

PLAN PREFERENCIAL

Condiciones Generales

1. CLAUSULA PRIMERA OBJETO

MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A., denominada en adelante LA COMPAÑÍA, con sujeción a las condiciones que a continuación se expresan, indemnizará a los asegurados de esta póliza los gastos médicos incurridos durante la vigencia de la misma según las coberturas, los límites pactados y especificados salvo los eventos expresamente excluidos en la carátula de la póliza y en estas condiciones.

1.1. COBERTURAS

- a) Gastos hospitalarios.
- b) Habitación privada.
- c) Unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios.
- d) Cama de acompañante.
- e) Enfermera especial.
- f) Prótesis.
- g) Honorarios médicos.
- h) Honorarios quirúrgicos.
- i) Honorarios Anestesiólogo.
- j) Honorarios Ayudantía.
- k) Honorarios por tratamiento médico.
- l) Gastos pre y post hospitalarios.
- m) Hospitalización domiciliaria.
- n) Alimentación enteral y parenteral post-hospitalaria.
- o) Cirugías ambulatorias por enfermedad o accidente.
- p) Cirugías ambulatorias por enfermedad o accidente.
- q) Urgencias.
- r) Maternidad,
- s) Recién nacido,
- t) Corrección defectos de refracción visual,
- u) Exámenes de diagnóstico simple y especializados,
- v) Terapias e infiltraciones,
- w) Consulta médica ambulatoria,

1.2. Otras coberturas

- a) Cáncer.
- b) Insuficiencia renal,
- c) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- d) Trasplantes,
- e) Cirugía bariátrica.
- f) Enfermedades congénitas y genéticas.
- g) Gastos funerarios.
- h) Asistencia médica en casa.
- i) Asistencia odontológica.
- j) Gastos funerarios**
- k) Asistencia en el exterior

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

2. CLAUSULA SEGUNDA EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

2.1. Exclusiones aplicables a todos los Amparos

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

- 2.1.1. Enfermedades o afecciones diagnosticadas o manifestadas con anterioridad a la fecha de iniciación de vigencia de la póliza o a la fecha de ingreso de cada asegurado a la misma, así como sus secuelas o consecuencias.
- 2.1.2. Cirugía estética o cirugía plástica para fines de embellecimiento, excepto la cirugía reconstructiva como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. Mamoplastias, excepto aquellas reconstructivas como consecuencia de cáncer de seno cubierto por la póliza.
- 2.1.3. Los tratamientos hospitalarios y ambulatorios como consecuencia de: enfermedades psiquiátricas o psicológicas, estados de demencia, enfermedades mentales crónicas, estados depresivos, psicoterapia, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, terapia neuropsicológica, excepto los tratamientos psiquiátricos hospitalarios para el manejo de las crisis agudas, en cuyo caso se reconocerá hasta el máximo de días establecidos en la carátula de la póliza. Dentro de este tratamiento no se reconocerá ningún gasto pre y post-hospitalario.
- 2.1.4. Los tratamientos hospitalarios y ambulatorios por drogadicción, farmacodependencia, o alcoholismo. No obstante lo anterior, se cubren las lesiones como consecuencia de estados de embriaguez y farmacodependencia.
- 2.1.5. Lesiones auto inflingidas e intento de suicidio (voluntario o involuntario); y lesiones sufridas por el asegurado cuando participe en actos ilícitos.
- 2.1.6. Defectos de refracción visual, excepto para aquellos asegurados que hayan nacido bajo la cobertura de la póliza
- 2.1.7. Suministro de anteojos, lentes de contacto u otros elementos para corregir la visión.
- 2.1.8. Tratamientos odontológicos, a menos que sean consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza. Tratamiento de lesiones o afecciones de origen dental o a nivel gingival. Alteraciones de la articulación temporo-mandibular, trastornos de la mordida o trastornos del desarrollo mandibular o maxilar.
- 2.1.9. Los tratamientos por fracturas dentales como consecuencia de la ingestión de alimentos no están cubiertos, como tampoco la restitución de prótesis dentales completas o incompletas, así sean consecuencia de un accidente.
- 2.1.10. Tratamientos o procedimientos relacionados con fertilidad y esterilidad. Ligadura de trompas, vasectomía, inserción o retiro de dispositivos, fecundación in vitro, impotencia o disfunción eréctil y cambios de sexo.
- 2.1.11. Tratamientos orientados al feto, pruebas genéticas. El aborto y sus consecuencias, salvo que sea medicamento requerido y legalmente aprobado.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

PLAN PREFERENCIAL CONDICIONES GENERALES

- 2.1.12. Suministro de aparatos o equipos ortopédicos, bragueros, audífonos, sillas de ruedas, equipos para terapia física ocupacional, muletas, medias anti embolicas, pañales, leche maternizada, fajas. No obstante lo anterior, se cubre el alquiler de los siguientes aparatos ortopédicos: muletas, sillas de ruedas, caminadores y camas.
- 2.1.13. Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o alto riesgo tales como: paracaidismo, alas delta, ultralivianos, esquí de nieve y acuático, buceo, downhill, parapente, laderismo, bungee jumping, puenting, rafting, aviación no comercial, planeador o soaring, montañismo o alpinismo, boxeo, surf, snowboard, ciclismo de montaña, skateboard, kite surf, motonautica, windsurf, sandboard, moto de nieve, globo aereostático, kayak, vela, catamaran, automovilismo, cuatrimoto, motociclismo y motocros. Excepto los accidentes de tránsito que no correspondan por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas, donde la compañía cubre los gastos médicos que se causen en caso de que el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), supere los topes establecidos por el artículo 193 del estatuto orgánico del sistema financiero.
- 2.1.14. Chequeos médicos ejecutivos o de diagnóstico con o sin hospitalización.
- 2.1.15. Tratamientos hospitalarios y ambulatorios por dietas, adelgazamiento, desórdenes alimenticios como bulimia o anorexia, rejuvenecimiento, cosmetología, cámara hiperbárica, escleroterapia, quiropraxia, acné y cualquier tipo de alopecia. Además las terapias o tratamientos realizados con toxina botulínica (botox), sin importar su origen.
- 2.1.16. Complicaciones o secuelas de un tratamiento no amparado por la póliza.
- 2.1.17. Estudio polisomnográfico, los trastornos del sueño, el tratamiento hospitalario o ambulatorio del ronquido o uvulopalatoplastia, salvo que sea medicamento requerido.
- 2.1.18. Tratamientos hospitalarios y ambulatorios por obesidad y cirugía bariátrica. Salvo que sean medicamento requeridos y cumplan con los requisitos de asegurabilidad.
- 2.1.19. Tratamientos y medicamentos no reconocidos por las asociaciones científicas de carácter experimental o investigativo.
- 2.1.20. En los trasplantes de órganos, el costo del órgano y las complicaciones del procedimiento quirúrgico realizado para la extracción del órgano con fines de donación, excepto en aquellos casos en los cuales el donante y el receptor se encuentren asegurados en la póliza de salud de la compañía. Así mismo los gastos ocasionados por cualquier tipo de trasplante de órganos o tejidos, cuando la persona sea donante.
- 2.1.21. La maternidad, las complicaciones anatómicas y funcionales del embarazo, si al momento de ingresar al seguro la persona está embarazada, o no cumple con el tiempo establecido definido.
- 2.1.22. Vacunas y tratamientos inmunológicos así como sus consecuencias.
- 2.1.23. Medicamentos prescritos para un tratamiento ambulatorio (no hospitalario), excepto los amparados expresamente por la póliza.
- 2.1.24. Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

