SEGUROS BOLÍVAR

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. No.POL12897177

Fecha de expedición | AA: 2024 | MM: 12 | DD: 17

AUTORIZACIÓN DE NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN 18764064487531 DE 2024-01-29 HASTA 2025-07-29 DE LA POL10000001 A LA POL15000000
RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS GRANDES CONTRIBUYENTES DIAN - RETENEDORES DE IVA
ACTIVIDAD ECONÓMICA 6512 TARIFA ICA 11.04 BOGOTÁ

CUFE: 7f359b5fdd36d375fb506d0d46476a6b76f49334af344add63b6bcf9f3526b3745dab4b2491572a04792c483f33b7d6c

Apellidos y Nombres o Razon Social	C.C. o NIT
LA NACION- UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DIRECCION DE IMPUE	800197268

Dirección	Ciudad	Telefono
CL 26 # 106 39 P 2 CENTRO ADMINISTRATIVO DE CARGA	BOGOTÁ, D.C.	

Forma de Pago	Medio de Pago
Crédito	Transferencia Débito

CÓDIGO	CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR - DIVISA
34-67	1	Poliza 1001505315301 PREMIER ELITE ULTIMATE DIVISA USD, EL PAGO DE LA PRIMA DEBERA REALIZARSE EN COP A LA TRM DE LA FECHA DE PAGO Y EL IVA A LA TRM DE LA EMISION. Certificado: 0 N: 1. Riesgo Asegurado: ANDREA PRIETO GONZALEZ	24.280.327 COP 5.895,75 USD

SON:

VEINTICINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS CUARENTA Y TRES CON 00/100

	COP	USD
SUBTOTAL	24.280.327	5.615
IVA 5,00%	1.214.016	280,75
VALOR A PAGAR	25.494.343	5.895,75

FIRMA Y SELLO RECIBIDO

FIRMA Y SELLO SEGUROS BOLIVAR S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
FORMA BBO (Redis. Junio/18)

DIAN	Certificación de bienes y servicios recibidos	FT-ADF-2337
Proceso: Administrativo y Financiero		**Versión** 5

Nota: Para pagos diferentes a procesos contractuales, diligenciar únicamente las casillas 1, 2, 15 a 22 y luego la número 25

1. Número:	002	2. Fecha:	Día	Mes	Año
			20	12	2024

Descripción

3. Contrato, Orden de compra o Acto Administrativo No.:	00-211-2024
4. Nombre o razón social:	**COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**
5. Documento de Identificación	860.002.503-2
6. Designación de supervisión:	Oficio 100-151-189-1670-2024 de fecha 21 de noviembre de 2024, suscrito por la Subdirectora de Compras y Contratos

7. Fecha de inicio contrato:	Día	Mes	Año	8. Fecha de terminación contrato:	Día	Mes	Año
	27	11	2024		26	12	2024

9. Forma de Pago:	Un solo pago correspondiente al 100% del valor del contrato, previa entrega y recibo de los bienes y/o servicios a entera satisfacción por parte del Supervisor del Contrato y la presentación de la factura con todos los documentos soporte ante el Supervisor del contrato, para que este tramite su pago. Pesos colombianos con la Tasa Representativa del Mercado (TRM) del día del pago.

Información para pago

10. Registro presupuestal No.	392924	Fecha	Día	20	Mes	11	Año	2024	Rubro	A-02-02-02-007-001	Valor a afectar con este pago	$ 25.494.343,00
Registro presupuestal No.		Fecha	Día		Mes		Año		Rubro		Valor a afectar con este pago	
11. Número de factura	POL12897177	Fecha	Día	17	Mes	12	Año	2024			Valor	$ 25.494.343,00
Número de factura		Fecha	Día		Mes		Año				Valor	
12. Valor amortización de anticipo presente factura												$ 0,00
13. Otras deducciones												$ 0,00
											14. Valor pagar	**$ 25.494.343,00**

Espacio exclusivo para otros pagos diferentes a procesos contractuales

15. Nombre o razón social:												
16. NIT/CC:										17. Fecha Límite de Pago	Día / Mes / Año	
18. CDP Número		Fecha	Día		Mes		Año		Rubro		Valor	
19. Número de factura		Fecha	Día		Mes		Año				Valor	
20. Otras deducciones												
											21. Valor pagar	**$ 0,00**

22. Certificación de recibido a satisfacción (aplica también para pagos diferentes a los de contratos)

Informe de Actividades No. 2: Cuenta a la fecha con certificado de seguro, póliza 1001505315301, con emisión por parte de la Compañía de Seguros Bolívar S.A. con fechas de cobertura del 17 de diciembre de 2024 al 17 de diciembre de 2025, la prima corresponde a US$ 5.896 (Vr. Prima US$ 5.615 + IVA Prima US$ 281), valores los cuales fueron facturados esta misma fecha, el documento soporte factura POL12897177 fue remitido vía correo electrónico el día 19 de diciembre de 2024. Se anexa al presente el certificado de seguro mencionado anteriormente.

23. Verificación de pago de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales

Teniendo en cuenta el Anexo 4 - Clausulas Contractuales, Contrato No.00-211-2024, Parágrafo 1, inciso ii, el contratista allega vía correo electrónico el viernes 13 de diciembre de 2024, documento AUDFINBOG-CER2024-30850 con fecha de emisión 6 de diciembre de 2024 y firmado por parte del revisor fiscal, certificando el pago oportuno y al día con respecto a los aportes al sistema de seguridad soial integral y parafiscales, con última fecha de pago 30 de noviembre de 2024.

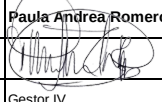
24. Verificación de cargue de documentos en el SECOP II

Se envía al contratista para que se sirva subir la documentación al SECOP, junto con los documentos soportes completos para efectos del trámite de pago de la factua POL12752384. Para verificación del cargue de los documentos, por favor remitirse al proceso IMC-00-050-2024.

25. Observaciones

Para efectos del trámite de pago, se aclara lo siguiente: **"EL PAGO DE LA PRIMA DEBERÁ REALIZARSE EN COP A LA TRM DE LA FECHA DE PAGO Y EL IVA A LA TRM DE LA EMISION"**.

De igual manera se hace claridad en cuanto a que la cobertura quedó únicamente para el funcionario, ya que su grupo familiar como se informó anteriormente no cuenta con afiliación a EPS en Colombia siendo este un requisito para poder ser incluido el grupo familiar para efectos de cobertura.

26. Supervisor del contrato u Ordenador de Gasto		**26. Supervisor del contrato**	
Nombres y apellidos	**Paula Andrea Romero Briceño**	**Nombres y apellidos**	
Firma		**Firma**	
Cargo	Gestor IV	**Cargo**	
26. Supervisor del contrato		**26. Supervisor del contrato**	
Nombres y apellidos		**Nombres y apellidos**	
Firma		**Firma**	
Cargo		**Cargo**	

Información Pública Clasificada

KPMG S.A.S.
Calle 90 No. 19c - 74
Bogotá D.C. - Colombia

Teléfono +57 (601) 618 8000
+57 (601) 618 8100

www.kpmg.com/co

AUDFINBOG-CER2024-30850

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
NIT. 860.002.503-2

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con consulta en registros contables y planilla integrada de autoliquidación de aportes:

1. La Compañía ha cumplido con el pago oportuno de sus obligaciones con: Las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías - AFP, Administradora de Riesgos Laborales - ARL y Cajas de Compensación Familiar al 30 de noviembre de 2024 y con las Entidades Promotoras de Salud - EPS al 31 de diciembre de 2024.
2. La Compañía, ha cumplido con el pago oportuno de los aportes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, al 30 de noviembre de 2024, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1607 del 26 de diciembre de 2012 y el Decreto 0862 del 26 de abril de 2013.
3. El último pago se realizó el 30 de noviembre de 2024, para los aportes correspondientes a salud del mes de diciembre de 2024 y pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales del mes de noviembre de 2024 de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 2236 de 1999, Decreto 1464 de 2005, Decreto 1670 de 2007 y el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

La presente certificación se expide por solicitud de la Administración, en la ciudad de Bogotá D.C. a los seis (6) días del mes de diciembre del año dos mil veinticuatro (2024).

* * * * *

En cumplimiento del artículo 2 de la Ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información requerida que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes antes mencionadas.

Digitally signed by
LEIDY FERNANDA
HERNANDEZ ARENAS
Date: 2024.12.06
15:26:57 -05'00'

Leidy Fernanda Hernández Arenas
Revisor Fiscal de Compañía de Seguros Bolívar S.A.
T.P. No. 183118-T
Miembro de KPMG S.A.S.

Elaborado por YJSB
Revisado por: DPV

© 2024 KPMG S.A.S., sociedad colombiana por acciones simplificada, adscrita a la organización global de firmas miembro independientes de KPMG International Limited, una entidad inglesa privada limitada por garantía. Todos los derechos reservados.

Bogotá D.C., 20 de diciembre de 2024

INFORME DE ACTIVIDADES No_2

Mediante el presente me permito relacionar las actividades llevadas a cabo con respecto al Contrato No.00-211-2024:

I. Estado de pólizas funcionarios:

1) Póliza Andrea del Pilar Prieto González CC 52816947
Cuenta a la fecha con certificado de seguro, póliza 1001505315301, con emisión por parte de la Compañía de Seguros Bolívar S.A. con fechas de cobertura del 17 de diciembre de 2024 al 17 de diciembre de 2025, la prima corresponde a US$ 5.896 (Vr. Prima US$ 5.615 + IVA Prima US$ 281), valores los cuales fueron facturados esta misma fecha, el documento soporte factura POL12897177 fue remitido vía correo electrónico el día 19 de diciembre de 2024. Se anexa al presente el certificado de seguro mencionado anteriormente.

Se hace claridad en cuanto a que la cobertura quedó únicamente para el funcionario, ya que su grupo familiar como se informó anteriormente no cuenta con afiliación a EPS en Colombia siendo este un requisito para poder ser incluido el grupo familiar para efectos de cobertura.

II. Trámite de pago

Con respecto a este trámite, el día 19 de diciembre de 2024, fue remitida vía correo electrónico la factura POL12897177 de fecha 17 de diciembre de 2024, por valor de US$ 5.896 - $25.494.343 para su respectivo trámite.

Se aclara lo siguiente: "**EL PAGO DE LA PRIMA DEBERÁ REALIZARSE EN COP A LA TRM DE LA FECHA DE PAGO Y EL IVA A LA TRM DE LA EMISION"**

Cordial Saludo,

Paula Andrea Romero Briceño
Gestor IV – Coordinación de Recobro y Seguimiento a las Incapacidades
Supervisor Contrato No. 00-211-2024

DATOS ENVÍO
NOMBRE: DELIMA MARSH S.A. LOS CORREDORES DE SEGUROS
DIRECCIÓN:
CIUDAD: -

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: LA NACIÓN- UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DIRECCIÓN DE IMPUE
IDENTIFICACIÓN: 800197268
CIUDAD: BOGOTA, D.C.

SEGURO DE SALUD

CERTIFICADO DE SEGURO

Póliza N°: 1001505315301
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 17/12/2024

OBSERVACIONES:
EMISION FILENET 1927264.CERTIFICADO DE SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE	HASTA
17/12/2024	17/12/2025
Día Mes Año	Día Mes Año
A las 24 horas	A las 24 horas

RELACIÓN DE ASEGURADOS

NOMBRE	SEXO	PARENTESCO	E.P.S
ANDREA PRIETO GONZALEZ	FEMENINO	ASEGURADO PRINC	E.P.S. SANITAS.

