

PLAN VITAL

Condiciones Generales

1. CLÁUSULA PRIMERA OBJETO

Mapfre Colombia Vida Seguros S.A., quien en adelante se denominará 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

1.1.1. AMPARO BÁSICO

- a) Gastos hospitalarios
- b) Habitación
- c) Unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios
- d) Enfermera especial
- e) Prótesis
- f) Honorarios médicos
- g) Honorarios quirúrgicos
- h) Honorarios de anestesiólogo
- i) Honorarios de ayudantía
- j) Honorarios por tratamiento medico
- k) Visitas medica por tratamiento simultaneo
- l) Honorarios médicos del Intensivista
- m) Honorarios por visitas médicas pre y post hospitalarias
- n) Gastos previos y posteriores a una hospitalización
- o) Hospitalización domiciliaria
- p) Alimentación enteral y parenteral post-hospitalaria
- q) Cirugías ambulatorias por enfermedad y accidente
tratamientos de fracturas, luxaciones y esguinces
- r) Medicamentos
- s) Ortesis
- t) Maternidad
- u) Trasplantes

1.1.2 OTRAS COBERTURAS

- a) Cáncer
- b) Insuficiencia renal
- c) SIDA hospitalario
- d) Enfermedades congénitas y genéticas
- e) Asistencia médica en casa
- f) Asistencia odontológica
- g) Tratamientos odontológicos por accidente
- h) Gastos funerarios
- i) Exoneración de pago de primas

1.1.2. AMPAROS OPCIONALES

- a) Consulta médica ambulatoria
- b) Exámenes de laboratorio

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

- c) Exámenes de diagnóstico
- d) Urgencias.

2. CLÁUSULA 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/o 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.
- 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.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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.
- 2.1.18. Tratamientos hospitalarios y ambulatorios por obesidad y cirugía bariátrica, salvo que sean medicamente 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.
- 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.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

2.1.26 Los tratamientos hospitalarios y ambulatorios como consecuencia o complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.

Quedan excluidos las consecuencias de los hechos siguientes:

2.1.27 Los causados por mala fe del asegurado.

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 PARTICULARES APLICABLES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA EN CASA

Además de las exclusiones generales mencionadas anteriormente, no son objeto de esta 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 La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del asegurado.

2.2.3 Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.

2.2.4 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.

2.2.5 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 esta 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 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.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

- 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.

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 exámenes 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 caratula de la póliza.

4. CLAUSULA 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:

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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:

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. Este valor está establecido en la carátula de la póliza.

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 los efectos del presente amparo enfermedades de origen genético significa 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 técnico científica de una institución hospitalaria.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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, cuya evolución es más o menos previsible y tiene una aparición súbita y un curso rápido.

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.
- Coccidioidomicosis 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 un 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:

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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

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. CLAUSULA QUINTA
COBERTURAS BASICÁS**

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, de acuerdo con los costos médicos razonables, usuales y acostumbrados en la ciudad donde se efectuó el tratamiento por 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, por los siguientes conceptos:

5.1. GASTOS HOSPITALARIO

Mediante este amparo se cubren los gastos de clínica y honorarios médicos como consecuencia de una hospitalización y cirugía, 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 y dieta alimenticia.

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.

5.1.4. 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.

5.1.5. 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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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, 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 de forma continua en 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, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

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

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

En caso de no existir convenio en una determinada ciudad, se aplicaran las tarifas de convenio establecidas por LA COMPAÑÍA con los médicos de la misma especialidad en el ciudad de Bogotá. Cuando se practique una cirugía no habrá lugar al reconocimiento de honorarios por visitas médicas al médico tratante.

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 aplicaran las tarifas de convenio establecidas por LA COMPAÑÍA con los médicos de la misma especialidad en el 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 tratamiento medico

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

5.2.5. Visita médica por tratamientos simultáneos

Se reconocerán las visitas diarias realizadas por los especialistas diferentes al médico tratante, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.2.6. Honorarios médicos del intensivista

Se reconocen los honorarios por el tratamiento del médico intensivista, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.3. GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS.

Se reconocen los gastos de exámenes de laboratorio, de diagnóstico simple, especializado, consultas médicas y sesiones terapéuticas; causadas dentro de los 30 días calendarios previos o 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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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 8 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. MEDICAMENTOS

Medicamentos para efectos colaterales por cáncer o leucemia

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.

5.8. ORTESIS

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 beneficiario amparado año, no acumulable, ni transferibles de un beneficio amparado a otro.