PLAN PREFERENCIAL CONDICIONES GENERALES

- 2.1.25. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas conocidas o manifestadas al momento del ingreso del asegurado a la póliza. Se exceptúan los hijos nacidos en la póliza.
- 2.1.26. Los tratamientos hospitalarios y ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.
- 2.1.27. Los causados por mala fe del asegurado.

Quedan excluidos las consecuencias de los hechos siguientes:

- 2.1.28. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- 2.1.29. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA EN CASA

Además de las exclusiones generales mencionadas anteriormente, no son objeto de cobertura las prestaciones derivadas directamente o indirectamente de los siguientes eventos:

- 2.2.1. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía.
- 2.2.2. Los gastos de asistencia hospitalaria, sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza.
- 2.2.3. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.
- 2.2.4. Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
- 2.2.5. No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
- 2.2.6. Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una ips de mayor complejidad, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

2.3. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Además de las exclusiones generales mencionadas anteriormente, no son objeto de cobertura los gastos relacionados con eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

- 2.3.1. Tratamientos y procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y cualquier cirugía reconstructiva dental, como el caso del labio leporino.
- 2.3.2. Tratamientos originados por enfermedades mentales y lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estado de enajenación mental de cualquier etiología.
- 2.3.3. Exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones de origen dental no cubiertos por los amparos de la póliza, a menos que sean consecuencia

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

PLAN PREFERENCIAL CONDICIONES GENERALES

de un accidente cuyo tratamiento odontológico y quirúrgico haya sido cubierto por esta, en cuyo caso se excluyen los aparatos de prótesis, su implantación y restauración.

- 2.3.4. Tratamientos odontológicos quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
- 2.3.5. Tratamientos experimentales y aplicación de medicamentos y material importado no reconocido en el plan de asistencia odontológica; prótesis, implantes, rehabilitación oral, disfunciones de la articulación temporomandibular, servicios de ortodoncia y ortopedia funcional; restauraciones con metales preciosos y cualquier tipo de porcelanas o cerámica (prostodoncia o rehabilitación) y odontología cosmética.
- 2.3.6. Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red definida.
- 2.3.7. Juegos periapicales completos para el diagnóstico de tratamientos especializados, carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamientos de dientes vitales y no vitales reparación de perforaciones dentales, salvo las causadas por los odontólogos adscritos a la red, remodelado óseo y procedimientos preprotésicos en general.

2.4. Exclusiones particulares aplicables a la cobertura de asistencia en el exterior

Además de las exclusiones generales mencionadas anteriormente no son objeto de la cobertura de asistencia en el exterior, las prestaciones y hechos siguientes:

- 2.4.1. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo por fuerza mayor, según su definición legal, que le impida al asegurado comunicarse con la compañía.
- 2.4.2. Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje, sean preexistentes o congénitas. No obstante, los gastos iniciales de asistencia médica de emergencia tendrán cobertura hasta un monto máximo de us 500. A los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza.
- 2.4.3. Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.
- 2.4.4. Las asistencias solicitadas cuando el objeto del viaje sea para recibir tratamiento médico programado o no; salvo que se acredite debidamente por el asegurado o sus responsables, que la enfermedad, accidente o fallecimiento, en su caso, no guarde relación alguna con el tratamiento médico origen del viaje.
- 2.4.5. No se prestará asistencia médica hospitalaria, si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.
- 2.4.6. Los gastos médicos incurridos después de doce meses del inicio del primer gasto médico hospitalario cuando los mismos se generen por un tratamiento médico iniciado y amparado en el exterior.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

**3. CLAUSULA TERCERA
LIMITACIONES DEL AMPARO BÁSICO Y PERIODOS DE CARENCIA**

- 3.1. A partir del quinto mes de permanencia continua del asegurado en la póliza, se reconocerán los tratamientos quirúrgicos hospitalarios o ambulatorios no urgentes y los exámenes especializados de diagnóstico.
- 3.2. A partir del séptimo mes, se reconocerán el tratamiento para el cáncer y la insuficiencia renal.
- 3.3. A partir del primer día del segundo año de permanencia continua del asegurado en la póliza, se reconocerán cirugías o tratamientos como consecuencia de: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), trasplante de órganos, pruebas de alergia o pruebas de parche y el examen de diagnóstico PET SCAN, siempre y cuando el mismo no sea de tamizaje.
- 3.4. A partir del primer día del tercer año de permanencia continua del asegurado en la póliza, se reconocerán la septoplastia y la rinoseptoplastia (no estética).

Parágrafo: No obstante lo anterior, las cirugías de urgencias tendrán cobertura desde el primer día de ingreso del asegurado a la póliza, como también la septoplastia y la rinoseptoplastia (no estética), cuando sean consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, debidamente certificado por reporte médico y radiológico en un lapso no mayor de 48 horas a partir del accidente.

- 3.5. Durante cada vigencia anual de la póliza se reconocerán máximo hasta dos (2) sesiones de terapia fotodinámica.
- 3.6. Los estados comatosos irreversibles y muerte cerebral tendrán cobertura hospitalaria hasta por un máximo de los días calendario establecidos en la carátula de la póliza.