$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA	US$ 5,615
IVA PRIMA	US$ 281
TOTAL A PAGAR	**US$ 5,896**
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL

NOTA IMPORTANTE

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 al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Página en blanco

GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN

COBERTURAS

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

TABLA DE COBERTURA

Código de Clausulado	01/03/2023-1407-P-35- PH-0000000000071-D00I

Suma Asegurada Máxima	US$5,000,000
Opción Deducible contratado	Colombia/ Exterior US$0/US$2000
Área de cobertura geográfica	Mundial

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN	
Alojamiento en el hospital y alimentos	100%, habitación privada, hasta Suite en Colombia
Gastos personales	US$20 por noche
Cama extra en el hospital para acompañante, en la misma habitación	100%, 1 persona
Derecho a sala de operaciones, pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos	100%
Cuidados intensivos	100%
Cirugía incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico	100%
Exámenes especiales de diagnóstico	100%
Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas	100%
Cirugía por obesidad, período de espera de 24 meses	100%
Cirugía preventiva	100%
Implantes prostésicos y órtesis	100%
Prótesis	100%
Cirugía reconstructiva	100%
Medicamentos post-hospitalarios	100% máximo 30 días Únicamente en Colombia

TRATAMIENTO Y CUIDADOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y/O MANEJO AMBULATORIO	
Exámenes especiales de diagnóstico	100%
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas durante la cobertura	En Colombia 100% Fuera de Colombia: US$500,000 de por vida, diagnosticadas antes de los 18 años. 100% de por vida diagnosticadas a los 18 años o después
Tratamiento contra el cáncer	100%
Transplantes	En Colombia 100% Fuera de Colombia US$1,000,000 de por vida, por condición
Diálisis renal	100%
SIDA, VIH, periodo de espera de 1 año	US$500,000 de por vida
Actividades y deportes peligrosos (amateur)	100%
Autismo	Hasta US$20,000

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TRATAMIENTO AMBULATORIO	
Cirugía ambulatoria	100%
Exámenes especiales de diagnóstico	100%
Honorarios médicos y de especialistas	100%
Consulta externa tradicional	US$3,000 Cobertura únicamente en Colombia
Enfermeros profesionales	100%, máximo 30 visitas. Únicamente fuera de Colombia
Fisioterapeutas, Osteópatas y Quiroprácticos	100%, máximo 30 visitas. Únicamente fuera de Colombia
Podología (podiatra, quiropodista, especialista en ortopedia)	100%, máximo 30 visitas. Únicamente fuera de Colombia
Consultas medicina alternativa: naturopatía, homeopatía, medicina china	100%, máximo 15 visitas. Únicamente fuera de Colombia
Medicamentos y materiales de curación con receta médica	En Colombia 80%* hasta US$2.000 Fuera de Colombia 100%
Medicamentos altamente especializados con receta médica (requiere pre-autorización)	100%
Equipo médico durable	100%
Asesoría nuticional	100%, máximo 4 visitas fuera de Colombia
Tratamiento de Rehabilitación	100%, máximo 6 meses. Únicamente en Colombia
Tratamiento en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia. No aplica deducible.	100%, Copago US$50. Únicamente en Estados Unidos

SALUD MENTAL	
Salud mental durante hospitalización: psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta	100%, máximo 30 visitas
Salud mental ambulatoria: psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta	100%, máximo 30 visitas
Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante hospitalización	En Colombia 100%, máximo 45 días Fuera de Colombia US$30,000, máximo 20 días

EMBARAZO / PARTO: PERIODO DE ESPERA DE UN (1) MES	
Parto normal y cesárea electiva o necesaria en el hospital o clínica. No aplica deducible	100% en Colombia, US$8,000 fuera de Colombia
Complicaciones del embarazo y parto. No aplica deducible	100% en Colombia, US$500,000 de por vida
Almacenamiento de células madres del cordón umbilical	US$1,500 Cobertura solo en Colombia

VIAJES DE TRASLADO	
Evacuación médica	100%
Costos de viaje de traslado para un acompañante	100%
Costos de alimentación y transporte para acompañante	US$150 por día hasta 10 días
Costos de viaje de traslado de niños	100%
Ambulancia aérea local Médicamente necesaria Del hogar al hospital Del lugar del accidente al hospital Entre hospitales	100%
Ambulancia terrestre local Médicamente necesaria Del hogar al hospital Del lugar del accidente al hospital Entre hospitales	100%
Repatriación de restos mortales	100%

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TRATAMIENTO DENTAL	
Tratamiento dental relacionado con accidentes	100%
Tratamiento dental-periodo de espera de 6 meses: rellenos, conducto radicular, extracción dental, limpieza dental, anestesia	80%* hasta US$1,000
Restauración mayor no estética-periodo de espera de 12 meses: puentes, coronas, implantes dentales, dentaduras postizas	80%* hasta US$1,000

TRATAMIENTO PREVENTIVO	
Examen de salud general-período de espera de 10 meses. No aplica deducible	US$800
Vacunas para niños y adultos, influenza, VPH Vacunas para viajes, neumococo, medicina contra la malaria	80%* hasta US$800
Examen de la vista. No aplica deducible	100%
Examen dental preventivo-periodo de espera de 6 meses. No aplica deducible	100%

DISPOSITIVOS PARA LA AUDICIÓN Y LA VISTA	
Aparatos auditivos	80%* hasta US$1,000
Anteojos y lentes de contacto	80%* hasta US$1,000
Cirugía refractiva: 1 por ojo, de por vida	80%* hasta US$1,500 de por vida

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA	
Enfermería en casa	US$300 por día, máximo 60 días
Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos	100%
Rehabilitación multidisciplinaria	100% hasta 90 días

***Participación del asegurado en 20%**

Las sumas aseguradas se encuentran expresadas en dólares americanos.

Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales.

Por correo electrónico contacto@segurosbolivar.com.

Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.

Por correo físico Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Página en blanco

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN

01/03/2023-1407-P-35-PH-0000000000071-D00I

PROMESA DE VALOR

Con el fin de proteger los intereses de nuestros clientes y con el ánimo de prestarles un excelente servicio, si dentro del primer mes de vigencia de la póliza, el tomador o asegurado manifestare a la aseguradora por escrito su decisión de revocar la póliza, derivada de una inconformidad en relación con la claridad de la información suministrada, de las condiciones pactadas y su entendimiento del producto; la aseguradora además de dar por terminado el contrato, se compromete a efectuar la devolución total de la prima pagada por el tomador, sin lugar a reconocer ningún tipo de interés. Dicha devolución tendrá lugar siempre y cuando no se haya presentado siniestro, o hecho uso de alguno de los servicios estipulados en la póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN
01/03/2023-1407-P-35-PH-0000000000071-D00I

CONDICIONES GENERALES

ARTICULO PRELIMINAR

Este contrato se rige por las condiciones generales, las particulares contenidas en esta póliza, por la tabla de coberturas y en lo no previsto en ellas, se regirá por el código de comercio y la ley colombiana.

Esta póliza se expide con base en las declaraciones realizadas por el TOMADOR del seguro y los ASEGURADOS, sobre su afiliación al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud y las contenidas en la declaración de asegurabilidad y cuestionarios médicos que le han sido presentados por la compañía, todo lo cual ha determinado la valoración y aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

El contrato de seguro se celebra con un ASEGURADO principal o titular y las demás personas que se incluyan en la póliza serán asegurados dependientes. El grupo asegurable lo componen los padres y los hijos. En caso de fallecimiento del ASEGURADO titular, LA ASEGURADORA procederá según lo establecido en la condición décima quinta "Beneficio Adicional" del presente documento.

La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de Colombia, en la fecha efectiva consignada en la carátula de la póliza, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Colombia, en la fecha de terminación de la respectiva vigencia.

CONDICIÓN PRIMERA - OBJETO

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., que en adelante se denominará LA ASEGURADORA, con sujeción a las condiciones particulares y generales , cubrirá, los costos usuales, acostumbrados y razonables (según la definición contenida en la presente póliza) que sean consecuencia directa y exclusiva de cualquier enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza o de una maternidad que sea cubierta por ésta, hasta la suma indicada como valor asegurado en la tabla de coberturas que hace parte de este contrato. El valor asegurado se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones que efectúe LA ASEGURADORA durante la vigencia de la póliza.

CONDICIÓN SEGUNDA - COBERTURAS INTERNACIONALES Y NACIONALES

Las coberturas que se señalan a continuación están condicionadas a que el domicilio del ASEGURADO se encuentre en el territorio colombiano respecto a atenciones médicas, quirúrgicas u hospitalarias realizadas en cualquier parte del mundo.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.1. Cobertura por hospitalización

2.1.1. Alojamiento en el hospital y alimentos

LA ASEGURADORA pagará los gastos generados por la hospitalización, tratamiento hospitalario y alimentación del **ASEGURADO**, siempre y cuando:

- Exista una necesidad médica de permanecer hospitalizado.
- El tratamiento sea proporcionado o administrado por un médico general o especialista.
- La duración de su estadía sea médicamente justificada.

LA ASEGURADORA pagará los gastos generados por habitación privada y para hospitalizaciones en Colombia hasta una (1) habitación privada con sala.

2.1.2. Cama extra en el hospital para acompañante

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de cama extra para una (1) persona acompañante, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza, cuando el **ASEGURADO** esté recibiendo un tratamiento cubierto por la póliza.

2.1.3. Derecho a sala de operaciones, sala de recuperación, insumos, materiales clínicos y medicamentos

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos generados por:

- La sala de operaciones.
- La sala de recuperación.
- Medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones y en la sala de recuperación.
- Medicamentos y material de curación utilizados mientras el **ASEGURADO** esté hospitalizado.

En todos los casos, los gastos generados deberán estar médicamente justificados y se cubrirá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

2.1.4. Cuidados intensivos

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de tratamiento en la unidad de cuidados intensivos, unidad coronaria y unidad de cuidados intermedios, cuando sean médicamente necesarios o cuando sean una parte esencial del tratamiento. Se cubrirá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

2.1.5. Cirugía, incluyendo honorarios del equipo médico quirúrgico

LA ASEGURADORA pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentador y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza y se cubrirá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesiólogos, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico, solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Se cubrirá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

2.1.6. Exámenes especiales de diagnóstico

LA ASEGURADORA cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un médico o especialista, para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud, cuando el **ASEGURADO** esté hospitalizado y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

2.1.7. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas

LA ASEGURADORA pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requieren como parte del tratamiento hospitalario que deba proporcionarse al **ASEGURADO**. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta póliza y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

Para la cobertura de cualquier tratamiento de los aquí descritos, que tenga lugar durante una hospitalización en el exterior, se requerirá de autorización previa del tratamiento por parte de **LA ASEGURADORA**. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

2.1.8. Cirugía preventiva

LA ASEGURADORA pagará los gastos de cirugía preventiva, esto es aquella que está indicada cuando el riesgo de una enfermedad se encuentra por encima del correspondiente a la población mundial, de acuerdo con las pruebas genéticas y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

Para la presente cobertura será necesario que el **ASEGURADO** obtenga de **LA ASEGURADORA** la autorización del procedimiento en forma previa a que este sea realizado. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

2.1.9. Prótesis

LA ASEGURADORA pagará el costo de la prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de una extremidad o una prótesis del oído. Hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza. **LA ASEGURADORA** pagará por la prótesis inicial y hasta por dos (2) reemplazos de prótesis para niños menores de dieciocho (18) años y en el caso de adultos, los dos (2) reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

prótesis inicial fue cubierta por **LA ASEGURADORA**.

