre 5 y 14 años.



2. Todo niño mayor de 15 meses con una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot y que tenga las condiciones ya citadas para los mayores de 14 años, más infecciones bacterianas recurrentes (más de dos episodios de sepsis, neumonía o meningitis).

Todo niño menor de 15 meses con cultivo positivo o evidencia de infección por VIH por prueba de polimerización en cadena, más las condiciones clínicas citada en el aparte de sepsis, neumonía.

- **SMMLV:** Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.
- **Sustancia psicotrópica:** Toda sustancia natural o sintética que provoca adicción en el organismo tanto física como psicológica.
- **Sustancia neuroléptica:** Medicamentos usados para el tratamiento de la psicosis, otros trastornos psiquiátricos y como analgésicos adyuvantes.
- **Tomador:** La persona natural o jurídica que contrata el seguro, a la cual se encuentra vinculado el asegurado principal y que obrando por cuenta propia, traslada los riesgos.
- **Unidad de Cuidados Intensivos:** Es el lugar de cuidado especializado, intra- hospitalario, dotado con recursos humanos idóneos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico y acorde con las disposiciones legales vigentes.
- **Urgencias:** Es la alteración física y/o psiquiátrica dictaminada por un médico producida por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la atención inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La urgencia en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria, que en los servicios que ofrece contemple el servicio de urgencias.

#### **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. - REEMBOLSO POR ATENCIONES PROGRAMADAS EN EL EXTERIOR:**

La Compañía reconocerá, mediante el mecanismo de reembolso a las tarifas de convenio establecidas con su Red médica en Colombia, teniendo como referencia la ciudad de Bogotá, el valor de los servicios prestados en el exterior por cualquier entidad hospitalaria, sujeto al copago registrado en el Cuadro de Beneficios y hasta el valor allí indicado.

#### **CLÁUSULA 12. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO:**

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 13. - 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 14. – RESPONSABILIDAD:**

La Compañía pondrá a disposición de los 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.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'S' followed by a horizontal line and a small dot below it.

**FIRMA REPRESENTANTE LEGAL**