**4. CLÁUSULA CUARTA
DEFINICIONES**

ACCIDENTE:

Es el suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del asegurado que produzca lesiones en su integridad física.

ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

Según el Decreto 056 de 2015 en su artículo 3, la definición de accidente de tránsito:

“Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este decreto, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas”.

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.

ASEGURADO:

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

PLAN PREFERENCIAL CONDICIONES GENERALES

Es la persona natural titular del interés que adquiere el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece la póliza.

CÁNCER:

Para los efectos de esta póliza se entiende por cáncer la enfermedad caracterizada por la reproducción descontrolada de células anormales con la configuración de tumores de cualquier localización que pueden producir compresión de estructuras, invasión a tejidos y metástasis. Se entiende también, por este grupo de enfermedades la leucemia, los linfomas y a la enfermedad de Hodgking.

COPAGO:

Es un valor que debe ser asumido por los asegurados, al utilizar los siguientes servicios: consulta médica ambulatoria, exámenes de diagnóstico simple y especializados, terapias y urgencias.

EDAD ACTUARIAL:

En las pólizas de Salud, la edad del asegurado, a efectos de tarificación del riesgo, se obtiene tomando como edad la correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior) en el momento de contratar la póliza.

ENFERMEDAD:

Es la 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:

Para efectos de la cobertura de la póliza, se entiende por enfermedad congénita cualquier alteración anatómica o fisiológica no manifestada ni diagnosticada con anterioridad al momento del ingreso a la póliza, presente en el nacimiento con manifestaciones tempranas o tardías en la vida del individuo.

ENFERMEDAD GENÉTICA:

Para efectos de la cobertura de la póliza, se entiende por enfermedad de origen genético el trastorno funcional o estructural causado por anomalías en la morfología o en el número de cromosomas.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Cualquier alteración de estado de salud de un asegurado que haya sido manifestada, diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión a la Póliza y que por constituir un hecho cierto no son objeto de este contrato de seguro.

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 técnica científica de una institución hospitalaria.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

La insuficiencia renal crónica es la etapa final de una enfermedad de ambos riñones que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos y que como consecuencia de lo cual se hace necesaria la realización de diálisis renal, ya sea por diálisis peritoneal o por hemodiálisis, o bien el trasplante renal.

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 un curso rápido.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

PRÓTESIS:

Son aquellos elementos que permiten reemplazar u optimizar la capacidad fisiológica o física de un paciente.

SIDA:

Cualquier persona que tenga una prueba serológica positiva de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, confirmada con el método de Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) correspondiente a los criterios diagnósticos para SIDA según la Organización Mundial de la Salud o cualquier persona que tenga confirmación serológica para VIH y que tenga además cualquiera de las siguientes enfermedades especificadas asociadas:

- Candidiásis de la tráquea, bronquios o pulmones.
- Candidiásis del esófago
- Cáncer invasivo del cuello uterino.
- Coccidioidomycosis extrapulmonar o diseminada.
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración)
- Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar)
- Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual)
- Encefalopatía relacionada con el VIH
- Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extra pulmonar.
- Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Linfoma de Burkitt
- Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
- Linfoma primario del cerebro
- Mycobacterium avium-intracellulare o Mycobacterium Kansaii, diseminados o extrapulmonares
- Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extra pulmonar)
- Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares.
- Neumocistis carini.
- Neumonía bacteriana recurrente.
- Salmonella (no tifoidea), bacteriana recurrente
- Sarcoma de Kaposi
- Toxoplasmosis cerebral
- Síndrome de consunción causado por VIH.

TOMADOR:

La persona natural o jurídica que contrata el seguro a la cual se encuentra vinculado el asegurado principal y demás asegurados.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, mediante el cual se inserta dentro del cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos o parte de ellos, provenientes de un donante.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

Es el ingreso a una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Es el tratamiento médico o quirúrgico que no requiere hospitalización del paciente, o que ésta es inferior a 24 horas.

URGENCIA:

Se entiende por urgencia cualquier evento que por ser imprevisto, agudo y apremiante requiere de atención médica inmediata y de asistencia especial en un servicio de Urgencia de una institución hospitalaria y que de lo contrario el estado general de salud del asegurado puede deteriorarse, agravarse o llevarle a serias complicaciones y secuelas, incluso la muerte.

**5. CLÁUSULA QUINTA
COBERTURAS**

Sujeto a las exclusiones, limitaciones y copagos estipulados, y de conformidad con las coberturas y límites asegurados establecidos en la carátula de la póliza LA COMPAÑÍA reconocerá al asegurado los gastos que incurra por tratamientos hospitalarios o ambulatorios, exámenes, procedimientos médicos u odontológicos como consecuencia de una enfermedad, accidente o maternidad amparados por la póliza y ocurridos durante la vigencia de ésta, y que sean atendidos directamente en la Red de instituciones y médicos definida por LA COMPAÑÍA, por los siguientes conceptos:

5.1. Gastos hospitalarios

Mediante este amparo se cubren los gastos de clínica y honorarios médicos como consecuencia de una hospitalización y cirugía.
Además se cubrirán los gastos previos y posteriores a esta.

De acuerdo con las siguientes coberturas:

5.1.1. Gastos hospitalarios

Se reconocerán los derechos de sala de cirugía, sala de recuperación, derechos de anestesia, instrumentación, material de cirugía, exámenes de laboratorio, radiológicos y de diagnóstico especializado, vendajes, yesos, medicamentos, alimentación enteral y parenteral, material de osteosíntesis, plasma sanguíneo, transfusiones, oxígeno y respiradores artificiales.

5.1.2. Habitación

Cubre los gastos que se causen por pensión diaria, la cual incluye: habitación privada sencilla, dieta alimenticia, cama de acompañante.

5.1.3. Unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios

Comprende los gastos facturados por la institución hospitalaria mientras el asegurado se encuentre en cualquiera de estas unidades.

Mientras el asegurado permanezca en la Unidad de Cuidados Intensivos o Cuidados Intermedios, no se reconocerán gastos por habitación, cama de acompañante y enfermera especial.