2.1.10. Implantes prostésicos y órtesis

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostésicos y órtesis hasta el límite indicado en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de la póliza:

2.1.10.1. Implantes prostésicos

Se cubrirán entre otros los siguientes implantes:

- Para reemplazar articulación o ligamento.
- Para reemplazar válvula cardiaca.
- Para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial.
- Para reemplazar un músculo del esfínter.
- Para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo.
- Para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga.
- Marcapasos: este implante está sujeto a autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA**.
- Para remover exceso de líquidos en el cerebro.
- Implante coclear: si el implante inicial tuvo lugar antes de la edad de cinco (5) años y estuvo cubierto por esta póliza, **LA ASEGURADORA** pagará el mantenimiento subsecuente.
- Los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas vocales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.

2.1.10.2. Órtesis

Se cubrirán entre otros los siguientes:

- Una rodillera si es parte esencial de una operación quirúrgica.
- Soporte en la columna vertebral.
- Fijador externo si se requiere como consecuencia de una fractura expuesta o en razón a una cirugía en cabeza o cuello.

2.1.11. Cirugía reconstructiva

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento quirúrgico para restaurar la apariencia física del **ASEGURADO** después de un accidente, enfermedad, lesión o cirugía.

Para la presente cobertura será necesaria autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA**. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

En caso de tratamientos o procedimientos cosméticos para la corrección de un problema funcional, (por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión), el **ASEGURADO**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

deberá obtener autorización previa de **LA ASEGURADORA**. En tales casos se realizará a su vez evaluación por parte del equipo médico de **LA ASEGURADORA**.

2.2. Cirugía por obesidad

LA ASEGURADORA cubrirá este tratamiento una vez superado el periodo de carencia establecido para este, siempre y cuando el **ASEGURADO**:

- Tenga un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y se le haya diagnosticado obesidad mórbida.
- Tenga un índice de masa corporal (IMC) entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40), y tenga hipertensión arterial o diabetes derivadas de su peso.
- Presente evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses.
- Presente evidencia documentada de que ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el **ASEGURADO** someterse al procedimiento.

Para la presente cobertura, la técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de **LA ASEGURADORA**.

Para la presente cobertura, se requerirá de autorización previa del tratamiento por parte de **LA ASEGURADORA**. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no haya sido otorgada.

2.3. Tratamientos y cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados y/o de manejo ambulatorio

2.3.1. Exámenes especiales de diagnóstico

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:

- Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM).
- Tomografía computarizada (TC).
- Tomografía por emisión de positrones (PET).

Los estudios deberán ser prescritos por el médico tratante del **ASEGURADO**, como parte del diagnóstico o tratamiento cubierto bajo la presente póliza y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

2.3.2. Condiciones congénitas y hereditarias

LA ASEGURADORA cubrirá condiciones congénitas y hereditarias, independientemente de cuando éstas se manifiesten por primera vez, con sujeción a las siguientes reglas y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

- Las enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten antes o después de los dieciocho (18) años de edad, se cubrirán dentro de Colombia hasta el límite del valor asegurado.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- **Las enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten antes o después de los dieciocho(18) años de edad, se cubrirán fuera de Colombia, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.**

2.3.3. Tratamiento contra el cáncer

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez éste sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen con la planificación del tratamiento contra el cáncer. Lo anterior incluye los exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para el diagnóstico, consultas y medicamentos recetados hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

Los gastos de los medicamentos contra el rechazo, gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están amparados bajo la cobertura de tratamiento contra el cáncer.

Para la cobertura antes descrita, el ASEGURADO deberá obtener autorización de LA ASEGURADORA antes de someterse al tratamiento. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

Nota: LA ASEGURADORA no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada.

2.3.4. Trasplantes

LA ASEGURADORA cubrirá todos los gastos médicos relacionados con trasplantes, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamientos médicos cuando el ASEGURADO se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada.

La presente cobertura aplica para todo tipo de trasplantes que hayan superado la fase de experimentación.

Para la presente cobertura, el ASEGURADO deberá obtener de LA ASEGURADORA autorización antes de someterse al tratamiento. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

Los gastos de los medicamentos contra el rechazo, gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo la cobertura de tratamiento contra el cáncer.

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, sin importar si el donante está asegurado o no.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La anterior cobertura incluye:

- La recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto.
- Los gastos por compatibilidad de tejidos.
- Los gastos de hospital/operación del donante.
- Cualquier complicación del donante con posterioridad a la cirugía, hasta por un término máximo de treinta (30) días.

Los gastos por trasplante se cubrirán hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

Si el **ASEGURADO** requiere un retrasplante, se reconocerá cada vez que sea médicamente necesario y siempre y cuando los gastos médicos del trasplante inicial, hubieran sido cubiertos por **LA ASEGURADORA** por condición y por diagnóstico.

2.3.5. Diálisis renal

LA ASEGURADORA cubrirá eventos de diálisis renal para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios, hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.3.6. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

LA ASEGURADORA cubrirá la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el periodo de carencia establecido para esta enfermedad, y hasta el límite del valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.3.7. Cobertura para actividades y deportes peligrosos

Estarán cubiertos por esta póliza los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur, hasta el límite del valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.3.8. Autismo

LA ASEGURADORA cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, psicológicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias).

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Esta cobertura está sujeta a autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA** y aplica hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.4. Tratamiento ambulatorio

2.4.1. Cirugía ambulatoria

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos relacionados con cirugías ambulatorias hasta el límite del valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.4.2. Exámenes especiales de diagnóstico

LA ASEGURADORA cubrirá los siguientes gastos derivados de los exámenes de diagnóstico y de laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por el médico tratante para documentar el diagnóstico o para evaluar el estado de salud con posterioridad a un tratamiento médico:

- Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología.
- Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG).

Hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.4.3. Honorarios médicos y de especialistas

LA ASEGURADORA pagará los honorarios por concepto de consulta con médicos generales y especialistas, hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza, para:

- Proponer un tratamiento.
- Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente.
- Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios.
- Prescribir medicamentos.
- Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados.

2.4.4. Medicamentos y materiales de curación con fórmula médica

LA ASEGURADORA pagará los medicamentos y materiales de curación siempre que sean prescritos por un médico de forma previa, que sean necesarios para tratar una lesión o enfermedad y hasta el límite del valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.4.5. Medicamentos altamente especializados

Para la cobertura de los medicamentos altamente especializados prescritos por un médico, se requiere de autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ASEGURADORA pagará los medicamentos especializados con un alto costo unitario, que tengan una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital, ante condiciones poco comunes, severas o de resistencia del paciente al tratamiento de primera elección siempre y cuando sean prescritos y su ingesta o utilización supervisada por un médico especialista, entre ellos: interferón beta-1a, interferón peguilado alfa 2a, interferón beta-1b, etanercept, adalimumab, bevacizumab, cyclosporine a, azathioprine y rituximab.

Tales medicamentos deberán así mismo ser aprobados y coordinados con anticipación por **LA ASEGURADORA**.

2.4.6. Equipo médico durable

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos que se presenten con ocasión de la utilización de equipo médico durable y sus componentes, siempre y cuando:

- Sea prescrita por un médico.
- Cumpla con la definición de equipo médico durable.

LA ASEGURADORA cubrirá únicamente los componentes que sean indispensables para el uso del equipo médico durable, hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.5. Salud mental

2.5.1. Salud mental durante la hospitalización

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos derivados de tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, siempre y cuando sean:

- Médicamente necesarios.
- Producto de una enfermedad o dolencia cubierta.
- La terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.
- Dicho tratamiento no sea la razón principal de la hospitalización.
- La hospitalización no haya sido para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental.

Estos gastos se cubrirán hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

La presente cobertura requerirá que el **ASEGURADO** obtenga en forma previa al tratamiento y/o terapia la autorización por parte de **LA ASEGURADORA**.

Cualquier tratamiento psiquiátrico que deba realizarse cuando el **ASEGURADO** esté hospitalizado durante cinco (5) días o más, requiere de autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA**. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.5.2. Salud mental en servicios ambulatorios

LA ASEGURADORA cubrirá los honorarios de psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta, hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza y solamente para:

- El diagnóstico de enfermedades o padecimientos.
- Recibir o planear un tratamiento.
- Recibir consultas/tratamientos pre y post hospitalarios.

Dichas consultas deberán realizarse en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta.

2.5.3. Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante hospitalización

LA ASEGURADORA pagará los gastos derivados de los tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica siempre y cuando sea médicamente necesario y los tratamientos se realizan durante la hospitalización hasta el límite indicado en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza.

2.6. Maternidad y parto

LA ASEGURADORA cubrirá para la **ASEGURADA** titular, cónyuge y/o compañera permanente los gastos que se presenten con ocasión del embarazo, parto, complicaciones del embarazo, complicaciones del parto y/o complicaciones del recién nacido durante el parto, hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza y siempre y cuando el embarazo se inicie después del primer día del segundo mes de permanencia continua de la **ASEGURADA** en la póliza.

Esta cobertura no aplica para aseguradas dependientes diferentes a las aquí señaladas, por lo tanto para contar con la misma, la **ASEGURADA** dependiente que no sea cónyuge y/o compañera permanente, deberá contratar de forma previa al nacimiento de su hijo, una póliza independiente donde sea la **ASEGURADA** titular. Si la **ASEGURADA** dependiente es menor de dieciocho (18) años, la tarifa a aplicar será la de dieciocho (18) años de edad.

La presente cobertura no cuenta con deducible, salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas.

2.6.1. Parto normal y cesárea en el hospital o la clínica

2.6.1.1. El tratamiento de maternidad y parto incluye:

- Cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras por parto natural o cesárea.
- Cuidados pre y post natales requeridos por la madre antes y/o inmediatamente después del parto natural o cesárea, como suturas.
- Vitaminas requeridas para el embarazo, y
- Hasta siete (7) días de cuidado rutinario para el recién nacido.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.6.1.2. El tratamiento pre y post natal se sujetará además a las siguientes reglas:

Siempre y cuando haya cobertura para el embarazo, se cubrirán para la **ASEGURADA** embarazada los gastos médicos generados por la maternidad y/o tratamientos antes y después del parto. Esta cobertura será hasta el límite establecido en la tabla de coberturas incluido en el valor de la cobertura de parto normal y cesárea la cual hace parte integral de esta póliza.

La presente cobertura no cuenta con deducible salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas.

2.6.2. Complicaciones del embarazo y parto

LA ASEGURADORA cubrirá para la **ASEGURADA** titular, cónyuge y/o compañera permanente, los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones que se presenten en el embarazo o parto.

Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto, por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido.

Esta cobertura no aplica para aseguradas dependientes diferentes a las aquí señaladas, por lo tanto para contar con la misma, la **ASEGURADA** dependiente que no sea cónyuge y/o compañera permanente, deberá contratar de forma previa al nacimiento de su hijo, una póliza independiente donde sea la **ASEGURADA** titular. Si la **ASEGURADA** dependiente es menor de dieciocho (18) años, la tarifa a aplicar será la de dieciocho (18) años de edad.

