

SALUD INTEGRAL

01/04/2019-1407-P-35-PH-028-00DI

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. La devolución tendrá lugar siempre y cuando no se haya presentado siniestro, o hecho uso de alguno de los servicios estipulados en la póliza.

SALUD INTEGRAL

01/04/2019-1407-P-35-PH-028-00DI

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 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 ASEGURADORA**, 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.

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

CONDICIÓN PRIMERA - OBJETO

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en adelante se denominará **LA ASEGURADORA**, 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 esta, 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.

Adicionalmente, el servicio de salud debe ser:

- Prestado en el territorio nacional de Colombia.
- Avalado previamente por **LA ASEGURADORA** y prestado a través de la red de proveedores para el producto Salud Integral, escogida por la Compañía, sin que exista derecho a reembolso.

CONDICIÓN SEGUNDA - QUÉ CUBRIMOS

Cada **ASEGURADO** tendrá derecho a que sus gastos médicos en salud sean pagados por vigencia anual de acuerdo con las coberturas definidas a continuación, teniendo en cuenta los sub-límites de valor asegurado y deducibles señalados en la tabla de coberturas, la cual hace parte integral del presente contrato.

Estas coberturas son válidas únicamente por atenciones en Colombia.

2.1. Habitación hospitalaria

LA **ASEGURADORA** reconoce los gastos efectivamente causados por el **ASEGURADO** por pensión diaria, que incluye habitación privada, dieta alimenticia, llamadas telefónicas locales, alquiler de televisión, servicio general de enfermería y cama de acompañante.

2.2. Unidad de cuidado intensivo

Se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la permanencia en la unidad de cuidado intensivo. Los gastos ocasionados por concepto de honorarios médicos del intensivista se pagarán de acuerdo con lo señalado en el numeral 2.4.3.

2.3. Gastos hospitalarios

En caso de tratamiento médico hospitalario o tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, se reconocerán los gastos hospitalarios exclusivamente por los siguientes conceptos:

2.3.1. Gastos dentro de la hospitalización

Se reconocen los gastos para el cuidado del **ASEGURADO** mientras este permanezca hospitalizado por un tratamiento médico o ingrese a una institución hospitalaria para tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, siempre y cuando se suministren durante y como consecuencia directa de la hospitalización o cirugía. Estos gastos pueden ser, entre otros: Medicamentos, sangre, plasma y sus derivados sanguíneos, suministro de oxígeno, exámenes de laboratorio clínico, gases arteriales, servicios de rayos x, ecografías, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada, exámenes de medicina nuclear, spect, pet scan, medios de contraste, materiales de curación, procedimientos de diagnóstico, monitoreos, bombas de infusión, uso de respirador artificial, derechos de sala de cirugía, elementos y suministros quirúrgicos, dotación del quirófano, esterilización, anestésicos, instrumentación, materiales de osteosíntesis y sala de recuperación.

2.3.2. Urgencia

En caso de urgencia, se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la atención de urgencia, siempre y cuando se ocasionen durante y como consecuencia directa de la misma. Para cada atención de urgencia se aplicará el deducible indicado en la tabla de coberturas.

2.3.3. Medicamentos, exámenes de laboratorio

Se reconocen los medicamentos administrados en los términos señalados en el numeral 5.23. de esta póliza y los exámenes de laboratorio practicados al **ASEGURADO**, dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio de la hospitalización o cirugía o 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.

2.3.4. Enfermera

Si por causa o con ocasión de una hospitalización cubierta por esta póliza, el **ASEGURADO** requiere del cuidado de una enfermera por prescripción médica y como consecuencia directa de la enfermedad o accidente que ocasionó la atención, **LA ASEGURADORA** reconocerá este servicio durante las veinticuatro (24) horas y con un máximo de quince (15) días, siempre y cuando la enfermera sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales).

2.3.5. Transporte terrestre

Si un **ASEGURADO** requiere médicamente ser transportado por vía terrestre hasta un centro hospitalario, se reconocerá el servicio de transporte prestado en ambulancia, en las ciudades donde **LA ASEGURADORA** lo ofrece a través de empresas privadas, siempre y cuando haya sido avalado previamente por esta.