5.1.4. Prótesis

Se reconocerá cualquier aparato aprobado científicamente y construido para reemplazar artificialmente la falta de un órgano o parte de él, con la finalidad de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Se reconocen bajo este amparo las siguientes prótesis: marcapasos, stent, coil, cardiodesfibrilador, válvulas cardíacas y prótesis articulares, entre otras,

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

siempre que sean aprobadas por el INVIMA y no sean prótesis estéticas. Hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza

Los reemplazos de prótesis se cubren en forma inmediata, siempre y cuando la primera prótesis haya sido reconocida por la póliza de salud de LA COMPAÑÍA y el asegurado haya permanecido asegurado en forma continua en la póliza.

5.1.5.Órtesis

Las órtesis para cuello, tobillo, brazos, antebrazos, manos, órtesis largas y cortas para piernas y rodillas así como las estructuras para caminar (muletas y sillas de ruedas en calidad de préstamo) hasta por el valor estipulado en la carátula de la póliza por beneficiario amparado año, no acumulable, ni transferibles de un beneficio amparado a otro.

5.1.6.Enfermera especial

Cuando el asegurado, durante su hospitalización o posterior a esta, requiera por prescripción médica, y como consecuencia de la enfermedad o accidente que ocasionó la atención, del cuidado de una enfermera, LA COMPAÑÍA reconocerá la misma las 24 horas del día, por los días establecidos en la carátula de la póliza.

5.2. Honorarios médicos

La póliza reconocerá los siguientes honorarios profesionales:

5.2.1.Honorarios médicos quirúrgicos.

Se reconocen los gastos incurridos por concepto de honorarios del Cirujano.

En caso de no existir convenio en una determinada ciudad, se aplicarán las tarifas de convenio establecidas por la compañía con los médicos de la misma especialidad, en la ciudad de Bogotá.

Cuando se practique una cirugía no habrá lugar al reconocimiento de honorarios por visitas médicas al médico tratante.

5.2.2.Honorarios de Anestesiólogo

Se reconocen los gastos incurridos por concepto de honorarios del Anestesiólogo, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza

En caso de no existir convenio en una determinada ciudad, se aplicarán las tarifas de convenio establecidas por la COMPAÑÍA con los médicos de la misma especialidad, en la ciudad de Bogotá.

5.2.3.Honorarios de Ayudantía

Se reconocen los gastos incurridos por concepto de honorarios de ayudantía, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

En caso de no existir convenio en una determinada ciudad, se aplicarán las tarifas de convenio establecidas por la COMPAÑÍA con los médicos de la misma especialidad, en la ciudad de Bogotá.

Cuando se practique una cirugía no habrá lugar al reconocimiento de honorarios por visitas médicas al médico tratante

5.2.4.Honorarios por tratamientos médicos.

Se reconocerán las visitas diarias realizadas por el médico tratante mientras el asegurado esté hospitalizado. Hasta el valor estipulado en la caratula de la póliza.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

5.2.5. Honorarios médicos del intensivista.

Se reconocen los honorarios por el tratamiento del médico intensivista. En caso de no existir convenio en una determinada ciudad, se aplicarán las tarifas de convenio establecidas por la COMPAÑÍA con los médicos de la misma especialidad, en la ciudad de Bogotá.

5.3. Gastos pre y post hospitalario.

Se reconocerán los gastos de laboratorio, de diagnóstico simple, especializados, consultas médicas y sesiones terapéuticas; causadas dentro de los 30 días calendario previos y posteriores a la hospitalización y cirugía, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza. A cargo del asegurado dependiendo de la cobertura afectada habrá un copago convenido

5.4. Hospitalización domiciliaria

Se reconocerá la hospitalización domiciliaria cuando el asegurado requiera continuar en casa con un tratamiento hospitalario, por un evento médico o quirúrgico cubierto por la póliza.

La cobertura se extiende a las visitas médicas domiciliarias, servicio de enfermería, traslado inicial de ambulancia, alquiler de equipo para oxigenoterapia, a las terapias físicas y respiratorias, a la alimentación parenteral y enteral, a los medicamentos y suministros médicamente requeridos para la hospitalización en casa.

5.5. Alimentación enteral y parenteral post hospitalaria

Se reconocerá, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a una hospitalización y cirugía, la alimentación enteral y parenteral que requiera alguna de las personas aseguradas en la póliza.

5.6. Cirugías ambulatorias por enfermedad y accidente, tratamientos de fracturas, luxaciones y esguinces.

Se reconocerán los gastos incurridos por los conceptos de: Honorarios Quirúrgicos y de Anestesiólogo, terapias, derechos de sala, sala de recuperación.

5.7. Urgencias

Se reconocerán los gastos en que incurra el asegurado por la atención médica de urgencia requerida.

A cargo del asegurado habrá un copago convenido, este no se aplicará cuando la urgencia sea atendida inicialmente por el servicio de asistencia médica en casa, o la urgencia termine en hospitalización.

Si se presenta un reingreso dentro de las 24 horas por el mismo diagnóstico (en la misma IPS) el asegurado está exento de cancelar un valor de copago.

5.8. Cobertura ambulatoria.

5.8.1. Consulta.

5.8.1.1. Consulta médica.

Se reconocerá a cada una de las personas aseguradas en la póliza las consultas médicas, llevadas a cabo en el consultorio. A cargo del asegurado siempre habrá un copago convenido por cada consulta médica.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

5.8.1.2. Consulta prioritaria

Se reconocerán las consultas prioritarias descritas en el directorio médico, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.8.1.3. Consulta médica

Se reconocerán las consultas médicas con médico general o médico especialista, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.8.1.4. Consulta neuropsicología

Se reconocerás las consultas de neuropsicología incluyendo el tratamiento, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.8.1.5. Consulta psiquiatría

Se reconocerán las consultas de psiquiatría, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.9. Exámenes

5.9.1.Exámenes de laboratorio clínico

Se reconocerán los siguientes exámenes ambulatorios: Exámenes de laboratorio clínico y de patología de rutina, radiografías simples, laboratorio clínico especializado, electrocardiogramas y electroencefalogramas convencionales hasta el valor estipulado en la caratula de la póliza. A cargo del asegurado habrá un copago convenido.

5.9.2.EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADOS.

Se reconocerá los gastos incurridos por exámenes de diagnóstico especializados, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza. A cargo de asegurado habrá un copago convenido.