La presente cobertura se encuentra sujeta a la autorización previa de **LA ASEGURADORA** en los casos en los que la condición de salud de la **ASEGURADA** no le impida solicitarla.

En caso de que la **ASEGURADA** esté ubicada fuera de Colombia y requiera de hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, deberá dar noticia a **LA ASEGURADORA** de tal circunstancia dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de haber sido hospitalizada.

La cobertura por complicaciones del recién nacido durante el parto está limitada a la suma máxima descrita en el acápite “complicaciones del embarazo y parto” de la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.6.3. Incorporación del recién nacido en la póliza

2.6.3.1. Recién nacido de un embarazo cubierto por la póliza

Para que el recién nacido de un embarazo cubierto por la presente póliza, de la **ASEGURADA** titular, cónyuge o compañera permanente del **ASEGURADO** titular disfrute así mismo de la cobertura de la misma sin necesidad del requisito de efectuar

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

una evaluación de riesgo, el **ASEGURADO** titular deberá presentar dentro de los sesenta (60) días siguientes al parto, un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla, peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida dentro los sesenta (60) días siguientes al parto, se requerirá, a efectos de incluir al recién nacido a la poliza, la presentación de una Solicitud de Seguro de Salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo y a un eventual aumento de la prima de conformidad con la misma.

La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

2.6.3.2. Recién nacido de embarazo no cubierto por la póliza

Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto de la **ASEGURADA** titular, cónyuge o compañera permanente del **ASEGURADO** titular, este podrá ser cubierto por la póliza siempre y cuando se presente a **LA ASEGURADORA** una Solicitud de Seguro de Salud, la cual estará sujeta a evaluación del riesgo por parte de esta y a que se cumpla con la obligación de pago de la prima.

No obstante lo anterior, si alguno de los padres del recién nacido de la **ASEGURADA** titular, cónyuge o compañera permanente del **ASEGURADO** titular, tiene por lo menos diez (10) meses cumplidos de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser incluido en la póliza sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los sesenta (60) días siguientes al parto. Excepto cuando el recién nacido es adoptado o ha nacido de una gestación por sustitución.

2.7. Transporte y viajes

Viajes de traslado.

El seguro cubrirá los gastos razonables por concepto de traslados por evacuación del **ASEGURADO** al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que es médicamente necesario no esté disponible en un lugar cercano.

La presente cobertura ampara además los gastos de repatriación, esto es, aquellos generados cuando el **ASEGURADO** vuelve al país de residencia especificado o al país de nacionalidad especificado en la Solicitud de Seguro de Salud para ser tratado en un entorno familiar, cuando el tratamiento médicamente necesario no está disponible en un lugar cercano.

Para efectos de la cobertura de los traslados tanto por evacuaciones como por repatriaciones aplicarán las siguientes condiciones:

- El **ASEGURADO** deberá obtener autorización de **LA ASEGURADORA** previo al traslado.
- El tratamiento médico a realizar deberá ser recomendado por el especialista o médico tratante del **ASEGURADO**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- El tratamiento no deberá estar disponible en un lugar cercano.
- El tratamiento deberá estar cubierto bajo esta póliza.
- **LA ASEGURADORA** informará los detalles del traslado del **ASEGURADO**.
- La cobertura aplica para tratamientos en hospital, tanto como paciente ambulatorio como hospitalizado. Únicamente la evacuación (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **ASEGURADO** necesita imagenología avanzada o tratamientos contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.
- Si bien **LA ASEGURADORA** no es el proveedor de traslados y otros servicios establecidos en la sección de viajes de traslado, coordinará directamente tales servicios para el **ASEGURADO** o podrá delegar en proveedores la coordinación local de estos servicios, caso en el cual permanecerá al tanto de aquello que para tales efectos requiera el **ASEGURADO**.
- **LA ASEGURADORA** no pagará por noches extra en el hospital cuando el **ASEGURADO** ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- **LA ASEGURADORA** no cubrirá viajes de traslado que, sean inapropiados con sustento en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de **LA ASEGURADORA**.
- **LA ASEGURADORA** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición ajena a **LA ASEGURADORA**.
- **LA ASEGURADORA** no coordinará los traslados cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, a una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de **LA ASEGURADORA**.
- **LA ASEGURADORA** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por **LA ASEGURADORA**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por **LA ASEGURADORA**, serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que **LA ASEGURADORA** habría pagado si **LA ASEGURADORA** hubiera coordinado el traslado.

2.7.1. Evacuación médica hospitalaria

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de viaje por concepto de traslado para una evacuación médica cuando el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado y requiera recibir atención médica en un lugar diferente.

Esta cubre el traslado hacia el lugar más cercano en donde el tratamiento médico necesario esté disponible (en el territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

El viaje de regreso deberá realizarse dentro de los catorce (14) días siguientes a la finalización del tratamiento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ASEGURADORA cubrirá los costos por concepto de traslado de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje por tierra.
- El costo razonable del viaje por mar.
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

LA ASEGURADORA no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, diferentes a los aquí mencionados.

Esta cobertura será hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.7.2. Costos de viaje por concepto de traslado para un acompañante (por evacuación)

LA ASEGURADORA cubrirá los costos razonables por concepto de traslado del cónyuge o compañero permanente o de uno (1) de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o primero civil del **ASEGURADO**, para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello.

Se entenderá por "necesidad razonable" aquella circunstancia en la que el **ASEGURADO** necesite de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:

- Requiere asistencia para subir o bajar de un transporte.
- No hay acompañamiento médico disponible.
- Padece una enfermedad aguda y seria.

La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el del **ASEGURADO** que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.

LA ASEGURADORA cubrirá los costos razonables por concepto de traslado de regreso del acompañante al lugar de donde se originó el traslado, cuando:

- Haya autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA**.
- El traslado de regreso se realice dentro de los catorce (14) días posteriores a la finalización del tratamiento.

LA ASEGURADORA cubrirá los costos por concepto de traslado de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje por tierra.
- El costo razonable del viaje por mar.
- El costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.

LA ASEGURADORA no cubrirá los costos de traslados para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el **ASEGURADO** reciba tratamiento como paciente ambulatorio.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.7.3.Costos de alimentación y transporte para acompañante

LA ASEGURADORA cubrirá los costos por concepto de alimentación y/o transporte indispensables del cónyuge o compañero permanente o de uno (1) de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o primero civil del **ASEGURADO** y que esté autorizado por **LA ASEGURADORA** para viajar con este, con sujeción a las siguientes condiciones:

- Hasta el límite establecido en la tabla de cobertura.
- Únicamente durante una única evacuación.
- Hasta el día en que se dé de alta al **ASEGURADO**, o hasta por el término de diez (10) días, cualquiera que acaezca primero, siempre y cuando el acompañante del **ASEGURADO** se encuentre fuera de su país de residencia.

LA ASEGURADORA no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se realice para que el **ASEGURADO** reciba tratamiento como paciente ambulatorio.

La cobertura de los gastos aquí descritos se extenderá hasta por el término de diez (10) días.

2.7.4. Costos de traslado de niños

LA ASEGURADORA cubrirá los costos por concepto de traslados razonables para que los hijos menores de dieciocho (18) años del **ASEGURADO** sean trasladados junto con este en caso de evacuación o repatriación; lo anterior con sujeción a las siguientes condiciones:

- Que sea médicamente necesario que el **ASEGURADO**, en caso de que sea el padre, madre o guardador del o los niños, sea evacuado o repatriado.
- Que el cónyuge, compañero permanente u otro guardador que comparta la custodia de los niños, esté acompañando al **ASEGURADO** .
- Que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o guardador.

2.7.5. Ambulancia aérea local

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local, (según la definición incluida en la presente póliza), utilizada para transportar al **ASEGURADO**, con sujeción a las siguientes condiciones:

- Del lugar del accidente o centro de esquí al hospital.
- De un hospital a otro.
- Del lugar de residencia del **ASEGURADO** al hospital.

Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:

- Médicamente necesaria.
- Utilizada para el traslado hacia el centro médico más cercano donde el **ASEGURADO** pueda recibir la atención necesaria para estabilizarlo.
- Relacionada con el tratamiento cubierto que el **ASEGURADO** necesite recibir en el hospital.

Esta cobertura debe ser autorizada previamente por **LA ASEGURADORA**. **LA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASEGURADORA se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

Los gastos irán hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.7.6. Ambulancia terrestre local

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos por concepto de los servicios de ambulancia terrestre local (según la definición incluida en la presente póliza), utilizados para transportar al **ASEGURADO**:

- Del sitio del accidente al hospital.
- De un hospital a otro.
- Del lugar de residencia del **ASEGURADO** al hospital.

Esta cobertura sólo aplica para los eventos en los que la ambulancia terrestre local:

- Sea médicamente necesaria.
- Esté relacionada con el tratamiento cubierto que el **ASEGURADO** deba recibir en el hospital.

Los gastos irán hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.7.7. Repatriación de restos mortales

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos razonables del traslado del cuerpo o de los restos mortales cremados del **ASEGURADO** a su país de nacionalidad o de residencia con sujeción a las siguientes condiciones:

- En caso de fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia.
- Con sujeción a los requerimientos y restricciones de la aerolínea.

LA ASEGURADORA sólo cubrirá los arreglos que sean requeridos por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado, tales como cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc.

LA ASEGURADORA no cubrirá ningún otro costo adicional.

Los gastos irán hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.8. Tratamiento dental

2.8.1. Tratamiento dental relacionado con accidentes

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos que se generen por un tratamiento dental que sea odontologicamente necesario, derivado de un accidente cubierto por esta póliza, siempre y

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cuando el primer gasto se presente dentro de los treinta (30) días siguientes al accidente, hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.8.2. Tratamiento dental

Con sujeción al periodo de carencia aplicable a la presente cobertura, **LA ASEGURADORA** sólo reconocerá los gastos que se generen por:

- Operatoria dental.
- Tratamiento del conducto radicular.
- Radiografía.
- Extracción dental.
- Anestesia.

Hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.8.3. Restauración mayor no estética

Con sujeción al periodo de carencia aplicable a la presente cobertura, **LA ASEGURADORA** sólo reconocerá los gastos generados por:

- Prótesis dentales.
- Coronas.
- Implantes dentales.
- Dentaduras postizas.

Hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.9. Tratamiento preventivo

2.9.1. Examen de salud general

LA ASEGURADORA cubrirá un (1) examen de salud general por vigencia, con sujeción al periodo de carencia aplicable a la presente cobertura.

Esta cobertura no cuenta con deducible, a menos que algo distinto se diga en la tabla de coberturas de la póliza.

El examen de salud general contempla exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardiaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.

Esta cobertura aplica hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2.9.2. Vacunas

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos por las siguientes vacunas:

- Vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Colombia.
- Vacuna del virus del papiloma humano (VPH).
- Vacuna contra la influenza (gripe).
- Vacunas legalmente exigidas para viajes.
- Vacunas contra el neumococo.

Esta cobertura incluye así mismo los gastos de los medicamentos contra la malaria.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.9.3. Examen de la vista

LA ASEGURADORA cubrirá hasta un (1) examen de refracción ocular por vigencia anual, dentro de lo cual se incluye el costo de la consulta.