2.3.6. Prótesis y aparatos ortopédicos

Se reconocen las siguientes prótesis entre otras: Stent, coil, lente intraocular, cardiodesfibrilador, marcapasos, vasculares, valvulares, articulares, diábolos de miringotomía, endovasculares, endouretrales, y aparatos ortopédicos de uso permanente, así como el alquiler de aparatos ortopédicos de uso temporal, hasta la suma máxima indicada en la tabla de coberturas.

2.3.7. Reemplazo de prótesis y aparatos ortopédicos

Si el **ASEGURADO** requiere médicamente el reemplazo de una prótesis o de un aparato ortopédico, este se reconocerá únicamente si se cumplen los siguientes requisitos:

- a) Que la prótesis o el material ortopédico inicial haya sido reconocido por **LA ASEGURADORA** y el **ASEGURADO** haya permanecido de manera ininterrumpida, en un producto de salud de **LA ASEGURADORA**.
- b) Que el reemplazo sea médicamente necesario, esté sustentado por el médico tratante y sea ratificado por otros profesionales que **LA ASEGURADORA** escoja.
- c) Se cubrirá hasta el límite máximo para prótesis y aparatos ortopédicos establecido en la tabla de coberturas.

2.3.8. Para trasplantes, obtención y traslado del órgano y retrasplantes

Se cubren los costos ocasionados para la realización de trasplantes, siempre y cuando la enfermedad que lo ocasionó haya sido cubierta por la póliza. Los costos ocasionados para obtener y transportar los órganos para realizar el trasplante al **ASEGURADO**, se cubrirán por evento médico hasta la suma máxima indicada en la tabla de coberturas.

Si el **ASEGURADO** requiere un retrasplante, se reconocerá cada vez que sea médicamente

necesario, siempre y cuando los gastos médicos del trasplante inicial hubieran sido cubiertos por **LA ASEGURADORA** y el **ASEGURADO** haya permanecido de manera ininterrumpida asegurado bajo un producto de salud de **LA ASEGURADORA**, hasta el límite de valor asegurado establecido para el evento del trasplante inicial.

2.3.9. Terapias

Si durante la hospitalización o hasta sesenta (60) días después del egreso hospitalario, o hasta sesenta (60) días después del retiro de la inmovilización, si la hubiere, el **ASEGURADO** requiere médicamente la realización de terapias físicas, respiratorias, del lenguaje o de rehabilitación cardíaca, se reconocen por este concepto hasta sesenta (60) sesiones de cada una de estas terapias, siempre y cuando guarden relación directa con la causa de la hospitalización.

2.3.10. Para tratamiento de hospitalización domiciliaria

Cuando médicamente el **ASEGURADO** requiera continuar domiciliarmente con un tratamiento hospitalario, por un evento médico o quirúrgico amparado por esta póliza, **LA ASEGURADORA** podrá avalar el tratamiento domiciliario, siempre y cuando se cumplan todos los siguientes requisitos:

- a) Que el tratamiento pueda ser brindado en forma médicamente segura para el **ASEGURADO**.
- b) Que se realice en el domicilio del **ASEGURADO**.
- c) Que medie aval de **LA ASEGURADORA** para la realización de este tratamiento.
- d) Que el tratamiento sea realizado por profesionales de la salud legalmente autorizados.
- e) Que esté soportado con todos los requisitos de historia clínica.
- f) Que se realice en una de las ciudades donde **LA ASEGURADORA** ofrece este servicio a través de empresas privadas.
- g) La duración de esta cobertura se determinará con base en los reportes médicos suministrados por el proveedor de **LA ASEGURADORA** para este servicio.
- h) En caso de estados comatosos, enfermedades degenerativas o desmielinizantes del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple, **LA ASEGURADORA** sólo reconocerá por evento médico hasta ciento veinte (120) días de hospitalización domiciliaria. Si el **ASEGURADO** no hace uso de estos días durante la vigencia anual de la póliza, el límite de ciento veinte (120) días se mantendrá para las renovaciones siguientes. En caso contrario, este límite de días se disminuirá en el mismo número de días utilizados por el **ASEGURADO** y se van agotando, sin que haya lugar al restablecimiento del número de días en cada renovación de la póliza.

2.3.11. Tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica

Se cubrirán los tratamientos hospitalarios hasta por cuarenta y cinco (45) días, durante la vigencia anual de la póliza.

2.3.12. Tratamientos de odontología por accidente

Cuando como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, se realice al **ASEGURADO** dentro del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente, la reducción e inmovilización de fracturas, suturas, eliminación de fragmentos dentarios, eliminación de cuerpos extraños, reimplantación de dientes avulsionados, reposicionamiento de la articulación temporomandibular por luxación, cierre de comunicaciones bucosinusales o buconasales. Así mismo, en caso de que el **ASEGURADO** requiera una reintervención de cualquiera de los anteriores procedimientos, ocasionada por el mismo accidente, se reconocerán los gastos de esta, únicamente si es consecuencia directa del procedimiento odontológico inicial.

2.3.13. Consulta prioritaria

En caso de que el **ASEGURADO** requiera una atención médica no programada, se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la consulta de atención prioritaria con el profesional de la salud y las atenciones de salud inmediatas, que se deriven de esta consulta médica no programada, siempre que se ocasionen durante y como consecuencia directa de la patología por la cual se genera la atención prioritaria.

Para cada consulta prioritaria se aplicará el deducible indicado en la tabla de coberturas y solo se cubrirá en los prestadores de salud que cuenten con la habilitación para este servicio.

Parágrafo - Cirugías robóticas y procedimientos aplicando las últimas tecnologías y/o avances científicos.

Siempre que se solicite un procedimiento médico tal como cirugía o examen especial de diagnóstico, entre otros, que incluya utilización de tecnología de punta o últimos avances tecnológicos y/o científicos, incluyendo las cirugías asistidas por robot, la solicitud será analizada por un comité médico definido por **LA ASEGURADORA** y este tendrá la libertad de autorizar o no la solicitud o la tecnología solicitada, teniendo en cuenta todos los factores particulares que apliquen al caso específico e independientemente que la patología por la cual se requiere la solicitud esté cubierta por la póliza.

2.4. Honorarios médicos hospitalarios

2.4.1. Honorarios médicos quirúrgicos

Se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por honorarios del cirujano, del anesthesiólogo y del ayudante de cirugía.

2.4.2. Honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico

Se reconocen los honorarios por la visita diaria del médico tratante al **ASEGURADO** hospitalizado por un tratamiento no quirúrgico.

2.4.3. Honorarios médicos del intensivista

Se reconocen los honorarios por el tratamiento del médico intensivista, cuando el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo.

2.4.4. Honorarios médicos por interconsultas

Si el **ASEGURADO** hospitalizado requiere atención médica de especialistas diferentes al médico tratante, se reconocen máximo tres (3) visitas diarias por especialidad.

2.4.5. Consulta preanestésica

En todos los casos de tratamiento quirúrgico **LA ASEGURADORA** reconocerá una (1) consulta preanestésica.

2.5. Gastos ambulatorios

Se reconocen exclusivamente los siguientes gastos:

2.5.1. Fracturas, esguinces y luxaciones

Se reconocen gastos tales como honorarios médicos por la atención inmediata, rayos x, medicamentos, yeso y otros gastos necesarios, hasta sesenta (60) sesiones de terapia física, siempre que se realicen dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ocurrencia del accidente o dentro de los sesenta (60) días posteriores al retiro de la inmovilización, si la hubiere.

2.5.2. Exámenes de diagnóstico

Se reconocen los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por exámenes de diagnóstico, entre otros: servicios de rayos x, ecografías, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada, exámenes de medicina nuclear, spect, pet scan, así como los medios de contraste que se requiera, y por exámenes de laboratorio clínico. Estos servicios sólo podrán ser prestados a través de la red de proveedores de servicios ambulatorios de **LA ASEGURADORA** y una vez se haya acreditado el pago del deducible por examen de diagnóstico o por orden médica para laboratorios clínicos establecidos en la tabla de coberturas. Para autorizar exámenes de diagnóstico de alto costo, **LA ASEGURADORA** podrá solicitar una segunda opinión para autorizar su realización.

De igual manera, los servicios de exámenes de laboratorio clínico y exámenes de diagnóstico, requieren para su realización, de la orden médica expedida por un profesional médico de la red de proveedores de **LA ASEGURADORA**.

Parágrafo: Estos no tendrán cobertura en instituciones hospitalarias y/o clínicas.

2.5.3 Tratamiento médico ambulatorio

Si durante el tiempo de permanencia continua del **ASEGURADO** en la póliza, requiere tratamiento médico ambulatorio por una o varias de las enfermedades relacionadas a continuación, se reconocerán los gastos en que incurra tales como honorarios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, hemodiálisis y diálisis peritoneal, siempre que las enfermedades hayan sido cubiertas por esta póliza:

- Aplasia medular.
- Insuficiencia renal aguda o crónica.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Cáncer.
- Trasplantes.
- SIDA cubierto por la póliza.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Para el SIDA cubierto por la póliza, se otorgará por dos (2) años máximo contados a partir de la fecha en que se haya realizado el diagnóstico de la enfermedad, sin perjuicio del tiempo de permanencia continua del **ASEGURADO** en la póliza.

La cobertura se dará hasta el límite de valor asegurado establecido en la tabla de coberturas por vigencia y por patología.

2.5.4 Para tratamientos de rehabilitación

Se cubrirán los tratamientos de rehabilitación por los siguientes eventos:

- Trauma raquimedular.
- Trauma craneoencefálico severo.
- Accidente cerebro vascular.
- Enfermedad de Guillain Barré.
- Enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca.

Los tratamientos 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 límite de valor asegurado establecido en la tabla de coberturas. Lo que se cumpla primero.

2.5.5. Consulta externa

El **ASEGURADO** tendrá derecho a recibir durante la vigencia anual de la póliza, los siguientes servicios ambulatorios que sean médicamente necesarios:

1. Consultas

- a. Médico general.
- b. Médico especialista.
- c. Medicina complementaria.
- d. Psicología.
- e. Nutricionista.
- f. Optómetra.

2. Terapias

- a. Física.
- b. Respiratoria.
- c. De lenguaje.
- d. De ortóptica.
- e. Ocupacional.

Estos servicios solo podrán ser prestados a través de la red de proveedores de **LA ASEGURADORA** y una vez se haya acreditado el deducible establecido para cada servicio en la tabla de coberturas.

De igual manera, para la realización del servicio de terapias, requiere de la orden médica expedida por un profesional médico de la red de proveedores de **LA ASEGURADORA**.

En ningún caso habrá reembolso de los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por los servicios descritos en este concepto.

Parágrafo: La prestación de los servicios de consulta externa a través de la red de proveedores, no implica que **LA ASEGURADORA** quede obligada a indemnizar por las demás coberturas indicadas en la condición segunda.

2.6. Cobertura para recién nacido

Los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por la póliza, gozarán en forma automática, desde el mismo instante del parto, de todas las coberturas vigentes en el momento del nacimiento, siempre y cuando se efectúe la inclusión del recién nacido en esta póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento. Igualmente, si se reúnen las condiciones señaladas anteriormente, se extiende a cubrir a los recién nacidos prematuros.

Adicionalmente se cubrirá la valoración del recién nacido por el pediatra en la sala de partos.

En caso de que el embarazo sea múltiple, esta cobertura se concederá independientemente para cada recién nacido.

2.6.1 Cobertura para bebés con enfermedades congénitas

Los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por la póliza, gozarán en forma automática del

tratamiento y gastos relacionados con las atenciones por enfermedades congénitas, siempre y cuando se efectúe la inclusión del recién nacido en esta póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento. En caso de que el embarazo sea múltiple, esta cobertura se concederá independientemente para cada recién nacido.

2.7. Cobertura de enfermedades congénitas

Para aquellas personas que no hayan estado aseguradas desde el momento de su nacimiento en esta póliza, pero que tengan una permanencia como asegurados en ella igual o superior a tres (3) años continuos, gozarán de la cobertura para las enfermedades congénitas que se diagnostiquen y/o se manifiesten por primera vez, una vez se haya cumplido dicho lapso de tres (3) años.

CONDICIÓN TERCERA - QUÉ NO CUBRIMOS FRENTE A TODAS LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

- 3.1. Tratamiento médico o quirúrgico para atención psiquiátrica, por eventos tales como adicciones, crisis conversivas, así como los tratamientos psicológicos.
- 3.2. Tratamiento médico o quirúrgico por intento de suicidio o lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO** a sí mismo, sea cual fuere su estado emocional o anímico al causarse la lesión.
- 3.3. Chequeos médicos ejecutivos con o sin hospitalización.
- 3.4. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas, salvo para los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por esta póliza y cuya inclusión en la misma se haya realizado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento. Así como para los asegurados cubiertos conforme el numeral 2.7. Cobertura de enfermedades congénitas- de la condición segunda de esta póliza.
- 3.5. Enfermedades contraídas antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, conocidas o no conocidas por el **TOMADOR** o **ASEGURADO**, así como sus secuelas o consecuencias.
- 3.6. Accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso del **ASEGURADO** en la póliza, así como sus secuelas o sus consecuencias.
- 3.7. Rinoplastia o tratamientos o cirugías estéticas o plásticas, salvo las de tipo reconstructivo por accidente o enfermedad cubierta por esta póliza.
- 3.8. La escleroterapia.
- 3.9. Mamoplastias, excepto aquellas reconstructivas como consecuencia de cáncer de seno cubierto por esta póliza.
- 3.10. Tratamientos para adelgazar sean médicos, quirúrgicos o farmacológicos. Se excluyen además los tratamientos de cualquier modalidad para cualquier tipo de obesidad así sean médicamente necesarios.



3.11. Atención odontológica en general, para eventos tales como: implantología, cirugía oral y maxilofacial, rehabilitación oral, tratamiento de articulación temporomandibular, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, ortopedia maxilar, odontología general, pediátrica y estética.

No se considera accidente las fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos o por morder objetos no comestibles.

3.12. Exámenes y corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía, astigmatismo, así como el suministro de anteojos, lentes de contacto u otros elementos para corregir la visión.

3.13. Los dispositivos para la audición y las consultas para su adaptación y seguimiento.

3.14. Estudios o tratamientos de esterilización o su revertimiento, anticoncepción, fertilización, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, planificación familiar, fecundación in vitro o cambio de sexo parcial o total.

3.15. Pruebas genéticas.

3.16. Vacunas o tratamientos inmunológicos como las inmunoterapias y los test de alergias de parche, así como las consecuencias que se deriven de ellos.

3.17. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios para pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que no hayan desarrollado SIDA.

3.18. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de actos de guerra civil o internacional, sea declarada o no, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil, golpe de estado civil o militar, asonada, terrorismo o lesiones causadas por fisión o fusión nuclear.

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

3.20. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.

3.21. Cualquier tratamiento derivado de consulta de medicina alternativa, medicina no tradicional o medicina experimental y la acupuntura.

3.22. Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.

3.23. Salvo que el **ASEGURADO** haya ingresado a la póliza antes de cumplir los nueve (9) años de edad, se excluye todo tratamiento médico o quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal que no sean consecuencia de un accidente. La prueba del mismo deberá confirmarse por medio de radiografías, tomadas al **ASEGURADO** dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia y con el resumen de la historia clínica expedido por la entidad hospitalaria en donde recibió la atención.

- 3.24.** Honorarios profesionales por servicios ordenados o prestados por el cónyuge o compañero (a) permanente o por familiares del **ASEGURADO**, hasta el segundo grado de consanguinidad.
- 3.25.** Los gastos de viaje o transporte para recibir servicios médicos, con excepción de los ocasionados por transporte terrestre de urgencia definidos en la condición segunda.
- 3.26.** 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.

CONDICIÓN CUARTA - LIMITACIONES A LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA

4.1. Períodos de carencia

LA ASEGURADORA reconocerá los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO**, por los eventos médicos ocasionados por las enfermedades que se citan a continuación, siempre y cuando estén cubiertos por la póliza, no sean preexistentes, y se haya cumplido el período de carencia indicado para cada una de ellas, el cual empieza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en la póliza.

Las enfermedades con período de carencia son las siguientes:

Enfermedad	Período de carencia
• Enfermedad coronaria	6 meses
• Cálculos biliares (en la vesícula)	12 meses
• Cálculos urinarios o renales	12 meses
• Cistocele o rectocele	12 meses
• Hernias de cualquier tipo	12 meses
• Miomatosis uterina (miomas)	12 meses
• Várices	12 meses
• SIDA cubierto por la póliza	12 meses

4.2. Limitación cobertura de maternidad

En los casos de maternidad, gozarán de esta cobertura todas las mujeres aseguradas en esta póliza, bajo las siguientes condiciones: Cuando desde el inicio del embarazo hasta su terminación haya mínimo dos (2) personas aseguradas en la póliza, el embarazo se cubrirá si se inicia después del primer día del segundo mes de vigencia continua de la **ASEGURADA** en la póliza. En caso de que haya un solo **ASEGURADO** en la póliza, el embarazo se cubrirá si se inicia después del primer día del segundo año de vigencia continua de la **ASEGURADA** en la póliza.

4.3. Preexistencias

Las preexistencias conocidas tal como se definen en el numeral 5.27, que hayan sido declaradas por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** en el momento de su inclusión en la póliza, estarán cubiertas siempre que estas hayan sido aceptadas por **LA ASEGURADORA** de manera escrita y expresa en las condiciones particulares de este contrato. Las preexistencias no declaradas no estarán cubiertas.

4.4. Suma asegurada

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

- a) “Suma asegurada máxima”: La máxima cantidad que **LA ASEGURADORA** pagará en total por todas las coberturas, por cada **ASEGURADO** y por cada vigencia anual.
- b) Suma asegurada para coberturas por sesiones, visitas o días: La cantidad máxima que **LA ASEGURADORA** pagará por ciertas coberturas específicas.

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

4.5. Límite máximo de edad

El límite máximo de edad para inclusión en el grupo asegurable será de cincuenta y nueve (59) 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.

4.6. Deducible

El deducible aplica únicamente para las coberturas indicadas en la tabla de coberturas, bajo las siguientes precisiones:

- 4.6.1. El deducible opera por evento.
- 4.6.2. Para laboratorio clínico y terapias, el deducible opera por orden médica y por orden de sesiones, respectivamente.
- 4.6.3. Si se contrata el anexo Su Médico de Confianza, y el servicio es direccionado por dicho médico a la red de proveedores definida para el anexo, no aplicará el deducible.
- 4.6.4. Deducible de urgencias. No aplica en caso de que el paciente quede hospitalizado, la atención de urgencias sea a una mujer en estado de embarazo, o si la atención de urgencias es por uno de los siguientes eventos: esguinces, luxaciones, fracturas, pacientes quemados, pacientes a quienes haya que realizarles una sutura.

CONDICIÓN QUINTA - DEFINICIONES

Todos los términos definidos a continuación aplican para el presente contrato de seguro:

- 5.1. **Accidente:** Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca lesiones en su integridad física.

- 5.2. Aparato ortopédico:** Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, con excepción de aquellos en los que no se ha demostrado científicamente su eficacia o que buscan únicamente mejoras estéticas.
- 5.3. Asegurado:** Persona natural titular del interés asegurable, objeto de cobertura.
- 5.4. Asegurado principal:** En las pólizas individuales es quien sea designado como tal en la solicitud del seguro.
- 5.5. 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.
- 5.6. Crisis Psicótica:** Cuando se presenta el primer 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 solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas 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 médica asociada.
- 5.7. Costo usual y acostumbrado:** Es el valor que **LA ASEGURADORA** reconoce a los profesionales e instituciones de su red de proveedores en el territorio nacional, por un servicio médico igual o similar, dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio al **ASEGURADO**.
- 5.8. Deducible:** Es el valor que se establece en el contrato de seguro, que no está cubierto por la póliza, y por lo tanto está a cargo del **ASEGURADO**, sobre el total facturado por concepto de los servicios prestados y cubiertos por la póliza.
- 5.9. 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.
- 5.10. 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.
- 5.11. Enfermedad congénita:** Se entenderá 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 postnatal, incluso en la segunda o tercera infancia y aún en la edad adulta. Puede ser de tipo hereditario (cromosomopatías) o adquirido (tóxicos o infecciones entre otros).
- 5.12. Enfermera (o):** Es el profesional legalmente autorizado, para ejercer la práctica de la enfermería.



- 5.13. Evento agudo:** Es aquella enfermedad o situación de salud que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración. Se considera que su duración es menor a tres meses.
- 5.14. 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.
- 5.15. Experimental:** Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, 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.
- 5.16. Gasto médicamente necesario:** Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad 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, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el **ASEGURADO** con los procedimientos o tratamientos realizados.
- 5.17. Habitación privada:** Es el lugar del centro hospitalario donde permanece el **ASEGURADO** para recibir el tratamiento médico, el cual consta de habitación individual sencilla. No se considera habitación privada la habitación con sala.
- 5.18. 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.
- 5.19. Hospitalización domiciliaria:** Es la atención médica multidisciplinaria que se presta a un **ASEGURADO** que requiere cuidados hospitalarios en su domicilio para el manejo integral de su enfermedad, con la misma calidad técnico científica de una institución hospitalaria. Tiene como fin promover el bienestar del **ASEGURADO** en su propio entorno, para contribuir en la recuperación de su salud y mejorar la calidad humana de la asistencia hospitalaria, al llevar a cabo las actividades en el domicilio habitual del **ASEGURADO**, ya que la atención es prestada a través de un equipo de profesionales médicos y paramédicos que cumplen las mismas funciones y actividades que se desarrollan en el centro hospitalario.
- 5.20. Indemnización:** Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar **LA ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.
- 5.21. Institución hospitalaria:** Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente autorizada por los organismos gubernamentales competentes para prestar el servicio requerido por el

ASEGURADO. No se consideran instituciones hospitalarias, para efecto de este seguro, los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, clínicas neuropsiquiátricas, instituciones dedicadas al tratamiento de adicción a las drogas o al alcohol e instituciones similares.

- 5.22. Material de osteosíntesis:** Implementos utilizados para fijar entre sí los extremos de un hueso fracturado tales como: anillos, placas, alambres, clavos y tornillos.
- 5.23. Medicamentos administrados:** Son las dosis de medicamentos formulados por el médico tratante, adquiridos y consumidos por el **ASEGURADO**.
- 5.24. Obesidad:** Estado de salud anormal en el cual hay un exceso serio de grasa corporal que se ve acompañada por un incremento del peso del cuerpo.
- 5.25. 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.
- 5.26. 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.
- 5.27. Preexistencia conocida:** 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.
- 5.28. Preexistencia no conocida:** Enfermedad, malformación o afección originada y cuyos síntomas y/o signos clínicos no se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de la inclusión del **ASEGURADO** en la misma.
- 5.29. Prótesis:** Sustituto artificial de una parte faltante o fallante del cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura. Para efectos de la cobertura de prótesis, únicamente se cubrirán aquellas que no se encuentren en fase experimental y se estén comercializando dentro del portafolio de las casas con representación nacional.
- 5.30. Retrasplante:** Es el trasplante practicado a una persona a la que previamente se le había realizado el trasplante del mismo órgano.
- 5.31. SIDA cubierto por la póliza (síndrome de inmunodeficiencia adquirida):** Padece SIDA cubierto por la póliza toda persona que cumpla las siguientes condiciones:
1. Que presente una prueba serológica positiva para VIH confirmada con WESTERN BLOT.
 2. Que presente cualquiera de las enfermedades asociadas y aceptadas como tales internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud, en el momento de la ocurrencia del evento médico.
 3. Que el mismo sea proveniente de una infección por VIH adquirida durante el tiempo de permanencia del **ASEGURADO** en la póliza.
- 5.32. 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**.



- 5.33. Trasplante:** Es un tratamiento médico complejo que permite que órganos, tejidos o células enfermas de una persona, se puedan reemplazar por órganos, tejidos o células sanos de la misma o de otra persona. En algunos casos esta acción sirve para salvarle la vida, en otros para mejorar la calidad de vida o ambas cosas.
- 5.34. 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, tales como servicios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- 5.35. Tratamiento de rehabilitación:** Es el conjunto de atenciones que buscan a través de terapia física, respiratoria, del lenguaje u ocupacional entre otras, recuperar o aminorar el deterioro de la función de un órgano o sistema.
- 5.36. Urgencia:** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. (Decreto 412 de 1992 Min. Salud Pública).
- 5.37. Vigencia de la póliza:** Es el período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

CONDICIÓN SEXTA - 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 voluntario de salud que tiene este seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA - 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 OCTAVA - SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

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

Además del **ASEGURADO** principal, pueden inscribirse como asegurados de esta póliza, mediante el pago de la prima respectiva, su cónyuge o compañero permanente y los familiares del **ASEGURADO** principal o de su cónyuge o compañero permanente que se indican a continuación: padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos, siempre y cuando en el momento de realizarse la solicitud del seguro no hayan cumplido los sesenta (60) años de edad.

La persona no tendrá la calidad de **ASEGURADO** hasta que **LA ASEGURADORA** acepte por escrito su inclusión como **ASEGURADO** en la póliza.

El **TOMADOR** podrá solicitar la inclusión de nuevos **ASEGURADOS** durante la vigencia de la póliza y en caso de ser aceptados, su ingreso se efectuará a partir del día en que se inicie una nueva mensualidad.

CONDICIÓN DÉCIMA - RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de **ASEGURADOS** se podrá tramitar en cualquier momento durante la vigencia del seguro, siempre y cuando lo solicite el tomador de la póliza.

Si la prima es de pago anual, semestral o mensual, el valor de la prima no devengada será devuelto al tomador de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - PAGO DE PRIMAS

11.1. 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 pacte algún plazo diferente.

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

11.2. 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 de seguro.

11.3. 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 SEGUNDA - PERFECCIONAMIENTO E INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL CONTRATO

La cobertura contenida en el presente contrato entra en vigencia en el día y hora indicados en la carátula de la póliza y una vez se haya firmado el contrato y **LA ASEGURADORA** haya recibido el valor de la primera prima.

En caso de fraccionamiento de primas, cuando la primera prima sea pagada mediante convenio de descuento, mientras ingresa el valor de la misma a **LA ASEGURADORA**, la cobertura contenida en el presente contrato se otorgará únicamente para enfermedades infecciosas agudas o accidentes, desde el día y hora indicados en la carátula de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - 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, esta se renovará de manera sucesiva por el período inicialmente pactado, salvo que opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza o en la ley, o cuando el **ASEGURADO** manifieste en cualquier momento, su intención de dar por terminado el contrato de seguro, o de no renovarlo.

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 esta 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.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - 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 QUINTA - 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 DÉCIMA SEXTA - RESPONSABILIDAD CIVIL

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

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - SUBROGACIÓN

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal cede a **LA ASEGURADORA** los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de los servicios médicos prestados al **ASEGURADO**, faculta automáticamente a **LA ASEGURADORA** para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el **ASEGURADO** se compromete a entregar a **LA ASEGURADORA** las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso del evento médico, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.



CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA - 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 ASEGURADORA** 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 estas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA**, relacionada con la reclamación.

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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA - PAGO A PROVEEDORES

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal autoriza a **LA ASEGURADORA** a cancelar directamente al proveedor el valor de los servicios prestados con cargo a la póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA – CAMBIO DE 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.


COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
 Firma representante Legal