5.9. 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 de acuerdo a la cobertura afectada, siempre y cuando se ajuste a las condiciones de cobertura establecidas para este amparo.

5.9.1. 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 COMPAÑIA.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

5.9.2. 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 caratula 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 primer día después del nacimiento del recién nacido. Se deberá afiliar al recién nacido dentro de los 30 días calendario de nacimiento del recién nacido.

5.9.3. Corrección defectos de refracción visual

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

5.10 TRASPLANTES

Se reconocerán todos los trasplantes aprobados y reconocidos por las sociedades médicas. No serán cubiertos los trasplantes experimentales. Hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza.

5.10.1 Gastos del donante

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

5.11 OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS

5.11.1 Cáncer

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

5.11.2 Insuficiencia renal

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

5.11.3 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

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

5.11.4 Asistencia médica en casa

5.11.4.1 Orientación médica básica telefónica:

LA COMPAÑÍA pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año. Los operadores médicos que 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.

5.11.4.2 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

5.11.4.3 Traslados médicos de emergencia:

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

En caso de lesión o enfermedad 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.

5.12 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

5.12.1 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

Detartraje supragingival y profilax:

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.

5.12.2 Urgencias Odontológicas

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.

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.

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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGOFORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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.

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.

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.

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.

5.12.3 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 y 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.

5.12.4 Tratamientos odontológicos por accidente.

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

5.13 Gastos funerarios

Se reconocerán los gastos incurridos como consecuencia del fallecimiento de la persona asegurada 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.

5.14 Exoneración de pago de primas

En caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del asegurado principal, LA COMPAÑÍA, 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.

**6. CLAUSULA SEXTA
AMPAROS OPCIONALES**

Los siguientes amparos opcionales hacen parte integral de la póliza de seguro de salud, a la que se adhieren, siempre y cuando hayan sido contratados e incluidos en el cuadro de coberturas de la carátula de la póliza y en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y siguientes condiciones generales:

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

6.1 CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS

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.

6.1.1 Consulta prioritaria

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

6.1.2. Consulta médica

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

6.1.3. Consulta neuropsicología

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

6.1.4. Consulta psiquiatría

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

6.2 EXÁMENES

6.2.1 Exámenes de diagnóstico especializado

Se reconocerán los exámenes de diagnóstico especializado, hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza. A cargo del asegurado habrá un copago convenido.

Se dará cobertura a los estudios genéticos, para los asegurados con derecho a la cobertura de patologías congénitas definidas en este condicionado, siempre y cuando se requiera para definición de un diagnostico o tratamiento y no como tamizaje preventivo, durante el embarazo ni posterior al nacimiento. Estos exámenes deben estar debidamente reconocidos por 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 de exámenes convencionales.

6.2.2 Exámenes de laboratorio, rayos x, terapias e infiltraciones

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

6.2.2.1 Terapias ambulatorias

Se reconocerán las siguientes terapias originadas en consulta medica o atención de urgencia: Físicas, respiratorias, de lenguaje, cardiaca, de cuerdas vocales, ortóptica, pleóptica, fotodinámicas, pélvicas, ocupacionales y todas aquellas avaladas por las sociedades técnico científicas y el MINISTERIO DE SALUD.

6.3 URGENCIAS

Se reconocerán los gastos incurridos por la atención médica de la 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 o cirugía. Si se presenta un reingreso (dentro de las 24 horas siguientes por el mismo diagnostico en la misma IPS) el asegurado esta exento de pagar un nuevo copago, sin restablecimiento del valor 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-56704-JUL/01

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

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 COMPAÑÍA.

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.

8. CLÁUSULA 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 COMPAÑÍA 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.

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. CLÁUSULA 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 adicione 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.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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. CLÁUSULA DÉCIMA RECLAMACIONES

10.1.1 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.

10.1.2 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 CLÁUSULA DECIMA PRIMERA PAGO DE PRIMAS

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 está en el derecho de negarle la prestación de los mismos.

12 CLÁUSULA 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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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 CLÁUSULA DÉCIMA 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 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA NORMAS SUPLETORIAS

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 CLÁUSULA DÉCIMA 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 CLÁUSULA DÉCIMA 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.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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

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 CLÁUSULA DÉCIMA 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 CLÁUSULA DÉCIMA 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”.

19 CLÁUSULA DECIMA NOVENA COBERTURA TERRITORIAL

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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado	15/07/2016	1430	P	35	VTE-56704-JUL/01

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