La presente cobertura no cuenta con deducible, salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas de la póliza.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.9.4. Examen dental preventivo

Con sujeción al periodo de carencia establecido para la presente cobertura, **LA ASEGURADORA** reconocerá hasta dos (2) chequeos/exámenes dentales preventivos por vigencia anual, incluyendo:

- Radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG).
- Eliminación de la placa dental y pulido.
- Protector de encías/protector bucal.

La presente cobertura no cuenta con deducible, salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas de la póliza.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.10. Dispositivos para la audición y la vista

2.10.1. Aparatos auditivos

LA ASEGURADORA cubrirá los costos de aquellos aparatos auditivos ordenados por un

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

médico hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

LA ASEGURADORA no cubrirá los reemplazos que se realicen durante una vigencia anual.

2.10.2. Anteojos y lentes de contacto

LA ASEGURADORA cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto que sean prescritos por un especialista, que cuenten con fórmula médica y que tengan por objeto la corrección de problemas de la visión, como miopía o astigmatismo, hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

LA ASEGURADORA no cubrirá los reemplazos que se realicen durante una vigencia anual.

2.10.3. Cirugía refractiva

LA ASEGURADORA cubrirá los costos de la cirugía refractiva para la corrección de astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- Si el **ASEGURADO** tiene tres (3) o más dioptrías en el ojo que está siendo tratado.
- Si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) acreditado.

LA ASEGURADORA únicamente cubrirá una (1) cirugía por ojo por **ASEGURADO**, de por vida.

Este procedimiento estará sujeto a autorización por parte de **LA ASEGURADORA** en forma previa a la coordinación de cualquier consulta y/o tratamiento requerido para tales efectos. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.11. Rehabilitación y cuidados paliativos

2.11.1. Enfermería en casa

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de enfermería en casa para el **ASEGURADO** después de su tratamiento en el hospital, siempre y cuando este último sea cubierto por la póliza, con sujeción a las siguientes condiciones:

- Que sea prescrito por el médico del **ASEGURADO.**
- Que comience inmediatamente después de que el **ASEGURADO** salga del hospital.
- Que reduzca la estadía del **ASEGURADO** en el hospital.
- Que sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del **ASEGURADO.**
- Que sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, y no personales ni asistenciales.

El **ASEGURADO** deberá obtener de **LA ASEGURADORA** autorización antes de recibir este

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

servicio. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.11.2. Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos

LA ASEGURADORA pagará los servicios proporcionados por los centros para pacientes terminales y de cuidados paliativos, en caso de diagnóstico de enfermedad terminal y si el **ASEGURADO** ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.

Se entenderán como cuidados paliativos aquellos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal.

La presente cobertura contempla:

- Alojamiento en centro para pacientes terminales.
- Cuidados de enfermero(a) profesional calificado.
- Medicamentos recetados por un médico y terapias para disminuir el dolor corporal.
- Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

2.11.3. Rehabilitación multidisciplinaria

LA ASEGURADORA cubrirá la rehabilitación multidisciplinaria del paciente como tratamiento ambulatorio o durante la hospitalización, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, como resultado de una condición que requiera dicho tratamiento

LA ASEGURADORA sólo cubrirá los gastos por rehabilitación multidisciplinaria cuando:

- Haya recibido autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA** al inicio del tratamiento,
- Sea considerada médicamente necesaria como resultado de un tratamiento hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la póliza para tratar dicha condición, después de revisar la información médica correspondiente, e
- Inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria.

Nota: Para que **LA ASEGURADORA** pueda otorgar una autorización previa, el médico deberá proporcionar la información clínica completa del **ASEGURADO**, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el **ASEGURADO** se encuentra internado para recibir rehabilitación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIÓN TERCERA - COBERTURAS NACIONALES

Las presentes coberturas sólo se reconocerán en el territorio colombiano.

3.1. Consulta externa tradicional

El ASEGURADO tendrá derecho a recibir los siguientes servicios ambulatorios en Colombia y sin lugar al cobro de deducible (salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas):

Consultas

- **Medicina general.**
- **Medicina especialista.**
- **Psicología.**
- **Nutricionista.**
- **Optometría.**

Exámenes de laboratorio clínico

Terapias

- **Física.**
- **Respiratoria.**
- **Del lenguaje.**
- **De ortóptica.**
- **Ocupacional.**

Estos servicios se pagarán hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

Los servicios de exámenes de laboratorio clínico y terapias requieren para su realización de orden médica expedida por un profesional de la salud.

El pago que efectúe LA ASEGURADORA por un servicio de consulta externa tradicional cubierto por este amparo, no implica que quede obligada a indemnizar por los demás amparos de la póliza, las reclamaciones que tengan relación con el diagnóstico por el cual se prestó el servicio de consulta externa.

3.2. Tratamiento de rehabilitación

Se cubrirán los tratamientos de rehabilitación únicamente en territorio nacional por los siguientes eventos:

- **Trauma raquimedular.**
- **Trauma craneoencefálico severo.**
- **Accidente cerebrovascular.**
- **Síndrome de Guillain-Barré.**
- **Enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Los tratamientos de rehabilitación se reconocen siempre y cuando se inicien dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del primer egreso hospitalario, por el accidente o enfermedad antes mencionado y hasta por un término máximo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio del tratamiento de rehabilitación, o hasta el valor asegurado que se estipule en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral de este producto, lo que se cumpla primero.

3.3. Medicamentos post-hospitalarios

Se cubrirán los medicamentos administrados al **ASEGURADO** dentro de los treinta (30) días posteriores a la terminación de la hospitalización o cirugía, siempre y cuando tengan relación directa con la causa de la misma.

3.4. Almacenamiento de células madre del cordón umbilical

Siempre y cuando haya cobertura para el embarazo, **LA ASEGURADORA** cubrirá a la embarazada por bebé nacido vivo, una sola vez, los gastos generados por el almacenamiento de células madre del cordón umbilical, sea en el centro médico u hospital en dónde se recibieron las atenciones de parto, o en centros especializados que ofrezcan tales servicios. El monto estipulado para esta beneficio, es el establecido en la tabla de coberturas.

CONDICIÓN CUARTA - COBERTURAS INTERNACIONALES

4.1. Enfermeros profesionales

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos relacionados con el cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiera de esta especialización y que sea médicamente necesario y hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

4.2. Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos

LA ASEGURADORA cubrirá los honorarios que se presenten con ocasión de consultas y/o tratamientos con fisioterapeutas, osteópatas y/o quiroprácticos profesionales, para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del **ASEGURADO**, hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

4.3. Podología

LA ASEGURADORA cubrirá los honorarios que se presenten con ocasión de tratamientos realizados por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, con posterioridad al diagnóstico respectivo y siempre y cuando formen parte del tratamiento prescrito por el médico tratante. Se cubrirá hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

4.4. Consultas de medicina alternativa

LA ASEGURADORA cubrirá las consultas y/o tratamientos con profesionales calificados en

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

naturopatía, homeopatía y medicina china, que estén debidamente registrados para ejercer esta actividad en el país donde se recibe el tratamiento y hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

Nota: cualquier medicina complementaria o los costos del tratamiento proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, serán considerados como una consulta independiente.

4.5. Asesoría nutricional

LA ASEGURADORA cubrirá las consultas con un nutricionista si la asesoría nutricional está relacionada con una enfermedad cubierta por la póliza y diagnosticada en forma previa a la respectiva consulta, hasta el límite de valor asegurado que se encuentra en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

4.6. Gastos personales

LA ASEGURADORA cubrirá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas por noche, para gastos personales tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas en caso de hospitalización del **ASEGURADO.**

Para el reconocimiento de este valor se deberá acreditar con la correspondiente factura emitida por la institución hospitalaria.

4.7. Tratamiento en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia (Urgent Care)

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos derivados de los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia (Urgent Care) en los Estados Unidos de América, que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza.

La presente cobertura requiere de un co-pago y no está sujeta a deducible, salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas de la póliza y hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

CONDICIÓN QUINTA - EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA

La presente póliza no cubre las siguientes enfermedades o tratamientos ni las complicaciones resultantes de:

5.1. Suicidio, tratamientos médicos o quirúrgicos por intento de suicidio o por lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO** a sí mismo, sea cual fuere su estado emocional o anímico al causarse la lesión.

5.2. Enfermedades, lesiones o accidentes diagnosticados o sufridos antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, y no declarados en el momento de la suscripción del seguro, así como sus secuelas o consecuencias.

5.3. Rinoplastia, tratamientos o cirugías estéticas o plásticas, salvo las de tipo reconstructivo por

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

accidente o enfermedad cubierta por esta póliza; mamoplastias, excepto aquellas reconstructivas como consecuencia de cáncer de seno cubierto por esta póliza.

5.4. Quedan excluidos los tratamientos médicos para adelgazar y/o tratar la obesidad. Los tratamientos quirúrgicos se cubrirán si se cumplen las condiciones estipuladas en la sección de coberturas y se cumple el período de carencia establecido. En ningún caso tendrán cobertura los suplementos alimenticios, medicamentos ni asesoría nutricional.

5.5. Nunca se cubrirán tratamientos quirúrgicos para obesidad en personas de sesenta (60) años o más.

5.6. Cirugía y tratamiento maxilofacial, tratamiento de articulación temporomandibular, desórdenes craneomandibulares salvo que sea originada por una condición cubierta bajo esta póliza.

5.7. Corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía, presbicia, astigmatismo, excepto lo estipulado en la sección de coberturas.

5.8. Tratamientos no quirúrgicos de planificación familiar, reversión de esterilización quirúrgica, fertilización, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, (excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza), fecundación in vitro, y terminación voluntaria del embarazo, (a menos que exista una amenaza grave a la salud de la madre). La planificación familiar quirúrgica masculina, (vasectomía) y/o femenina, (ligadura de trompas), se cubrirán unicamente en territorio nacional.

5.9. Cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos. Excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

5.10. Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desórdenes obrero-patronales, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, golpes de estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, si el **ASEGURADO**:

- Ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida.
- Ha participado activamente.
- Ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

5.11. Cualquier evento médico cuya causa tenga como origen la participación comprobada del **ASEGURADO** en una actividad delictiva o una riña o sea consecuencia de la misma.

5.12. Cualquier tratamiento o medicamento que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales, **LA ASEGURADORA** tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos que esto sea autorizado previamente.

5.13. Servicios recibidos en una clínica de hidroterapia, naturista o spa; excepto lo estipulado en las coberturas de esta póliza.

5.14. Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.

5.15. Honorarios profesionales por servicios ordenados o prestados por el cónyuge, compañero(a) permanente, padre, madre, hermano(a), hijo(a) del **ASEGURADO**.

5.16. Estudios, tratamientos o enfermedades causadas directa o indirectamente por sustancias biológicas y/o químicas, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos, derivados de actos terroristas.

5.17. La admisión electiva a un hospital, clínica o sanatorio por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada excepto cuando hay autorización previa de **LA ASEGURADORA**.

5.18. Almacenamiento de medula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula.
Para el almacenamiento de células madres en sangre de cordón umbilical, se cubrirá únicamente en territorio nacional.

5.19. Desórdenes del sueño, tratamiento para el insomnio, apnea del sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño, excepto la polisomnografía cuando se realice en el territorio nacional.