Se dará cobertura al estudio genético, para los asegurados con derecho a la cobertura de patología congénita definida en este condicionado, siempre y cuando se requiera para la definición de un diagnóstico y no como tamizaje preventivo durante el embarazo ni posterior al nacimiento. Estos exámenes deben estar debidamente aprobados por las sociedades médicas colombianas y no hacer parte de una hospitalización o urgencia.

Se dará cobertura a las capsulas endoscópicas cuando el asegurado presente sangrado oscuro y no sea posible encontrar el sitio o causa del sangrado a través exámenes convencionales.

5.10. TERAPIAS

5.10.1. Terapias ambulatorias.

Se reconocerán las siguientes terapias originadas en consulta médica o atención de urgencia, tales como terapia ocupacional, física, respiratoria, cardíaca, de cuerdas vocales, de lenguaje, ortópticas, pleópticas, fotodinámicas, pélvicas y todas aquellas avaladas por las sociedades técnico científicas y el ministerio de salud. Se reconocerán las infiltraciones incluido el medicamento. A cargo del asegurado siempre habrá un copago convenido.

5.11. MEDICAMENTOS

5.11.1. Medicamentos para efectos colaterales y secundarios por tratamiento de cáncer o leucemia

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

Se reconocerán por vigencia anual, hasta por el valor estipulado en la carátula de la póliza. Los medicamentos secundarios a una sesión terapéutica siempre y cuando hayan sido cobertura de la póliza. Estos medicamentos deben estar avalados por el INVIMA.

5.12. ÓRTESIS

Se reconocerán las órtesis para, cuello, tobillo, brazos, antebrazos, manos, órtesis largas y cortas para piernas y rodillas así como las estructuras para caminar (muletas y sillas de ruedas en calidad de préstamo) hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza por asegurado amparado año.

5.13. MATERNIDAD

Tendrán derecho a la Maternidad todas las mujeres aseguradas siempre y cuando se cumpla:

- Que el embarazo se inicie después de 30 días calendario del ingreso de la asegurada a la póliza y siempre y cuando desde el inicio del mismo y hasta la terminación hayan dos (2) o más personas aseguradas.
- Que el embarazo se inicie a partir del segundo año de vigencia continua de la asegurada en la póliza, cuando esta se encuentra como única asegurada.
- Para pólizas colectivas se cubrirá cuando el embarazo se inicie después de 30 días calendario de su inclusión a la póliza.

Se reconocerán los costos relativos a los controles prenatales con pago de copago, al parto normal o por cesárea, a las complicaciones relacionadas con el embarazo y a los cuidados postnatales de la asegurada de acuerdo a la cobertura afectada, hasta el valor estipulado en la carátula de la póliza por vigencia anual.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo tales como intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazo extrauterino, embarazo molar, abortos no provocados, estados de fiebre puerperal, de eclampsia, toxicosis gravídica, placenta acreta, placenta previa, atonía uterina, tendrán cobertura dentro del amparo básico de la póliza previa acreditación del deducible y siempre y cuando se ajuste a las condiciones de cobertura establecidas para este amparo.

5.13.1. Curso psicoprofiláctico

Se cubren las sesiones del curso psicoprofiláctico para toda mujer siempre y cuando se ajuste a las condiciones de cobertura, este se prestará sólo en la Red de instituciones en convenio con LA COMPAÑÍA.

5.13.2. Recién nacido

Los hijos que nazcan de un embarazo, que cumpla con las condiciones de cobertura establecidas, gozarán a partir de su nacimiento, en forma automática de las mismas coberturas que tenga contratada su progenitora. Además tendrán derecho a la cobertura de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y genéticas hasta por el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza, de acuerdo a la cobertura afectada, así como la valoración pediátrica al momento del nacimiento.

Con pago de prima a partir del día treinta y uno después del nacimiento del recién nacido. Se deberá afiliarse al recién nacido dentro de los 30 días calendario de nacimiento del recién nacido.

5.13.3. Corrección defectos de refracción visual

Esta cobertura se reconocerá únicamente a los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza de LA COMPAÑÍA siempre y cuando su permanencia en la misma haya sido continua.

5.13.4. Trasplantes

Se reconocerán todos los trasplantes aprobados y reconocidos por las sociedades médicas. No serán cubiertos los trasplantes experimentales.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

5.13.5. Gastos del donante

Se reconocerán los gastos del donante efectivo hasta por el valor estipulado en la carátula de la póliza.

**6. CLAUSULA SEXTA
OTRAS COBERTURAS**

6.1. Cáncer

Se reconocerán los gastos incurridos por el asegurado como consecuencia de sesiones terapéuticas aprobadas y medicamento avaladas por la ley. Hasta el valor estipulado en la caratula de la póliza.

6.2. Insuficiencia renal

Se reconocerá el tratamiento ambulatorio y hospitalario para el manejo de esta enfermedad de acuerdo a la cobertura afectada, incluida la diálisis y hemodiálisis.

6.3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Se reconocerá el tratamiento ambulatorio y hospitalario. El valor máximo a reconocer de acuerdo a la cobertura afectada para el tratamiento será el valor estipulado en la carátula de la póliza.

6.4. Cirugía bariátrica

Se reconocerá la cirugía bariátrica en aquellos casos de asegurados con obesidad mórbida, no presentada al inicio de la inclusión a la póliza, representada por un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual al 40; y para aquellos casos de obesidad severa con un IMC mayor a 35 y menor a 40, asociado con las siguientes patologías: hipertensión, diabetes tipo II, enfermedad vascular severa, dislipidemias, apneas, síndromes de hipo ventilación, osteoartritis, amenorreas severas y reflujo gastroesofágico.
Se aplicara un deducible del 30% del valor de la cirugía.

Nota: en caso que posterior a una cirugía bariátrica el asegurado afectado requiera médicamente de una dermolipectomía, la compañía reconocerá sólo en la red de médicos e instituciones en convenio hasta el 50% de los costos de dicho procedimiento, excluyendo las secuelas o complicaciones de este.

6.5. Enfermedades congénitas

La compañía Indemnizará hasta por el valor indicado en la carátula de la póliza; los gastos que se ocasionen por concepto de enfermedades congénitas y genéticas no conocidas por el asegurado al inicio de esta póliza y luego de haber permanecido asegurado en cualquier plan de salud de la Compañía como mínimo cinco (5) años de forma ininterrumpida.

Esta suma asegurada no se restablece durante la vigencia de la póliza, ni en sus renovaciones.

6.6. Asistencia médica en casa

6.6.1. Orientación médica básica telefónica:

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

LA COMPAÑÍA pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año. Los operadores médicos que atienden la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica.

6.6.2. Asistencia médica domiciliaria:

Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio del asegurado, los beneficiarios requieran de una consulta médica de urgencia, se pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio.

6.6.3. Traslados médicos de emergencia:

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera de los beneficiarios, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario; se adelantarán los contactos y se hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

Traslado básico o traslado médico en ambulancia.

6.7. Asistencia odontológica

Se cubren los siguientes conceptos odontológicos requeridos por el asegurado, con sujeción a los límites pactados y especificados en la carátula de la póliza

6.7.1. Plan salud oral integral en promoción y prevención de la enfermedad

Consultas:

Se cubre el examen clínico, anamnesis, diagnóstico y definición del plan de tratamiento correspondiente a través del odontólogo general y remisiones que éste efectúe a odontólogos especialistas dentro de la Red. Se excluye la consulta especializada que no sea remitida para un tratamiento derivado de una urgencia objeto de este amparo.

Promoción y prevención de la enfermedad profilaxis:

Bajo esta cobertura se incluyen las medidas necesarias para la detección eliminación y control de la placa bacteriana, eliminación de cálculos dentales supragingivales y profilaxis.

Fluorización:

Bajo esta cobertura se incluye la aplicación de flúor para menores de 15 años cuando ésta sea recomendada por el odontólogo general, la cual se realiza con el fin de prevenir la caries dental.

Fisioterapia oral:

Bajo esta cobertura se incluye la práctica de medidas destinadas a la promoción y prevención de la salud oral, tales como: charlas individuales de motivación y concientización, control de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado y uso de seda dental. En pacientes pediátricos, además se incluyen instrucciones para el manejo de la dieta y efectos del azúcar en la salud oral.

6.7.2. Plan de salud oral integral en urgencia dental

Bajo esta cobertura se incluyen las medidas terapéuticas destinadas a la atención, manejo y tratamiento de dolor intenso en procesos inflamatorios agudos que afectan los tejidos duros y blandos de la cavidad oral. Lo anterior puede ser causado por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos. En este cuadro de eventos inmediatos se incluyen las afecciones del nervio dental, sangrado posterior a una cirugía o trauma, dolor muscular por dificultad en la apertura bucal, desalajo total de piezas dentales, movilidad dental a causa de trauma, drenaje de abscesos de origen radicular o de los tejidos de soporte del diente, entre otros. Para los casos en que se presente fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, se prestará la atención inicial de urgencias que incluye reposición de dientes desalojados o con movilidad, sutura de tejidos bucales lacerados, control de sangrado y prescripción de analgésicos.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

6.7.3. Diagnóstico oral:

Se cubre la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento del asegurado. Este examen será practicado por el odontólogo general y en los casos en que requiera especialista se genera la respectiva remisión y asesoramiento.

6.7.4. Urgencia endodónticas:

Bajo este amparo se da cobertura a la eliminación de caries, recubrimientos pulpares directos e indirectos, obturación provisional, obturación con amalgama, resina de fotocurado, ionómero de vidrio (solo para reconstrucción de muñones) y tratamientos de conductos uni, bi y multirradiculares. Los tratamientos de conductos son realizados directamente por los especialistas en la materia.

6.7.5. Urgencia protésica:

Se cubre el cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, reparación de la prótesis removible (únicamente sustitución de dientes) realizados por odontólogo general.

6.7.6. Urgencia periodontal:

Bajo este amparo se da cobertura a la realización de detartrajes simples y complejos, raspajes y alizados radiculares supra y subgingivales, retiro de capuchón pericoronario (no incluye la extracción de dientes incluidos) ajustes de oclusión y ferulización. Estos procedimientos son practicados por odontólogo general y según complejidad se remite a odontólogo especialista.

6.7.7. Urgencia quirúrgica

Bajo este amparo se da cobertura a la realización de exodoncias, curetajes, tratamiento de la alveolitis postexodoncia, control de hemorragias y suturas en paladar, encías y lengua. Practicados por odontólogo general y según su complejidad se remite a odontólogo especialista.

6.7.8. Rayos X periapicales:

Bajo esta cobertura se incluyen las radiografías periapicales preliminares que serán empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar, urgencias endodónticas (tratamiento de conductos) y de cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de la cobertura de este contrato. Las radiografías periapicales que cubre el plan son las necesarias para la ejecución y continuidad de tratamientos dentales.

Parágrafo: Se considera un abandono de tratamiento la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones o secuelas, incluso la pérdida del diente, cuando un asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario consecutivos a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.

6.7.9. Tratamientos odontológicos por accidente.

Se reconocerá el tratamiento odontológico para la reposición de piezas dentales como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

6.8. Gastos Funerarios

Se reconocerán los gastos incurridos como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de las personas aseguradas en la póliza y hasta por el valor indicado en la carátula de la póliza, siempre que la causa de la muerte no esté relacionada con una exclusión o limitación de la póliza.

6.9. Asistencia en viaje en el exterior

En virtud del presente anexo, la compañía reconocerá la puesta a disposición del asegurado de una ayuda en forma de prestación servicios, cuando este se encuentre en dificultades, como consecuencia de un evento fortuito ocurrido en el curso de un viaje fuera de su domicilio habitual, realizado en cualquier medio

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

de locomoción, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente amparo y por hechos derivados únicamente de los siguientes conceptos:

6.9.1. Evacuación médica de emergencia

Si durante la vigencia del viaje el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere suficientemente idóneo según el criterio del médico tratante, la compañía coordinará y pagará los gastos de transporte médico del asegurado hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde se encuentre el asegurado, utilizando el medio de locomoción disponible. Todo traslado deberá ser autorizado por un facultativo y por el departamento médico de LA COMPAÑIA.

6.9.2. Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario:

LA COMPAÑIA asumirá los gastos de traslado del asegurado o del beneficiario, cuando encontrándose en viaje fuera de su ciudad de residencia, sufra una lesión o enfermedad súbita, y se requiera el traslado en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el médico que le atienda, hasta el centro hospitalario más cercano, o en el caso de repatriación, hasta su domicilio en Colombia. LA COMPAÑIA mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al asegurado o beneficiario, para supervisar que el traslado sea el adecuado.

6.9.3. Gastos médicos por accidente o enfermedad:

Si durante la urgencia el asegurado sufre un accidente o enfermedad amparada por la póliza, LA COMPAÑIA se encargará de organizar y asumir los gastos que se generen por:

Hospitalización.

Intervención Quirúrgica.

Honorarios Médicos.

Productos Farmacéuticos hospitalarios prescritos por el medico tratante.

Terapias de recuperación física hasta un máximo de 10 sesiones según prescripción médica (Fisioterapia, Kinesiterapia, Quiropráctica).

El valor asegurado cubierto bajo este amparo opera por evento, y por el tiempo de vigencia de la póliza según el plan contratado descrito en el la carátula de la póliza.

6.9.4. Gastos odontológicos por enfermedad o accidente:

Si durante la urgencia en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de una enfermedad o un accidente en su dentadura natural, LA COMPAÑIA cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

Se excluye de esta cobertura:

- Tratamientos de ortodoncia
- Tratamientos de conductos y coronas
- Tratamientos estéticos

6.9.5. Medicamentos:

Si durante la vigencia en el exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que no requiera de su hospitalización, LA COMPAÑIA cubrirá el valor del medicamento prescrito por el médico tratante hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

6.9.6. Recuperación en hotel (gastos de hotel por convalecencia):

Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, El TERCERO se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

6.9.7. Repatriación de restos mortales:

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia, LA COMPAÑIA efectuará los trámites para el transporte y repatriación de los restos mortales o cenizas y asumirá los gastos de traslado de

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑIA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

los mismos desde el sitio de defunción hasta su ciudad de residencia. En aerolínea comercial vuelo regular. Quedan expresamente excluidos de esta prestación los servicios religiosos, funerales y ataúdes especiales.

6.9.8. Gastos de acompañamiento de un familiar:

En caso de accidente o enfermedad crítica del asegurado que haga necesaria su hospitalización por un mínimo de diez (10) días calendario, El TERCERO cubrirá los gastos de desplazamiento en clase económica de un familiar del asegurado, más los gastos de hotel y de alimentación en el mismo por un máximo de ocho (8) días calendario, siempre y cuando el asegurado se encuentre solo en el lugar de hospitalización.

6.9.9. Localización y transporte de efectos personales.

LA COMPAÑIA asesorará al asegurado para la denuncia del hurto o extravío de su equipaje y efectos personales en vuelo regular de aerolínea comercial. En caso de su recuperación se encargará de su traslado hasta su lugar de destino o hasta el domicilio del asegurado, según las circunstancias de tiempo y de lugar.

6.9.10. Pérdida definitiva del equipaje:

Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, LA COMPAÑIA le reconocerá como indemnización según el peso del equipaje aforado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

6.9.11. Interrupción del viaje:

Cuando con ocasión de un accidente o de enfermedad o muerte del acompañante de viaje o con ocasión de muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, el asegurado deba interrumpir su viaje, LA COMPAÑIA se hará cargo del tiquete de regreso en aerolínea comercial clase económica, hasta su ciudad de residencia, siempre y cuando el asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original.

6.9.12. Pago de honorarios legales:

Cuando durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal en donde se le atribuye responsabilidad por un accidente que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, LA COMPAÑIA pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

6.9.13. Traslados urbanos de emergencia ó traslados médicos en ambulancia terrestre:

Una vez clasificada la situación, en cualquier caso de ser requerida una intervención médica hospitalaria, LA COMPAÑIA coordinará, contactará y hará un seguimiento 100% del arribo de unidades médicas especializadas (de alta, media o baja complejidad según el caso y el lugar), para transportar el beneficiario hasta el centro asistencial adecuado.

6.9.14. Visita médica domiciliaria ó envío de médico a domicilio:

En caso de enfermedad, y una vez determinada que no tipifica emergencia o urgencia médica, LA COMPAÑIA coordinará el envío al domicilio de un médico que evaluará el estado del paciente y defina las conductas a seguir.

6.9.15. Retorno y acompañamiento de menores:

Si los menores de quince (15) años que viajan con el asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, LA COMPAÑIA organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje LA COMPAÑIA

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑIA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.

6.9.16. Contacto con su médico de cabecera:

Si por solicitud del asegurado que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad, originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera LA COMPAÑIA pondrá a su disposición la central de alarma para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

6.9.17. Informes de trámites de documentos extraviados en el exterior:

Si el titular de la tarjeta sufriera la pérdida de los documentos en el exterior la compañía lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

6.9.18. Transmisión de mensajes urgentes:

LA COMPAÑIA se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.

6.10. Exoneración de pago de primas

En caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del asegurado principal, LA COMPAÑIA, ampliará la vigencia de la póliza, sin cobro de prima adicional, por el tiempo igual a la vigencia no transcurrida entre el siniestro y la finalización de vigencia en curso siempre que la prima haya sido cancelada en su totalidad; o pagará las cuotas de la financiación de la prima con la entidad crediticia por el tiempo igual a la vigencia no transcurrida entre el siniestro y la finalización de vigencia en curso.

**7. CLAUSULA SEPTIMA
PERSONAS ASEGURABLES**

Pueden asegurarse en esta póliza, siempre y cuando al momento de su ingreso cuenten con menos de 59 años y 364 días de edad, residan en Colombia y sean aceptados por LA COMPAÑIA.

Las siguientes personas:

- El Tomador en los contratos familiares y el Asegurado en los contratos colectivos.
- El cónyuge o compañero permanente del Tomador o Asegurado.
- Los hijos, hermanos, padres, abuelos, nietos, del Tomador o Asegurado.

El Tomador o el Asegurado podrán 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 el contrato inicie una nueva mensualidad. No hay edad límite de permanencia en la póliza, excepto para los hijos y hermanos en los contratos colectivos, para los cuales la edad de permanencia es hasta los 30 años.

**8. CLAUSULA OCTAVA
RETIRO DE ASEGURADOS**

El retiro de asegurados en la póliza podrá solicitarse en cualquier momento de la vigencia del contrato, mediante comunicación escrita y su retiro se hará efectivo a partir de la fecha en que LA COMPAÑIA reciba dicha comunicación.

El tomador está obligado a devolver el carné de los asegurados excluidos y deberá responder por el costo de los servicios prestados con la utilización de dichos carnés, con posterioridad a la fecha del retiro.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑIA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

El retiro da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la exclusión y la de vencimiento del contrato. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

**9. CLAUSULA NOVENA
AFILIACIÓN AL REGIMEN 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 COMPAÑÍA verificará que el Tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud.

Por lo anterior, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a LA COMPAÑÍA al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S., en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar esta mediante la presentación de copia del carné de afiliación o en su defecto de la copia de la autoliquidación de aportes, o incluso con la presentación de una declaración juramentada bajo la presunción de la buena fe bajo la cual se elabora este contrato.

Si el Tomador o asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a LA COMPAÑÍA en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

En caso de cambio de E.P.S o retiro del régimen de excepción, del Tomador o Asegurado principal, durante la vigencia de la póliza, deberá informar este hecho a LA COMPAÑÍA, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud E.P.S. a la cual pertenece.

De conformidad con el párrafo único del artículo 20 del Decreto 806 de 1998, LA COMPAÑÍA queda exceptuada de la obligación legal contenida en el citado artículo del Decreto 806 de 1998, cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

**10. CLAUSULA DECIMA
RECLAMACIONES**

10.1. Presentación de la reclamación:

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas, por el asegurado deberán ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuren el siniestro.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado para acreditar la ocurrencia del siniestro deberá aportar documentos tales como las facturas médicas y hospitalarias originales debidamente canceladas. Adicionalmente, LA COMPAÑÍA podrá solicitar las lecturas y resultados de los exámenes de diagnóstico, laboratorio y RX, historias clínicas y odontológicas, resultados de anatomías patológicas, pruebas hematológicas, certificados de defunción, registro civil de nacimiento, fotocopia de cédula, certificados de incapacidad del médico tratante, certificados de indemnización de otras aseguradoras y el denuncia por pérdida de tales documentos.

10.2. Pérdida del derecho a la indemnización:

La mala fe del tomador o de cualquiera de los asegurados en la reclamación o en la comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida del derecho a la indemnización.

**11. CLAUSULA DECIMA PRIMERA
PAGO DE PRIMAS**

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

Las primas están calculadas para períodos de un (1) año con pago anual y deberá cancelarse a más tardar dentro de los 30 días calendario siguiente contado a partir de la fecha de expedición de la póliza, o de los anexos o certificados que se expidan con fundamento en ella.

De acuerdo con la tarifa y la celebración del contrato o en cualquiera de las vigencias de la póliza, el tomador puede optar, a través de la financiación que ofrece CREDIMAPFRE anual o mensual de la prima, siempre y cuando sea aceptado expresamente por LA COMPAÑÍA.

El no pago oportuno de la prima, de máximo 30 días calendario, producirá la terminación automática del contrato, quedando a salvo el derecho de LA COMPAÑÍA de exigir el pago de la parte devengada de la prima y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

Si al momento de la solicitud de cualquiera de los servicios existe mora, LA COMPAÑÍA esta en el derecho de negarle la prestación de los mismos.

**12. CLAUSULA DECIMA SEGUNDA
TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Según lo establecido en el artículo 1071 del CÓDIGO DE COMERCIO, “el contrato de seguro podrá ser revocado o terminado unilateralmente por los contratantes.

Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío

Por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador

En el primer caso la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. Serán también revocables la póliza flotante y la automática a que se refiere el artículo 1050”.

El retiro se hará efectivo a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA reciba dicha comunicación.

La COMPAÑÍA devolverá las primas no causadas si hubiese lugar, para este proceso el asegurado debe presentar la certificación bancaria a la cual se consignaran los aportes.

**13. CLAUSULA DECIMA TERCERA
RENOVACIONES**

LA COMPAÑÍA adoptando la medida de proteger el derecho a la salud, renovará automáticamente el contrato por periodos anuales.

A criterio de LA COMPAÑÍA, de acuerdo con su experiencia, se reajustarán las tarifas anualmente; en tal evento LA COMPAÑÍA informará al Asegurado Principal con diez (10) días hábiles de antelación, las nuevas tarifas que regirán a partir de la renovación.

La póliza será renovada con las tarifas estipuladas teniendo en cuenta la edad cumplida por el asegurado en la fecha de la renovación y las condiciones y términos vigentes en ese momento.

En caso de que el tomador o asegurado principal no desee la renovación del contrato de seguro podrá manifestar por escrito su decisión de no renovar con (10) días hábiles de antelación a LA COMPAÑÍA.

**14. CLAUSULA DECIMA CUARTA
NORMAS SUPLETORIAS**

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO y demás normas que le sean aplicables.

**15. CLAUSULA DECIMA QUINTA
NOTIFICACIONES**

Salvo el aviso de siniestro, 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 escrito por correo certificado dirigido a la dirección más reciente registrada en el contrato de seguro.

**16. CLAUSULA DECIMA SEXTA
PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por las normas contenidas en el artículo 1081 del CÓDIGO DE COMERCIO, que es del siguiente tenor:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

**17. CLAUSULA DECIMA SEPTIMA
DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES**

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

**18. CLAUSULA DECIMA OCTAVA
DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR ASEGURADORA**

El artículo 1080 del CÓDIGO DE COMERCIO establece la obligación para la aseguradora de “efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia aumentado en la mitad”.

Adicionalmente el artículo 1053 establece en el numeral tres (3) que la póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en el evento en el que “transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro sin que dicha reclamación sea objetada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda”.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016

**19. CLAUSULA NOVENA
COBERTURA TERRITORIAL**

Se prestaran las coberturas aquí descritas en Territorio Nacional de Colombia, a través de las entidades adscritas a la RED DE SERVICIOS de LA COMPAÑÍA, a las que puede acceder en la pagina web www.mapfre.com.co/es/web/mapfre-personas

Ámbito territorial de la cobertura de asistencia en viaje en el exterior: El derecho a las prestaciones de asistencia en viaje internacional, otorgadas en la presente propuesta será de aplicación fuera del territorio de la República de Colombia, siempre y cuando la permanencia del asegurado fuera de su domicilio habitual no sea superior a 90 días calendario.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56703-JUL/01

Código Nota técnica: 01/01/2017-1430-NT-P-35-56NTE88803062016