5.20. Enfermedades epidémicas o pandémicas cualquier tratamiento médico o quirúrgico que surja como resultado de cualquier enfermedad epidémica o pandémica así como las vacunas, medicamentos o tratamiento preventivos para estas.

5.21. Equipo de riñón artificial para uso residencial excepto cuando sea autorizado previamente por **LA ASEGURADORA**.

5.22. Gastos de registro o administración en hospitales o instituciones similares.

5.23. El mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria independientemente de la causa, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del **ASEGURADO** o en la restauración de su salud. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.

5.24. Tratamiento directamente relacionado con la maternidad por sustitución tanto si la **ASEGURADA** es la madre sustituta o no.

5.25. Medicamentos sin fórmula médica.

5.26. Medicamentos coloquialmente conocidos como chinos tales como: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose, ejiao, hipocampos, ginseng, ginseng rojo, ginseng americano, ginseng radix silverstris, polvo de astas de antílope, placenta humana, hongo agaricus blazei murill, almizcle, polvo de perla, cuerno de rinoceronte, sustancia de elefante asiático, oso malayo, tigre y otra especies en vía de extinción.

5.27. Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utilizan temporalmente para mantener la

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

función corporal mientras se espera un trasplante. Se excluye la compra de un órgano y el almacenamiento de células madres como medida preventiva para posibles enfermedades futuras. Para el almacenamiento de células madres en sangre de cordón umbilical, se cubrirá únicamente en territorio nacional.

5.28. Podología cosmética así como pedicure y zapatos especiales.

5.29. Dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, problemas del desarrollo educativo tratados en un ambiente educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura de Autismo especificada en la tabla de coberturas.

5.30. Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de las coberturas.

5.31. Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen médico para acceder a un trabajo, físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del **ASEGURADO** para trabajar o viajar.

5.32. Exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el **ASEGURADO** es susceptible o no de desarrollar una enfermedad y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.

5.33. Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el **ASEGURADO** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

5.34. Tratamiento de cualquier lesión, enfermedad, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o que esté relacionado con el cuidado asistencial.

5.35. Hospitalización que no sea estrictamente necesaria o tratamiento que se lleve a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

5.36. Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando sea necesaria para el tratamiento de una enfermedad cubierta bajo esta póliza.

5.37. Gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

5.38. Cualquier cuidado o tratamiento debido a enfermedades ocasionadas por culpa grave del **ASEGURADO** por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.

5.39. Tratamientos que se presten en alguno de los países sancionados o a personas que figuren en la

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC), dependiente del gobierno de Estados Unidos de América o cualquier otro listado internacional de sanciones de naturaleza similar.

5.40. Evacuación no-médica en casos de conflictos tales como guerra, conmoción civil, incidentes terroristas, ley marcial, revolución u otra situación similar, así como en caso de desastres naturales destructivos, incluyendo pero no limitados a tsunamis, huracanes, terremotos y erupciones volcánicas.

5.41. Los gastos por concepto de traslado del asegurado cuando éste se encuentre fuera de su país de residencia y deba regresar prematuramente debido al fallecimiento, enfermedad aguda y seria, o una lesión de cualquier familiar.

5.42. Prueba genética de cáncer.

5.43. Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización.

5.44. Tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma profesional.

5.45. Honorarios, consultas y/o tratamientos de terapeutas ocupacionales y ortópticos.

5.46. Honorarios consultas y/o tratamientos de acupunturistas y/o reflexólogos.

5.47. Costos por concepto de traslado para una repatriación médica, incluyendo aquellos hacia el país de nacionalidad o al país de residencia según la información que se haya proporcionado en la solicitud de seguro individual, y/o los traslados de regreso al lugar de donde la persona fue trasladada.

5.48. Costos por concepto de traslado, alimentación y/o trasporte para visita compasiva. La visita compasiva se presenta con la movilización de un familiar del **ASEGURADO** cuando este sufre un accidente y/o enfermedad repentina, y/o cuando recibe un diagnóstico terminal.

5.49. Ortodoncia estética y no estética.

5.50. La enfermedad o síndromes de fatiga crónica y sus tratamientos.

CONDICIÓN SEXTA - EXCLUSIONES APLICABLES A COBERTURAS FUERA DE COLOMBIA

6.1. Tratamientos en cualquier institución gubernamental, instituciones de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra donde no se exija remuneración.

CONDICIÓN SÉPTIMA - LIMITACIONES A LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA

7.1. Preexistencias

Las condiciones preexistentes tal y como se definen en esta póliza, se clasifican en dos (2) categorías:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7.1.1. Las que son declaradas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y cuestionarios médicos y aceptadas mediante una condición particular por **LA ASEGURADORA**, que tendrán el siguiente tratamiento:

A. Cuando el **ASEGURADO** haya estado libre de síntomas, signos o tratamientos por la enfermedad declarada durante un periodo de cinco (5) años antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, las preexistencias estarán cubiertas desde este momento, a menos que estén excluidas y se expida una condición particular que hará parte integral del contrato de seguro.

B. Cuando el **ASEGURADO** haya presentado síntomas, signos o tratamientos por la enfermedad declarada en cualquier momento durante un periodo de cinco (5) años antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, a menos que estén excluidas y se expida una condición particular que hará parte integral del contrato de seguro.

Parágrafo: las preexistencias que son declaradas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y cuestionarios médicos; y que no sean excluidas por **LA ASEGURADORA** se entienden cubiertas por la presente póliza.

7.1.2. Las que no son declaradas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y cuestionarios médicos, las cuales nunca estarán cubiertas durante la vigencia de la póliza.

7.2. Suma asegurada

La tabla de coberturas la cual hace parte integral de la póliza, tendrá la siguientes sumas aseguradas:

A. "Suma asegurada máxima": la máxima cantidad que **LA ASEGURADORA** pagará en total por todas las coberturas, por cada **ASEGURADO**, por cada vigencia anual.

B. "De por vida": la cantidad máxima de la cobertura que **LA ASEGURADORA** pagará por cada **ASEGURADO** durante su vida.

C. "Suma asegurada para coberturas por sesiones, visitas o días": la cantidad máxima que **LA ASEGURADORA** pagará por ciertas coberturas específicas listadas en la tabla de coberturas.

La suma asegurada aplica de forma individual para cada **ASEGURADO**. Algunos límites aplican por vigencia anual, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, la cobertura ya no estará disponible hasta la renovación de la póliza. Otros límites aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, se extingue la cobertura, independientemente de la renovación de la póliza.

La póliza **GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN** ofrece cobertura en el exterior únicamente dentro de la red de proveedores. Para el territorio nacional la cobertura aplica dentro y fuera de la red de proveedores.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7.3. Períodos de carencia

LA ASEGURADORA reconocerá los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO**, por los eventos médicos citados a continuación, siempre y cuando estén cubiertos por la póliza, y una vez se haya cumplido el período de carencia (según la definición contenida en la presente póliza) indicado para cada una de ellas, el cual empieza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en la póliza.

Las enfermedades o coberturas con período de carencia son exclusivamente las siguientes:

Evento	Período de carencia
• Tratamiento quirúrgico para obesidad	24 meses
• SIDA	12 meses
• Planficación familiar por método quirúrgico (ligadura de trompas o vasectomía)	6 meses
• Examen general de salud	10 meses
• Embarazo (incluido el tratamiento pre y post natal)	1 mes
• Complicaciones del embarazo y parto	1 mes
• Tratamiento dental	6 meses
• Examen dental preventivo	6 meses
• Restauración odontológica	12 meses

7.4. Coberturas que requieren de autorización previa

Las coberturas que pasan a exponerse solo serán amparadas cuando haya sido otorgada autorización previa por parte de **LA ASEGURADORA**:

- Salud mental durante la hospitalización.
- Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje y nutricionista.
- Cirugía preventiva.
- Cirugía por obesidad.
- Marcapasos contemplado en la cobertura de implantes prostésicos.
- Cirugía reconstructiva.
- Enfermería en casa.
- Rehabilitación multidisciplinaria.
- Tratamiento contra el cáncer.
- Trasplantes.
- Medicamentos altamente especializados.
- Complicaciones de maternidad y parto.
- Todas las coberturas de transporte y viajes (por evacuación o repatriación).
- Cirugía refractiva.

El **ASEGURADO** deberá obtener una nueva autorización previa cuando los servicios que ya hayan sido autorizados por **LA ASEGURADORA** no se reciban dentro de los treinta y un (31) días siguientes a que se haya expedido la autorización previa original.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7.5. Límite máximo de edad

El límite máximo de edad para inclusión en el grupo asegurable será de setenta y cuatro (74) años cumplidos, sin límite de permanencia.

El **TOMADOR** podrá solicitar la inclusión de nuevos asegurados durante la vigencia de la póliza y se entenderán aceptados cuando **LA ASEGURADORA** expida el correspondiente certificado o anexo.

7.6. Deducible o franquicia

El deducible aplica únicamente para las coberturas fuera de Colombia de conformidad con lo indicado en la presente póliza y las siguientes condiciones:

7.6.1. El deducible opera por vigencia.

7.6.2. La responsabilidad de **LA ASEGURADORA** sólo iniciará una vez cubierto el valor del deducible. Cuando la póliza tiene un solo **ASEGURADO**, el deducible corresponderá al valor que se determine en la tabla de coberturas que hace parte integral de la presente póliza.

7.6.3. La responsabilidad de **LA ASEGURADORA** sólo iniciará una vez el **ASEGURADO** cubra el valor del deducible. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza, equivalente al valor de dos (2) deducibles individuales por año póliza, que se determine en la tabla de coberturas que hace parte integral de la póliza. Todos los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los deducibles.

7.6.4. Aun cuando la cantidad que el **ASEGURADO** esté reclamando sea menor que el total del deducible anual, el **ASEGURADO** debe enviar a **LA ASEGURADORA** su reclamación para que **LA ASEGURADORA** sepa cuando el **ASEGURADO** ha cubierto su deducible anual.

7.6.5. Los gastos que tengan cobertura bajo la presente póliza pero que no hayan superado el valor del deducible en los que incurra el **ASEGURADO** durante los últimos tres (3) meses de la vigencia anual de la póliza, serán aplicados al deducible del **ASEGURADO** para la siguiente vigencia anual.

7.6.6. En caso de accidente, no aplicará el deducible en los gastos incurridos durante la vigencia en la que tuvo lugar el accidente respecto a los gastos relacionados con dicho accidente.

7.7. Participación del asegurado

Cuando así se indique en la tabla de coberturas que hace parte integral de esta póliza, el **ASEGURADO** deberá asumir una porción de los gastos incluso en adición a la franquicia o deducible cuando este aplique para la cobertura pertinente.

7.8. Reembolsos aplicables a coberturas del exterior

Los reembolsos por pagos realizados en razón a coberturas del exterior y derivados de atenciones realizadas sin previa notificación a **LA ASEGURADORA**, se pagarán por esta, con sujeción a las siguientes condiciones:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- **Que el servicio se haya proporcionado dentro de la red de proveedores. Las atenciones o servicios de cualquier naturaleza, recibidos por fuera de la red de proveedores no serán cubiertos por LA ASEGURADORA.**
- **Que sea una cobertura que no requiere de autorización previa.**
- **Que sean médicamente necesarios.**
- **Que sean gastos producto de una enfermedad o dolencia cubierta.**
- **Que se presenten a LA ASEGURADORA los soportes documentales para acreditar el pago.**
- **Se pagarán al costo usual, acostumbrado y razonable o al equivalente al costo en que hubiese incurrido LA ASEGURADORA si se le hubiera notificado del servicio requerido.**
- **Cualquier cobro en exceso de las tarifas contractuales acordadas entre el proveedor y LA ASEGURADORA o del costo usual, acostumbrado y razonable para esa área geográfica en particular, deberá ser asumido por el ASEGURADO.**

CONDICIÓN OCTAVA - DEFINICIONES

Todos los términos definidos a continuación aplican para el presente clausulado.

Accidente: Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del **ASEGURADO** que produzca lesiones en su integridad física. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de treinta (30) días de la fecha del evento.

Actividades o deportes peligrosos: Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible, tales como: rafting, canotaje, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, entre otros o la participación en cualquier deporte como profesional o con una remuneración.

Ambulancia aérea: Transporte aéreo de emergencia desde el lugar del accidente o centro de esquí, desde el hospital, clínica o sanatorio donde el **ASEGURADO** está ingresado, o bien desde el lugar de residencia del **ASEGURADO** y hasta el hospital, clínica o sanatorio más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

Almacenamiento de células madres: Proceso que recolecta de la sangre del cordón umbilical del recién nacido y la placenta de la madre, las células necesarias para ser almacenadas y usadas para futuras terapias que ayudan a la prevención de futuras enfermedades.

Ambulancia terrestre: Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del **ASEGURADO** hacia un hospital, clínica o sanatorio.

Anexo: Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad a la fecha de inicio de cobertura y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un anexo siempre prevalecerá sobre las condiciones generales.

Anexo de condiciones particulares: Documento que **LA ASEGURADORA** agrega a la póliza para aclararla o explicarla, permitiendo su individualización y que hace parte de la misma.

Año calendario: El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

Aparato ortopédico: Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, mejorar la función de las partes movibles del cuerpo, con excepción de aquellos en los que no se ha demostrado científicamente su eficacia o que buscan únicamente mejoras estéticas.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Asegurado: La persona para quien se ha completado una Solicitud de Seguro de Salud, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por **LA ASEGURADORA**. El término **"ASEGURADO"** incluye al **ASEGURADO** titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

Asegurado dependiente: Cónyuge o compañero permanente del **ASEGURADO** titular, así como hijos, hijastros, y menores de edad para quienes el **ASEGURADO** titular ha sido designado representante legal por un juez competente.

Asegurado principal o asegurado titular: La persona solicitante nombrada en la Solicitud de Seguro de Salud. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

Atención ambulatoria: Es el ingreso del **ASEGURADO** a un centro de atención de salud legalmente establecido, para recibir tratamiento médico, paramédico y/o quirúrgico, con una permanencia de menos de veinticuatro (24) horas en él.

Autorizado: Para los efectos de esta póliza, es la persona identificada por el **TOMADOR** en la Solicitud de Seguro de Salud, o designada por un tribunal competente, para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos o devoluciones de prima en caso de fallecimiento del **TOMADOR**.

Carátula de la póliza: Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha efectiva de la póliza, la fecha de inicio de cobertura, los deducibles contratados, la suma asegurada, el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el **ASEGURADO** titular, y que además enumera a todas las personas cubiertas por la póliza de seguro.

Complicaciones del embarazo: Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una segunda cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.

Complicaciones del recién nacido durante el parto: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

Costo usual, acostumbrado y razonable: Es el valor cobrado, en caso de que no existiera seguro, por un servicio o suministro igual o similar al prestado al **ASEGURADO**, por la mayoría de los médicos de la misma especialidad o zona geográfica o por las instituciones dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio.

En caso de que los costos cobrados a **LA ASEGURADORA**, por los servicios prestados al **ASEGURADO**, sean superiores a su costo usual, acostumbrado y razonable, **LA ASEGURADORA** reconocerá como indemnización hasta el costo usual, acostumbrado y razonable de los mismos.

Crisis psicótica: Cuando se presenta un episodio de psicosis que cumple los criterios establecidos por el DSM-V. Según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-V) la psicosis se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Según el manual sólo se requiere para hablar de psicosis si las ideas

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. No se considera psicosis si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad.

Cuidado asistencial: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

Cuidados intensivos: Es una unidad que provee un nivel de tratamiento y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla sistémica de órganos o en caso de respiración mecánica; unidad coronaria, o unidad de cuidados neonatales.

Declaración de asegurabilidad: Formulario que contiene la declaración hecha por el solicitante, respecto del grupo a asegurar sobre su historial médico y estado de salud de éste, usada junto con la solicitud de seguro de salud por **LA ASEGURADORA** para determinar la aceptación o negación del riesgo.

Deducible: Es el valor que indefectiblemente está a cargo del **ASEGURADO**.

Donante: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejidos para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

Emergencia médica: Es toda situación imprevista que requiere una atención médica y/o quirúrgica inmediata, consistente en establecer un criterio diagnóstico y /o actitud terapéutica, evitando de esta manera un riesgo vital.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

Enfermedad congénita: Se entiende por un padecimiento congénito, todo aquello que está presente antes del nacimiento. En general, anomalías o enfermedades, aun cuando no sean reconocibles en el neonato y su manifestación clínica tenga lugar durante la vida posnatal, incluso en la segunda o tercera infancia y aun en la edad adulta puede ser de tipo hereditario (cromosomopatías) o adquirido (tóxicos o infecciones).

Enfermera(o): Es el profesional legalmente autorizado para ejercer la práctica de la enfermería.

Enfermedad epidémica: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

Enfermedad pandémica: Es una enfermedad epidémica que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

Equipo médico durable: Es el equipo médicamente necesario que provee beneficios terapéuticos al individuo

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas circunstancias médicas o enfermedades no podría realizar. Estos equipos deben ser: ordenados por un médico, resistentes al uso prolongado, ser usado para un propósito médico y deben ser apropiados para el uso en casa y permitir la realización de actividades diarias.

Especialista: Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico o doctor general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la lesión enfermedad que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el directorio mundial de escuelas médicas, publicado por la organización mundial de la salud.

Estado vegetativo persistente: Es un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin signos de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido realizados.

Exámenes de diagnóstico: Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.

Evento médico: Es todo acto médico que comprende todas las atenciones ambulatorias, hospitalarias o quirúrgicas, que requiera cualquiera de los asegurados por concepto de una enfermedad, accidente o maternidad cubierto por la póliza.

Experimental: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica nacional y/o internacional; y se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico.

FDA (food and drug administration): La agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la regulación de alimentos, suplementos alimenticios, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos cuyas normas y regulaciones son aplicables globalmente.

Gasto médicamente necesario: Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o maternidad del **ASEGURADO**, el cual no debe exceder en alcance, duración e intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y, además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica.

Al decir "no exceder en alcance, duración e intensidad", se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, siempre y cuando exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el **ASEGURADO** con los procedimientos o tratamientos realizados.

Habitación privada: La habitación estándar de un hospital, clínica o sanatorio equipada para alojar a un solo paciente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Habitación privada con sala: La habitación estándar de un hospital, clínica o sanatorio con sala equipada para alojar a un solo paciente.

Habitación semi-privada: La habitación estándar de un hospital, clínica o sanatorio equipada para alojar a más de un paciente.

Hijastro: Niño nacido del cónyuge o compañero permanente del **ASEGURADO** Titular y que no ha sido adoptado legalmente por el **ASEGURADO** Titular.

Hospital, clínica o sanatorio: Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

Hospitalización: Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, o la atención en el domicilio del **ASEGURADO** dada por un proveedor legalmente constituido para tal fin, previa prescripción médica avalada por **LA ASEGURADORA**, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas. Duraciones inferiores se considerarán como atención ambulatoria.

Indemnización: Es la suma que, limitada al valor asegurado, reconoce **LA ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.

Lesión: Daño causado al organismo por una causa externa.

Mantenimiento de vida artificial: Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.

Material de osteosíntesis: Implementos utilizados para fijar entre sí los extremos de un hueso fracturado tales como: anillos, placas, alambres, clavos y tornillos.

Medicamentos administrados: Son las dosis de medicamentos formulados por el médico tratante, adquiridos y consumidos por el **ASEGURADO**.

Medicamentos con fórmula médica: Medicamentos prescritos por un médico.

Medicamento altamente especializado: Medicamentos ambulatorios de alto costo que deben ser formulados por un médico especialista para patologías que no han respondido adecuadamente a los tratamientos de primera línea.

Médico o doctor: Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas debidamente certificadas para la práctica de la odontología.

Paciente ambulatorio: Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere permanecer en el hospital, clínica o sanatorio por un periodo que no exceda de veinticuatro (24) horas.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

País de nacionalidad: El país que le ha otorgado nacionalidad al **ASEGURADO** y que éste ha especificado en la Solicitud de Seguro de Salud o el que se le haya informado posteriormente a **LA ASEGURADORA** por escrito.

País de residencia: El país donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al **ASEGURADO** y que éste ha especificado en la Solicitud de Seguro de Salud, o el que se le haya informado posteriormente a **LA ASEGURADORA** por escrito.

Participación del asegurado: La porción de los gastos que el **ASEGURADO** debe asumir incluso en adición al deducible/franquicia, cuando así se indique en la Tabla de Coberturas.

Patología aguda: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible y tiene una aparición súbita y curso rápido.

Período de carencia: Se entiende como el lapso contado a partir del inicio de la vigencia de la póliza y durante el cual el **ASEGURADO** no tiene la cobertura.

Preexistencia: Enfermedad, malformación o afección ocurrida y originada y cuyos síntomas y/o signos clínicos se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de la inclusión del **ASEGURADO** en la misma, independientemente de que su diagnóstico se realice durante la ejecución del contrato.

Prótesis: Sustituto artificial de una parte faltante o que falla en el cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura. Para efectos de la cobertura de prótesis, únicamente se cubrirán aquellas que no se encuentren en fase experimental.

Prueba clínica registrada: Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o http://public.ukcrn.org.uk).

Recién nacido: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

Red de proveedores: Hospitales y médicos o profesionales de la salud con los que **LA ASEGURADORA** tiene convenios para ciertos planes en los que el **ASEGURADO** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida.

(a) La red de proveedores está disponible en la página web de **LA ASEGURADORA** www.segurosbolivar.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

(b) En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada en el país de residencia del **ASEGURADO**, no existirá restricción sobre los proveedores que el **ASEGURADO** podrá utilizar en su país de residencia.

Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria): Tratamiento o una combinación de varios tratamientos de terapias física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Residente: Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.

Retrasplante: Es el trasplante practicado a una persona a la que previamente se le había realizado el trasplante del mismo órgano.

Solicitud de seguro de salud: Formulario que contiene la información de los asegurados, usada junto con la declaración de asegurabilidad por **LA ASEGURADORA** para determinar la aceptación o negación del riesgo.

Suma asegurada: Suma hasta la cual es responsable **LA ASEGURADORA**, de acuerdo con los valores establecidos en la tabla de coberturas que hace parte integral de la póliza.

Tabla de coberturas: Documento que forma parte de la póliza que incluye las coberturas y sus sumas aseguradas, deducibles y participación del **ASEGURADO** según aplique.

Tomador: Es la persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y al que le corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo los que por su naturaleza correspondan al **ASEGURADO**.

Trasplante: Es un tratamiento médico complejo que permite que órganos, tejidos o células enfermas de una persona puedan reemplazarse por órganos, tejidos o células sanas de la misma o de otra persona.

Tratamiento: Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una lesión o enfermedad con el objeto de que el **ASEGURADO** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

Tratamiento ambulatorio: Son los servicios que se le prestan al **ASEGURADO**, suministrados fuera de una institución hospitalaria o dentro de ella durante un período de tiempo menor de veinticuatro (24) horas.

Tratamiento en Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Convivencia: Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias, (Urgent Care), en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: Tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

Usual, acostumbrado y razonable: Es el costo máximo que **LA ASEGURADORA** pagará por todos las coberturas que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de coberturas bajo la póliza. Será determinado según lo acordado por **LA ASEGURADORA** y los hospitales, clínicas o sanatorios y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el tratamiento.

Vigencia de la póliza: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIÓN NOVENA - GARANTÍA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, **LA ASEGURADORA** verificará que el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.

Por lo tanto, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal se obliga a informar a **LA ASEGURADORA** , en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la Entidad Promotora de Salud E.P.S., a la cual se encuentra afiliado él y su grupo asegurado.

En caso de que el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal se encuentre dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a **LA ASEGURADORA** en la solicitud de seguro de esta póliza indicando el régimen al cual pertenece.

Si durante la vigencia de este contrato, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal cambian de E.P.S. o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a **LA ASEGURADORA**, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

Parágrafo- garantía de conducta

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal asumen como garantía de conducta mantener vigente su afiliación y cotización al régimen contributivo de salud, esto es, una vinculación y pago a una Entidad Prestadora de Servicios de Salud (o la entidad que haga sus veces según el marco legal vigente) que cubra el Plan Obligatorio de Salud (o el conjunto de servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud que haga sus veces según el marco legal vigente).

Si durante la vigencia de este contrato o al momento de la renovación, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal pierde su calidad de afiliado al régimen contributivo de salud o a un régimen de excepción si es el caso, **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro de forma inmediata, reintegrando las primas pagadas y no devengadas según sea el caso sin que por ello se entienda que se ha dado por terminado sin justa causa el contrato de seguro, ni que se estén vulnerando sus derechos como consumidor financiero, por tratarse de una causal objetiva, por la inobservancia de una exigencia legal que constituye prerrequisito para la vigencia del contrato de seguro.

La anterior garantía se pacta en razón de la naturaleza de plan complementario de salud que tiene este seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA - ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal conoce que tiene la facultad de elegir en el momento de requerir la utilización de los servicios médicos, si emplea los contratados por esta póliza o los del Plan Obligatorio de Salud P.O.S., al cual se encuentra afiliado.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - OPINIÓN MÉDICA

En el caso de cualquier evento médico, **LA ASEGURADORA** o el **ASEGURADO**, si lo consideran necesario,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

podrán solicitar una segunda opinión médica, previa a la realización del tratamiento o procedimiento médico, la cual será pagada en su totalidad por **LA ASEGURADORA**, y el **ASEGURADO** estará en la obligación de colaborar para su realización.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de **ASEGURADOS** se podrá tramitar en cualquier momento durante la vigencia del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO

La presente se celebra considerando la solvencia moral del **ASEGURADO** y en consecuencia éste adquiere la obligación de mantener la misma durante la vigencia de la póliza.

Se considerará como un incumplimiento de la anterior obligación, el ser incluido en listas restrictivas como la emitida por la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En consecuencia y teniendo en cuenta que el presente seguro otorga coberturas a nivel mundial, cuando el **ASEGURADO** incumpla la obligación incluida en la presente cláusula la presente póliza terminará.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - PAGO DE PRIMAS

14.1. Obligación de pago y fraccionamiento de la prima

El **TOMADOR** de la póliza está obligado al pago de la prima. Deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de entrega de la póliza, o si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella; salvo que en las condiciones particulares se estipule algún plazo diferente.

El **TOMADOR** puede optar por el pago de la prima de forma anual, semestral o mensual.

14.2. Falta de pago de la prima

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.

14.3. Incremento de la prima

El valor de la prima se ajustará de acuerdo con las edades y otros aspectos técnicos y actuariales, para lo cual **LA ASEGURADORA** informará al **ASEGURADO** de dichos ajustes y el valor correspondiente para la renovación con un plazo de anticipación de un (1) mes previo a la renovación de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - BENEFICIO ADICIONAL

La presente póliza otorga el siguiente beneficio adicional:

15.1. Cobertura extendida para asegurados dependientes debido al fallecimiento del asegurado principal.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de fallecimiento del **TOMADOR** que a su vez sea **ASEGURADO** principal, **LA ASEGURADORA** otorgará cobertura sin costo adicional a los asegurados dependientes de la póliza por un (1) año consecutivo, a partir del fallecimiento del **TOMADOR** y **ASEGURADO** principal; siempre y cuando la causa de la muerte del **ASEGURADO** principal estuviere relacionado con un evento cubierto por esta póliza.

Este beneficio terminará de forma automática para el cónyuge o compañero permanente sobreviviente en caso de contraer matrimonio.

La extensión de cobertura entrará en vigencia a partir de la terminación de la vigencia en que fallece el **ASEGURADO** principal.

Esta cobertura no será procedente si los asegurados dependientes del **ASEGURADO** titular solicitan la devolución de la prima no devengada correspondiente al **ASEGURADO** principal, y dicha devolución es efectuada en términos de las condiciones generales.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - PAÍS DE RESIDENCIA

Esta póliza no puede ser emitida a personas que residen permanentemente en cualquier otro país que no sea Colombia. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones a acordarse con **LA ASEGURADORA**, siempre y cuando la residencia permanente del **ASEGURADO** Principal se mantenga en la República de Colombia.

El **TOMADOR** deberá informar por escrito a **LA ASEGURADORA** si él o alguno de los asegurados cambia su país de residencia. Dicha notificación deberá hacerla dentro de los primeros treinta (30) días calendario después del cambio, en cuyo caso quedará a criterio de **LA ASEGURADORA** y previo aviso al **TOMADOR**, modificar las condiciones de la póliza.

La cobertura para el **ASEGURADO** que cambie de país de residencia terminará si la ley del país a donde este se mude, o su país de residencia o país de nacionalidad, o cualquier otra ley aplicable a **LA ASEGURADORA** o a esta póliza le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.

La falta de notificación a **LA ASEGURADORA** de cualquier cambio de país de residencia de los asegurados, la facultará para dar por terminada la cobertura respecto del o los asegurados que cambien su país de residencia, a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

El **TOMADOR** deberá informar a **LA ASEGURADORA** inmediatamente si cambia cualquier dato de contacto, dado que **LA ASEGURADORA** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que este haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA POR REVOCACIÓN UNILATERAL DEL ASEGURADO TITULAR

El **ASEGURADO** principal podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA ASEGURADORA**.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En este caso, la revocación da derecho al **ASEGURADO** a recuperar la prima no devengada, la cual se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - RETICENCIA

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por **LA ASEGURADORA** la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato, con sujeción al artículo 1058 y concordantes del Código de Comercio.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1059 del Código de Comercio, rescindido el contrato por la reticencia o inexactitud del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

En caso de que la presente póliza no sea renovada a la fecha de la terminación de su vigencia y el **ASEGURADO** se encuentre recibiendo los servicios por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir los costos generados por la atención médica en curso del evento cubierto. Por lo tanto, los costos de un evento médico que se causen con posterioridad a la fecha de terminación de la vigencia de este contrato, no estarán cubiertos aunque se deriven de una enfermedad, de un accidente o una maternidad ocurrida durante la vigencia del seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA - RESPONSABILIDAD

Los perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al **ASEGURADO**, que puedan derivarse de un diagnóstico o tratamiento o intervención equivocada o defectuosa, serán responsabilidad exclusiva de los profesionales o instituciones que presten los servicios.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA - RECLAMACIONES

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.

El **ASEGURADO** deberá obtener autorización previa por parte de la Compañía en los casos que se especifican en el clausulado.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

El **ASEGURADO** autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

En caso de reembolsos cubiertos por la presente póliza y que estén en una moneda extranjera, **LA ASEGURADORA** pagará a la tasa representativa del mercado al día de la fecha de la atención médica correspondiente.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA - CAMBIO DEL PROVEEDOR PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA ASEGURADORA podrá cambiar en cualquier momento los proveedores escogidos para la prestación de los servicios cubiertos por la póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA

- La responsabilidad de **LA ASEGURADORA** bajo esta póliza es proporcionar al **ASEGURADO** y sus dependientes asegurados cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar tratamientos en nombre del **ASEGURADO** relacionados con sus coberturas. **LA ASEGURADORA** no proporciona los tratamientos médicos.

- El **ASEGURADO** Titular faculta a **LA ASEGURADORA** para gestionar, en su nombre y el de sus dependientes asegurados, citas médicas o coordinar la prestación de ciertas coberturas cuando el **ASEGURADO** Titular así lo solicite expresamente y por escrito. **LA ASEGURADORA** desempeñará dichas funciones con el mayor cuidado posible.

- Si por cualquier razón el **ASEGURADO** Titular no está en la disponibilidad de dar instrucciones a **LA ASEGURADORA** con respecto a cualquier cobertura (por ejemplo, si estuviese incapacitado), el **ASEGURADO** Titular autoriza expresamente a **LA ASEGURADORA** para:

    - Tomar una decisión que considere que está en el mejor interés del **ASEGURADO** (de acuerdo a su cobertura bajo esta póliza).
    - Proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el **ASEGURADO** que se considere apropiada bajo las circunstancias.
    - Recibir instrucciones de la persona que **LA ASEGURADORA** considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el médico tratante, o el empleador).

- Mientras **LA ASEGURADORA** ejerza las funciones descritas en la presente cláusula, podrá desempeñar las mismas a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO

Ni **LA ASEGURADORA** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el **ASEGURADO** Titular o sus dependientes **ASEGURADOS** en virtud de la prestación de las coberturas por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA - COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como beneficio para el **ASEGURADO**, con el objetivo de garantizar cobertura ininterrumpida mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, ésta se renovará automáticamente, salvo que se presente el siguiente supuesto y no opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza o en la ley:

25.1. El **ASEGURADO** manifieste en cualquier momento, su intención de dar por terminado el contrato de seguro o la póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de ajustar las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual en cada vigencia remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente al nuevo valor asegurado y nuevo valor de prima para la anualidad.

LA ASEGURADORA enviará al **TOMADOR** el certificado de renovación con no menos de un (1) mes de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA - SUBROGACIÓN

En consideración a la naturaleza de las coberturas otorgadas por la presente póliza, al tratarse de gastos médicos, clínicos, quirúrgicos y farmacéuticos, **LA ASEGURADORA** con base en lo dispuesto en el artículo 1140 del Código de Comercio, se subrogará en los derechos que el **ASEGURADO** llegue a tener en contra de los causantes de un siniestro cubierto bajo la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA - LEGISLACIÓN APLICABLE E INTERPRETACIÓN DEL SEGURO

En lo no previsto en las condiciones generales, condiciones particulares, declaración de asegurabilidad, solicitud de seguro de salud, tabla de coberturas, carátula de la póliza y demás anexos o certificados que se expidan con fundamento en ella, se regirá por las disposiciones legales aplicables a la materia.

Esta póliza está sujeta, se regirá e interpretará de conformidad con la ley de la República de Colombia.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA