

SALUD INDIVIDUAL

Condiciones del contrato
de Seguro.

ALLIANZ

ALLIANZ MEDICAL GOLD

Modulo 7 - Básico + Exámenes +Ambulatorio + Medicamentos +Asistenciales (en red y fuera de red)

www.allianz.co

Sumario

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

- CAPITULO I
- **Clausulas del ramo**

- CAPITULO II
- **Coberturas**

- CAPITULO III
- **Cláusulas genéricas**

Preliminar

El contrato de seguro está integrado por la tabla de coberturas, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro de salud firmada por el asegurado, y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a **La Compañía** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Capítulo I

Cláusulas del ramo

GENERALIDADES

El presente condicionado aplica para los Planes de Salud, por lo cual, las coberturas que se detallan en el capítulo II -- Coberturas, varían de acuerdo al plan contratado y a lo especificado en dicha Cláusula.

CONDICIONES GENERALES

Sujeto a los términos, deducibles, condiciones y valores asegurados de la presente póliza de seguro de salud, si el beneficiario amparado por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. que para estos efectos se denomina **La Compañía**, necesitare tratamiento como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad y/o accidente cubiertos por la póliza de seguro de salud y que se inicien con posterioridad a la fecha de su inclusión en esta, **La Compañía** indemnizará los gastos causados identificados en la tabla de coberturas de la póliza, la cual hace parte integral de este contrato, a través de los profesionales y entidades adscritas en convenio vía autorización de servicios o bajo la modalidad de reembolso si el profesional o entidad no se encuentran adscritos, siempre y cuando el beneficiario amparado tenga contratado éste amparo en la póliza de seguro de salud y así lo especifiquen los límites de cobertura de la tabla de coberturas de la póliza.

Se cubrirá la asistencia médica requerida al momento de ocurrir el accidente o enfermedad, siempre y cuando el tratamiento requerido no sea de carácter experimental, que sea científicamente aprobado por las sociedades médico científicas colombianas y que la póliza se encuentre vigente y no esté en mora en el pago de las primas.

Esta póliza se expide con base en los datos consignados en la solicitud de seguro y demás requisitos de asegurabilidad exigidos por **La Compañía**, los cuales forman parte integrante de este contrato. Cualquier condición que **La Compañía**, de acuerdo con el Tomador, agregue al cuerpo de la presente póliza por anexo, tendrá la misma validez de las condiciones impresas. En caso de contradicción entre ésta y aquella primarán las agregadas por anexo.

Capítulo II

Coberturas

EXCLUSIONES

No serán reconocidos por **La Compañía** tratamientos, estudios, secuelas, recidivas y complicaciones en general, de eventos que no sean objeto de cobertura de este producto ni las coberturas no expresamente señaladas en el presente condicionado (Capítulo I - Datos Identificativos) ni los gastos relacionados directa o indirectamente con:

- 1) Cirugía plástica estética y/o tratamiento médico con fines estéticos y/o de embellecimiento, tratamientos de rejuvenecimiento y/o cualquier otro tratamiento de cosmetología, así como las Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones derivados de estos.
- 2) Urgencias, exámenes de diagnóstico, Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, secuelas y complicaciones por anomalías congénitas y/o genéticas, sean o no detectables al momento del nacimiento a excepción de lo definido en la cláusula de Enfermedades Congénitas del presente condicionado.
- 3) Urgencias, exámenes de diagnóstico, Tratamiento médico y/o tratamiento quirúrgico para la obesidad. Se exceptúa la cirugía bariátrica para la obesidad mórbida Grado III (Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40) no preexistente con el deducible establecido en la tabla de coberturas de la póliza a cargo del Beneficiario Amparado y realizada exclusivamente en la red contratada por **La Compañía** para este tipo de eventos en Colombia, siempre y cuando se tenga contratada dicha cobertura y se encuentre indicado en la tabla de coberturas de la póliza. No se dará cobertura a la cirugía estética y/o reparadora derivada de la realización del tratamiento quirúrgico para la obesidad cubierto o no cubierto por **La Compañía**.
- 4) Cámara hiperbárica, curas de sueño, reposo o similares, hidroterapia, celuloterapia, escleroterapia para insuficiencia venosa de miembros inferiores, presoterapia y quiropraxia o cualquier tipo de terapia no expresamente señaladas en el presente condicionado.
- 5) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de enfermedades o accidentes, que se hubiere causado el beneficiario amparado voluntaria o involuntariamente como consecuencia de enfermedad o trastorno psiquiátrico o estado de enajenación mental, transitorio o permanente, o como consecuencia de intento de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, psicotrópicas y neurolépticas.
- 6) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia y aquellos no especificados, definidos como tal en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMSIV, aprobado por la Organización Mundial de la Salud OMS).
- 7) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de drogadicción y del alcoholismo y el tratamiento de la cirrosis.
- 8) Evaluaciones médicas y exámenes de diagnóstico para chequeo general y/o ejecutivo, exámenes de tamizaje o preventivos y hospitalizaciones para estudio.
- 9) Tratamientos, exámenes y estudios por enfermedad profesional calificada como tal por la Administradora de Riesgo Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliado el Beneficiario Amparado.
- 10) Los accidentes en el ejercicio profesional de prácticas deportivas de alto riesgo, tales como: boxeo, cometismo, toreo, parapentismo, artes marciales, montañismo, paracaidismo, automovilismo, motociclismo, aviación, deportes de invierno, equitación, buceo, esquí acuático y cualquier otro deporte denominado de alto riesgo y/o extremo.

11) Aborto provocado (legal o ilegal), esterilización voluntaria o su revertimiento, anticoncepción, métodos de planificación, fecundación in vitro, cambio de sexo, tratamientos y estudios para disfunción sexual, inseminación artificial, infertilidad y esterilidad. Toma, conservación e implante de células madres de cualquier origen. Cirugías, exámenes y tratamientos in útero.

12) Los exámenes de diagnóstico y tratamientos para la corrección por defectos de refracción visual, sus secuelas y complicaciones, y el suministro de lentes de contacto, monturas y sus lentes.

13) El suministro de prótesis no definidas expresamente en la Cláusula de Prótesis del presente condicionado, así como elementos de uso personal, pañales, leche maternizada, servicios de cafetería, elementos de uso personal, medias antiembólicas, zapatos ortopédicos, plantillas, audífonos y sus pruebas de adaptación, implantes cocleares y sus pruebas de adaptación, neurotransmisores y sus pruebas de adaptación, neuroestimuladores y sus pruebas de adaptación, fajas, cama hospitalaria en el domicilio, colchones, aditamentos para movilización y suministro de colectores para ostomías de forma ambulatoria.

14) Consultas, Exámenes y tratamientos de origen dental, a menos que sean consecuencia de un accidente, en cuyo caso solo se cubrirá la urgencia atendida dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente y la atención sea prestada en una institución hospitalaria u odontológica que preste servicios de urgencia. Se excluyen además las prótesis su implantación y restauración, así como cualquier tratamiento de rehabilitación oral, dispositivos o aparatos para el tratamiento de enfermedades de la articulación temporomandibular o maxilares, con excepción de lo definido en la cobertura de emergencia odontológica o cobertura odontológica o cobertura de odontología especial, cuando ha sido contratada.

15) Lesiones o enfermedades causadas cuando el beneficiario amparado sea participe en la violación de normas legales, en actividades ilícitas, en la comisión de sedición, rebelión, riña, huelga, terrorismo, asonada, motín, conmoción civil, guerra declarada o no, en ejercicio de servicio militar, o como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales, por epidemias o pandemias y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.

16) Las urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones derivados de accidentes de tránsito se indemnizarán en complemento de los servicios no cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT, siempre y cuando la causa del accidente no sea una exclusión de la póliza. Para estos casos **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación contra el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT.

17) Con excepción de lo definido en la Cláusula de Servicios Hospitalarios del presente condicionado, en lo correspondiente al tratamiento hospitalario en casa, se excluye el cuidador y/o enfermera domiciliaria.

18) Procedimientos, cirugías, tratamientos, hospitalizaciones, exámenes, servicios y medicamentos ordenados, suministrados o realizados en instituciones o por personas que no estén legalmente autorizados por las autoridades respectivas para el ejercicio de sus actividades y/o que no sean profesionales de la salud. Así mismo se excluyen los tratamientos realizados en clínicas naturistas, SPA, hogares terapéuticos, hogares geriátricos, instituciones de cuidado intermedio, de cuidados crónicos o similares.

19) En los trasplantes de órganos no será reconocido el valor del órgano a trasplantar, ni los costos ocasionados por la adquisición, gestión y consecución del órgano a trasplantar, a excepción de lo definido en la cobertura de gastos del donante del presente condicionado.

20) Mamoplastias de cualquier tipo, excepto aquellas reconstructivas a consecuencia de la mastectomía o cuadrantectomía para el tratamiento del cáncer o por trauma. No se cubrirán cirugías plástica y/o estética y/o reconstructiva y/o compensatoria por desbalance mecánico de la mama no afectada por el cáncer o trauma.

21) Tratamiento profiláctico quirúrgico o médico por antecedentes de cáncer u otras patologías cuya finalidad no sea curativa.

22) Exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de desviaciones del tabique nasal. Se exceptúan de esta exclusión las correcciones de las desviaciones del tabique nasal realizadas como consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y debidamente certificado con reporte médico y radiológico.

23) Suministro ambulatorio de cualquier tipo de ventilación invasiva y no invasiva y sus aditamentos, incluidos CPAP y BPAP.

24) Urgencias, exámenes de diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico, secuelas y/o complicaciones de enfermedades y/o accidentes causados por la ingesta y/o administración de medicamentos y/o realización de tratamientos que no hayan sido ordenados por un médico que cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión y aprobados por las sociedades médicas Colombianas.

25) Suministro y aplicación de vacunas, autovacunas, tratamientos de inmunoterapia con alérgenos y preparados de alérgenos. Igualmente no se reconocerán las complicaciones de la administración de vacunas, autovacunas, tratamientos de inmunoterapia con alérgenos y preparados de alérgenos no incluidos en el PAI.

26) Medicamentos ambulatorios, con excepción de lo definido en las Cláusulas de medicamentos pre y post hospitalarios y medicamentos para Cáncer y SIDA, en cuyo caso no se cubrirán los productos clasificados como vitaminas o minerales. De igual manera se excluyen los productos nutritivos, medicamentos homeopáticos, anorexígenos, dietéticos, reconstituyentes, los productos cosméticos, shampoo y/o jabones medicados, incluso cuando hayan sido prescritos y contengan sustancias terapéuticas. Así mismo se excluyen los medicamentos ambulatorios que requieran ser administrados y/o aplicados en una institución hospitalaria.

27) Con excepción de lo definido en la Cláusula de Servicios Hospitalarios, se excluye el suministro del oxígeno domiciliario.

28) Ambulancia acuática y ambulancia aérea fuera del territorio de La República de Colombia.

29) Psicoterapia por psicología y psiquiatría, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, terapia neurosicológica o neurosiquiátrica. Igualmente cualquier tipo de terapia psicoanalítica.

DEFINICIÓN DE COBERTURA

Desde la fecha indicada en la tabla de coberturas de la póliza para la iniciación de la vigencia y aplicando los deducibles a que haya lugar, se indemnizarán los siguientes servicios, los cuales estarán sujetos a las coberturas, periodos de carencia, limitantes y exclusiones previstas en este condicionado.

HOSPITALIZACIÓN

HABITACIÓN HOSPITALARIA EN RED

La Compañía reconocerá la pensión diaria en red que incluye habitación estándar, dieta hospitalaria y servicios regulares de enfermería, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

HABITACIÓN HOSPITALARIA FUERA DE RED

La Compañía reconocerá la pensión diaria fuera de red que incluye habitación tipo suite o estándar, dieta hospitalaria y servicios regulares de enfermería, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

CAMA DE ACOMPAÑANTE EN RED

Independiente de la edad del paciente, se dará cobertura de una (1) cama de acompañante por cada día de hospitalización en red, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

CAMA DE ACOMPAÑANTE FUERA DE RED

Independiente de la edad del paciente, se dará cobertura de una (1) cama de acompañante por cada día de hospitalización fuera de red, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

ENFERMERA ESPECIAL EN RED

De acuerdo con las condiciones establecidas en la tabla de coberturas de la póliza, se dará cobertura en red de un (1) turno diario de doce (12) horas para la enfermera especial hospitalaria, cuando el beneficiario amparado hospitalizado según pertinencia y orden médica así lo requiera, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

ENFERMERA ESPECIAL FUERA DE RED

De acuerdo con las condiciones establecidas en la tabla de coberturas de la póliza, se dará cobertura fuera de red de un (1) turno diario de doce (12) horas para la enfermera especial hospitalaria, cuando el beneficiario

amparado hospitalizado según pertinencia y orden médica así lo requiera, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN RED

Incluye habitación, servicios y honorarios médicos de lo definido como unidad de cuidados intensivos y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Mientras el beneficiario amparado afectado permanezca en Unidad de Cuidados Intensivos no habrá lugar a reconocimiento por servicios de habitación normal, enfermera especial ni cama de acompañante.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FUERA DE RED

Incluye habitación, servicios y honorarios médicos de lo definido como unidad de cuidados intensivos y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Mientras el beneficiario amparado afectado permanezca en Unidad de Cuidados Intensivos no habrá lugar a reconocimiento por servicios de habitación normal, enfermera especial ni cama de acompañante.

SERVICIOS HOSPITALARIOS EN RED

La Compañía reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los gastos causados en red diferentes a los de habitación y honorarios médicos, desde el primer día de vigencia de la presente póliza para los eventos que, siendo objeto de cobertura se deriven de una urgencia excepto para aquellos procedimientos que tienen expresamente definido un periodo de carencia. A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza, se dará cobertura a los eventos programados.

Notas: La alimentación enteral y parenteral intrahospitalaria requerida será cubierta sin límite de días.

La Compañía reconocerá en red la terapia dialítica para el tratamiento de insuficiencia renal aguda y crónica. Para la Insuficiencia renal crónica y sus complicaciones, se dará cobertura siempre y cuando el diagnóstico inicial de la enfermedad se realice con posterioridad al 1 de Enero de 2010 y a la inclusión del beneficiario amparado a esta póliza.

Los accidentes de trabajo serán objeto de cobertura y **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación. Para los casos de coma irreversible, se indemnizará hasta noventa (90) días de estancia hospitalaria.

Para los casos de tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos para estados médicos en su fase terminal o cuando para estos no existan posibilidades de recuperación se indemnizará hasta por noventa (90) días de estancia hospitalaria y/o hospitalización domiciliaria vigencia póliza.

El suministro de oxígeno domiciliario tendrá cobertura en red para los casos post hospitalarios y por un periodo no mayor a quince (15) días por evento.

La ambulancia terrestre en perímetro urbano, será cubierta siempre y cuando el estado del beneficiario amparado así lo requiera, para los siguientes casos, previa autorización y evaluación de la pertinencia médica por parte de **La Compañía**:

- Del lugar de la asistencia médica domiciliaria al centro de asistencia de la red.
- Del centro de asistencia a una institución de la red, durante la hospitalización del paciente, para examen o procedimiento, o cuando el estado de salud del beneficiario amparado amerite atención en una institución con igual o mayor nivel de complejidad.
- Del centro de asistencia a la casa.

Para la ambulancia terrestre en territorio nacional, será cubierto el traslado de un centro de asistencia a otro centro de asistencia de la red que **La Compañía** determine, siempre y cuando el estado del beneficiario amparado amerite atención en una institución con nivel de complejidad mayor.

Si dadas las características del evento, no es posible solicitar la autorización del servicio de ambulancia, **La Compañía** reembolsará dichos servicios de acuerdo con las tarifas establecidas en sus convenios.

Si como consecuencia de un evento cubierto por la presente póliza de seguro de salud, el beneficiario amparado requiere continuar su tratamiento hospitalario en casa o iniciar el tratamiento en su domicilio previa orden médica expedida por su médico tratante y previa evaluación de pertinencia médica por parte de **La**

Compañía, se dará cobertura de hospitalización domiciliaria únicamente en las ciudades donde se tienen contratado este servicio. La enfermera domiciliaria será autorizada por la compañía únicamente cuando se requiera la realización de actividades exclusivas del personal de enfermería y previa evaluación de pertinencia por parte de **La Compañía**.

No se cubrirá bajo ningún concepto:

- Elementos de uso personal (pañales, toallas higiénicas, medias antiembólicas, etc).
- Leches maternizadas.
- Cama hospitalaria, colchones, sillas de ruedas, caminadores, aditamentos de movilización y en general equipos de uso personal.
- Cuidador en casa.
- Psicoterapia por psicología y psiquiatría.
- Medicamentos no prescritos por el médico en la orden de hospitalización domiciliaria o los prescritos por patologías crónicas no relacionadas con el motivo de hospitalización.
- Asistencia a paciente psiquiátrico en fase aguda.
- Suministro y administración de medicamentos de uso subcutáneo o intramuscular (Excepto para terapia de anticoagulación no profiláctica).
- Terapias en domicilio cuando no hagan parte de un plan de manejo domiciliario integral (antibioticoterapia, corticoterapia, curaciones mayores, etc).
- Enfermera domiciliaria excepto cuando se requiere realización de actividades exclusivas del personal de enfermería y previa evaluación de pertinencia por parte de **La Compañía**.

SERVICIOS HOSPITALARIOS FUERA DE RED

La Compañía reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los gastos causados fuera de red diferentes a los de habitación y honorarios médicos, desde el primer día de vigencia de la presente póliza para los eventos que, siendo objeto de cobertura se deriven de una urgencia excepto para aquellos procedimientos que tienen expresamente definido un periodo de carencia. A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza, se dará cobertura a los eventos programados.

Notas: La alimentación enteral y parenteral intrahospitalaria (aminoácidos, lípidos, elementos traza, vitaminas, dextrosa, electrolitos, etc.) requerida será cubierta sin límite de días.

La Compañía reconocerá en red la terapia dialítica para el tratamiento de insuficiencia renal crónica (reversible o irreversible) y sus complicaciones, siempre y cuando el diagnóstico inicial de la enfermedad se realice con posterioridad al 1 de Enero de 2010 y a la inclusión del beneficiario amparado a esta póliza.

Los accidentes de trabajo serán objeto de cobertura y **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación.

Para los casos de coma irreversible, se indemnizará hasta sesenta (90) días de estancia hospitalaria.

Para los casos de tratamientos hospitalarios y/o quirúrgicos para estados médicos en su fase terminal o cuando para estos no existan posibilidades de recuperación se indemnizará hasta por sesenta (90) días de estancia hospitalaria vigencia póliza.

El suministro de oxígeno domiciliario tendrá cobertura en red para los casos post hospitalarios y por un periodo no mayor a quince (15) días por evento.

La ambulancia terrestre en perímetro urbano, será cubierta siempre y cuando el estado del beneficiario amparado así lo requiera, para los siguientes casos, previa autorización y evaluación de la pertinencia médica por parte de **La Compañía**:

- Del lugar de la asistencia médica domiciliaria al centro de asistencia en red.
- Del centro de asistencia a una institución de la red, durante la hospitalización del paciente, para examen o procedimiento, o cuando el estado de salud del beneficiario amparado amerite atención en una institución con igual o mayor nivel de complejidad.
- Del centro de asistencia en red a la casa.

Para la ambulancia terrestre en territorio nacional, será cubierto el traslado de un centro de asistencia en red a otro centro de asistencia en red que La Compañía determine, siempre y cuando el estado del beneficiario amparado amerite atención en una institución con nivel de complejidad mayor.

Si dadas las características del evento, no es posible solicitar la autorización del servicio de ambulancia, **La Compañía** reembolsará dichos servicios de acuerdo con las tarifas establecidas en sus convenios.

Si como consecuencia de un evento cubierto por la presente póliza de seguro de salud, el beneficiario amparado requiere continuar su tratamiento hospitalario en casa o iniciar el tratamiento en su domicilio previa orden médica expedida por su médico tratante y previa evaluación de pertinencia médica por parte de **La Compañía**, se dará cobertura de hospitalización domiciliaria únicamente en las ciudades donde se tienen contratado este servicio.

No se cubrirá bajo ningún concepto:

- Cama hospitalaria, colchones, sillas de ruedas, caminadores, aditamentos de movilización.
- Cuidador en casa.
- Medicamentos no prescritos por el médico en la orden de hospitalización domiciliaria.
- Asistencia a paciente psiquiátrico en fase aguda.
- Suministro y administración de medicamentos de uso subcutáneo o intramuscular (excepto para terapia de anticoagulación no profiláctica)
- Terapias en domicilio cuando no hagan parte de un plan de manejo domiciliario integral (antibioticoterapia, corticoterapia, curaciones mayores, etc).
- Enfermera domiciliaria excepto cuando se requiere realización de actividades exclusivas del personal de enfermería y previa evaluación de pertinencia por parte de **La Compañía**.

HONORARIOS MÉDICOS EN RED

Se reconocerán los honorarios en red por tratamiento médico y /o quirúrgico como lo indica la tabla de coberturas de la póliza. La ayudantía quirúrgica se indemnizará para cirugías que por complejidad lo ameriten sin exceder el 15% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Para los honorarios de anestesiología será hasta el 40% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos.

HONORARIOS MÉDICOS FUERA DE RED

Cuando se trate de honorarios fuera de red con valor máximo asegurado, se indemnizarán los honorarios quirúrgicos hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza y de acuerdo a la complejidad de la cirugía, basados en el Cuadro de Clasificación de Grupos Quirúrgicos de **La Compañía** (Ver Cuadro de clasificación de grupos quirúrgicos), incluyendo las consultas pre y post quirúrgicas, máximo dos (2) consultas pre y dos (2) post quirúrgicas a las tarifas de los convenios de la red.

Tabla 1 - Cuadro de clasificación de grupos quirúrgicos

Grupo Quirúrgico	Porcentaje a Indemnizar	Grupo Quirúrgico	Porcentaje a Indemnizar
Grupo 1	9%	Grupo 10	50%
Grupo 2	10%	Grupo 11	60%
Grupo 3	11%	Grupo 12	68%
Grupo 4	12%	Grupo 13	72%
Grupo 5	17%	Grupo 20	76%
Grupo 6	20%	Grupo 21	85%
Grupo 7	25%	Grupo 22	94%
Grupo 8	30%	Grupo 23	100%
Grupo 9	40%		

La ayudantía quirúrgica se indemnizará para cirugías que por complejidad lo ameriten sin exceder el 15% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Para los honorarios de anestesiología será hasta el 40% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Los honorarios médicos descritos anteriormente, serán reconocidos siempre y cuando este servicio no sea prestado por un familiar en primer o segundo grado de afinidad o consanguinidad.

HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA - HOSPITALARIO EN RED

Se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los honorarios en red por tratamiento médico intra-hospitalario.

HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA - HOSPITALARIO FUERA DE RED

Se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los honorarios médicos fuera de red por tratamiento médico intrahospitalario, máximo dos (2) visitas médicas diarias por el médico tratante y hasta cinco (5) interconsultas diarias por diferente especialidad a la del médico tratante.

GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS

Se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza los gastos incurridos por el asegurado por concepto de Radiografías, Exámenes especializados de Diagnóstico y de Laboratorio Simple, terapias y hasta 3 consultas pre y/o post hospitalarias, siempre y cuando estos gastos hagan parte de un tratamiento médico - hospitalario o quirúrgico cubiertos por la presente póliza y que se efectúen fuera de la hospitalización, y se presten dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de hospitalización o treinta (30) días siguientes a la terminación del tratamiento hospitalario.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN RED

Para tratamientos hospitalarios en red y/o "Hospital día" para el tratamiento de trastornos de origen mental y/o psiquiátrico, se indemnizará hasta sesenta (60) días/beneficiario amparado/año de vigencia y no acumulables de un año a otro, siempre y cuando no se deriven de las exclusiones contenidas en los numerales 6, 7 y 8.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO FUERA DE RED

Para tratamientos hospitalarios en red y/o "Hospital día" para el tratamiento de trastornos de origen mental y/o psiquiátrico, se indemnizará hasta sesenta (60) días/beneficiario amparado/año de vigencia y no acumulables de un año a otro, siempre y cuando no se deriven de las exclusiones contenidas en los numerales 6, 7 y 8.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

Se reconocerán los gastos que se ocasionen por los conceptos señalados en este condicionado y tal como lo indica la tabla de coberturas de la póliza de seguro de salud, los gastos incurridos por la cirugía bariátrica para la obesidad mórbida Grado III (Índice de Masa Corporal (IMC) igual o superior a 40), así como a las complicaciones derivadas de la misma, siempre y cuando no sea preexistente y sea realizada exclusivamente en la red contratada por **La Compañía** para este tipo de eventos. Esta cobertura tiene un deducible a cargo del Beneficiario Amparado, el cual se encuentra especificado en la tabla de coberturas de la póliza de seguro de Salud y aplica tanto al procedimiento como a las complicaciones que se deriven del mismo. No se dará cobertura a la cirugía estética y/o reparadora derivada de la realización del tratamiento quirúrgico para la obesidad cubierto por **La Compañía**.

HABITACIÓN HOSPITALARIA TIPO SUITE

La Compañía reconocerá la pensión diaria en red que incluye habitación tipo Suite, dieta hospitalaria y servicios regulares de enfermería.

URGENCIAS EN RED

A partir del primer día de vigencia de la póliza, las urgencias en red serán cubiertas hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza.

La prestación del servicio estará sujeta al respectivo pago de deducible indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Si se presenta un reingreso (atenciones antes de las veinte y cuatro (24) horas de la anterior atención, por el mismo diagnóstico y en la misma institución) el usuario estará exento de pagar un nuevo deducible sin restablecimiento del valor asegurado.

En caso de derivarse de esta atención de urgencia un manejo superior a seis (6) horas de observación en el servicio de urgencias o cuando de ello se derive un procedimiento quirúrgico, los gastos que se generen de estas atenciones será cubiertas por la cobertura básica de servicios clínicos y/o honorarios médicos.

URGENCIAS FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia de la póliza, las urgencias fuera de red serán cubiertas hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza.

La prestación del servicio estará sujeto al respectivo pago de deducible indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Si se presenta un reingreso (atenciones antes de las veinte y cuatro (24) horas de la anterior atención, por el mismo diagnóstico y en la misma Institución) el usuario estará exento de pagar un nuevo deducible sin restablecimiento del valor asegurado.

En caso de derivarse de esta atención de urgencia un manejo superior a seis (6) horas de observación en el servicio de urgencias o cuando de ello se derive un procedimiento quirúrgico, los gastos que se generen de estas atenciones será cubiertas por la cobertura básica de servicios clínicos y/o honorarios médicos.

PRÓTESIS EN RED

Se reconocerán las siguientes prótesis: valvulares, vasculares, articulares, oculares, mamarias (exclusivamente por cáncer de mama o traumáticas), testiculares (exclusivamente por cáncer de testículo o traumáticas), lente intraocular convencional, diábolos de miringotomía, marcapaso, cardiodesfibrilador, catéter doble jota, stent, válvula de Hakim, coils siendo excluidas todas las demás no señaladas expresamente como objeto de cobertura de esta póliza de seguro de salud.

PRÓTESIS FUERA DE RED

Se reconocerán las siguientes prótesis hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la Póliza: valvulares, vasculares, articulares, oculares, mamarias (exclusivamente por cáncer de mama o traumáticas), testiculares (exclusivamente por cáncer de testículo o traumáticas), lente intraocular convencional, diábolos de miringotomía, marcapaso, cardiodesfibrilador, catéter doble jota, stent, válvula de Hakim, coils siendo excluidas todas las demás no señaladas expresamente como objeto de cobertura de esta póliza de seguro de salud.

PRÓTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Se reconocerán las prótesis de extremidades superiores e inferiores hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza; los reemplazos de prótesis de extremidades superiores e inferiores se reconocerán siempre y cuando la prótesis inicial haya sido reconocida por la póliza de Salud de **La Compañía** y haya transcurrido un periodo mínimo de tres (3) años, entre la fecha de colocación de la prótesis a reemplazar y la fecha de colocación de la nueva prótesis.

ÓRTESIS

Se reconocerán las órtesis para cuello, tobillo, brazos, antebrazos, manos y órtesis largas y cortas para piernas y rodillas, así como las estructuras para caminar, reembolso de la compra o alquiler de muletas y sillas de ruedas, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por vigencia.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Para usuarios no nacidos dentro de la cobertura de una póliza de salud de Allianz o asegurados sin beneficio de congénitas La Compañía reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los gastos que se ocasionen por concepto de enfermedades congénitas y genéticas no conocidas por el beneficiario al inicio de esta póliza y luego de haber permanecido asegurado en cualquier póliza de salud de

La Compañía como mínimo un (1) año de forma ininterrumpida, siempre y cuando el diagnóstico inicial de la enfermedad se realice con posterioridad al 1 de Enero de 2010. Esta suma asegurada se restablece anualmente en la renovación. Esta cobertura no aplica para los Bebés nacidos bajo la cobertura de la póliza y que se les haya otorgado el beneficio de "ASEGURADO CON COBERTURA DE PATOLOGIAS DE ORIGEN CONGENITO", ya que de acuerdo con lo indicado en la cobertura de Maternidad en lo que respecta al "Amparo neonatal" estos recién nacidos gozarán de las demás coberturas de la póliza desde el primer día para cubrir estas enfermedades.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS SEGUNDA CAPA

Una vez agotado el límite de valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza en la cobertura de enfermedades congénitas, **La Compañía** reconocerá hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza y de acuerdo con las condiciones establecidas en la cobertura de enfermedades congénitas, los gastos

que se generen por los excedentes de enfermedades congénitas. Esta suma asegurada se restablece durante la vigencia de la póliza, ni en sus renovaciones.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se reconocerá hasta el límite indicado los gastos que se ocasionen por los conceptos señalados en este condicionado los trasplantes realizados en el territorio nacional y aprobados por las sociedades médico científicas colombianas, siempre y cuando la patología que origina el trasplante sea objeto de cobertura de la presente póliza. Se excluye todo trasplante en su estado experimental.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL CÁNCER

Siempre y cuando la enfermedad se inicie después del día 121 de permanencia ininterrumpida del beneficiario amparado en la póliza. La compañía a través de las coberturas descritas en este condicionado y hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza para cada una de ellas, indemnizará los gastos que se ocasionen para el tratamiento del Cáncer.

De los medicamentos que se requieran para las terapias, serán autorizados únicamente aquellos clasificados como anti cancerígenos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el INVIMA o quien haga sus veces. Las terapias serán las específicas para cáncer prescritas por el médico tratante, es decir: radioterapia, radiumterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, hormonoterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL CÁNCER

Siempre y cuando la enfermedad se inicie después del día 121 de permanencia ininterrumpida del beneficiario amparado en la póliza, se dará cobertura hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza para tratamiento ambulatorio para el cáncer. De los medicamentos que se requieran para las terapias, serán autorizados únicamente aquellos clasificados como anti cancerígenos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el INVIMA o quien haga sus veces. Las terapias serán las específicas para cáncer prescritas por el médico tratante, es decir: radioterapia, radiumterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, hormonoterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

MATERNIDAD

Tendrán derecho a esta cobertura todas las mujeres que figuren como beneficiarias amparadas de la póliza, con ocasión de los gastos que genere la atención del embarazo, (cesárea, cirugía por embarazo ectópico, parto normal, aborto no provocado y complicaciones) siempre y cuando éste se haya iniciado después de sesenta (60) días calendario de la inclusión de la beneficiaria amparada. Las coberturas que afecte este amparo están sujetas a las definidas en este condicionado.

Amparo neonatal: Los hijos nacidos de la beneficiaria amparada con derecho al amparo de la maternidad, gozarán de las coberturas aquí descritas desde el primer día y se les otorgará la antigüedad de la madre, siempre y cuando se realice la solicitud de inclusión del recién nacido en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento.

La cobertura para estos recién nacidos se extiende a anomalías y malformaciones congénitas y genéticas, incluye alteraciones del crecimiento y desarrollo, de acuerdo con las condiciones estipuladas en este condicionado.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL SIDA

La Compañía indemnizará a través de las coberturas descritas en este condicionado y hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas de la póliza para cada una de ellas indemnizará los gastos requeridos por el asegurado para el tratamiento del Sida siempre y cuando el diagnóstico y la confirmación positiva de la enfermedad se hayan realizado después de transcurridos noventa (90) días, contados a partir de la inclusión del beneficiario amparado en esta póliza.

Con respecto a los medicamentos que requiera el beneficiario amparado para el tratamiento intrahospitalario del SIDA y sus complicaciones, se indemnizarán los productos farmacéuticos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el INVIMA o quien haga sus veces, dejando expresamente consagrado que no se cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico. En ningún caso se cubrirán medicamentos en forma ambulatoria, salvo lo anotado en la cobertura de Medicamentos post hospitalarios por SIDA y derivados del tratamiento del cáncer.

GASTOS DEL DONANTE

Para el beneficiario que requiera trasplante, **La Compañía** cubrirá el transporte del órgano objeto de cobertura de esta póliza así como los gastos médicos del donante efectivo, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza.

CUIDADOS PROLONGADOS EN RED

La Compañía garantizará, a través de la red de proveedores adscritos a la Compañía, cuando el beneficiario sufra una invalidez (incapacidad total y permanente) como consecuencia de un accidente o enfermedad, sufra alguna limitación física, que le impida desempeñar por lo menos tres de las cinco actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente anexo, y que se encuentren enmarcadas dentro del objeto de cobertura de esta póliza.

Se deja establecido que el servicio que prestará **La Compañía**, únicamente a través de su red de asistencia, es de medio y no de resultado

1. DEFINICIONES

Se entenderá por:

- **Deficiencia:** Se refiere a las anomalías de la estructura corporal y de la función de un órgano o sistema. Ejemplo: Pérdida de la vista o de las piernas.
- **Discapacidad:** Son las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Ejemplo: Dificultades para leer o para trasladarse.
- **Minusvalía:** Desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades en una dimensión social. Ejemplo: Incapacidad para trabajar.
- **Actividades básicas:** Las siguientes cinco funciones son consideradas como las actividades básicas bajo esta propuesta:
 - **Bañarse:** Capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, incluyendo la acción de entrar y salir del baño o de la regadera.
 - **Vestirse:** Capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso prótesis y aparatos ortopédicos.
 - **Alimentarse:** Capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.
 - **Necesidades Corporales:** Capacidad para cumplir en forma independiente con las funciones de eliminación.
 - **Desplazarse:** Capacidad para acostarse y levantarse de la cama, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.
- **SMDL:** Salario mínimo diario legal vigente.

2. ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones descritas en la cobertura de Cuidados Prolongados, se dará únicamente en las ciudades donde se tiene contratado este servicio, siempre que estos se puedan prestar en el domicilio del asegurado, cuando su condición médica lo permita.

3. COBERTURAS

El programa se extiende únicamente a cubrir los servicios descritos a continuación, lo cual no incluye el suministro de insumos ni de medicamentos.

a. Orientación médica básica telefónica

Un operador médico recibe la llamada del asegurado y según la sintomatología reportada por la persona, hará un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica. El operador médico orientará al beneficiario o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que deben asumir mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

b. Asistencia domiciliaria por incapacidad temporal o permanente

Cuando el asegurado sufra una incapacidad total y permanente como consecuencia de un accidente o una enfermedad, **La Compañía** prestará en el domicilio del asegurado, y únicamente en las ciudades donde se tiene contratado este servicio, los siguientes servicios:

- Control de signos vitales.
- Cuidados de Piel.
- Manejo de Sondas y tubos de drenaje.
- Terapia respiratoria y física.
- Curaciones.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Glucometrías.

La Compañía cubrirá los gastos generados por dicha atención por un periodo de 6 meses vigencia póliza, hasta por 12 horas diarias continuas. Así mismo se reconocerá hasta por el equivalente a 120 SMDLV por vigencia, para el alquiler o la compra de los siguientes equipos, cuando se requieran:

- Bala de oxígeno.
- Cama de tres planos.
- Silla de ruedas.
- Muletas o Caminadores.
- Equipo de terapia respiratoria (Cánulas, pulsioxímetros, mascarillas, humidificadores, ventury).
- Pato u orinal.
- Almohadillas.

c. Servicio de obras civiles:

La Compañía reconocerá los gastos en que incurra el asegurado en caso de requerir modificaciones o ajustes en el inmueble, de acuerdo con las recomendaciones del médico tratante que permitan el adecuado manejo del paciente. El límite de esta cobertura será de 50 SMDLV por vigencia.

4. EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de **La Compañía**.
- b) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, sin perjuicio de lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA EN RED

La Compañía garantiza la prestación de este servicio a través de un Proveedor contratado para tal efecto, para aquellos eventos imprevistos, ocurridos durante su permanencia en la póliza. Para solicitar dicha cobertura el asegurado previamente deberá dar aviso al proveedor contratado, quien tendrá la obligación de asumir y suministrar la cobertura más adelante descrita.

La presente cobertura indemniza los gastos incurridos por el asegurado como consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas.

Los servicios serán los siguientes: Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio ionomérico de acuerdo al caso, endodoncias monoradiculares y multiradiculares, exodoncias no quirúrgicas y curetajes radiculares, cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, reparación de la prótesis removible (únicamente sustitución de dientes), curetaje post exodoncia y control de hemorragias y suturas en labios, paladar, encías y lengua; radiografías periapicales y/o coronales. Cuando la emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Los servicios que no se encuentren enunciados en la presente condición se encuentran excluidos de esta cobertura.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en esta cobertura, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- 1) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el proveedor. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por El proveedor; éste no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- 2) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a Los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- 3) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica que atiendan en el señalado horario.
- 4) La Aseguradora no asumirá responsabilidad alguna frente a los asegurados o sus reclamantes, ni frente a los terceros, directa ni indirectamente ni próxima ni remotamente, pues conocido y aceptado por las partes de este contrato que la responsabilidad profesional corresponde a los profesionales odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a Los Asegurados.
- 5) Cuando El asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por esta cobertura, deberá ponerse en contacto con El proveedor, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para El asegurado. El asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a El Tercero la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- 6) El asegurado que no pueda acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- 7) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos a **La Compañía** por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación

EXÁMENES

EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO EN RED

A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza de seguro de salud, se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los exámenes especiales de diagnóstico ambulatorio en red. Igualmente se dará cobertura a los estudios genéticos, para los beneficiarios amparados con derecho a la cobertura de patologías congénitas definida en la Cláusula de Maternidad, siempre y cuando se requiera para la definición de un diagnóstico o tratamiento y no como tamizaje preventivo durante el embarazo ni posterior al nacimiento. Para dar cubrimiento de estos exámenes especiales de diagnóstico y de los estudios genéticos, estos deberán ser debidamente reconocidos por las sociedades médicas colombianas y no hacer parte de una hospitalización o urgencia.

Así mismo se dará cobertura a las cápsulas endoscópicas cuando el paciente presente sangrado digestivo oscuro y no sea posible encontrar el sitio o causa del sangrado a través de exámenes convencionales, es decir endoscopia de vías digestivas y colonoscopia.

EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO FUERA DE RED

A partir del día ciento veintiuno (121) de vigencia ininterrumpida de la póliza de seguro de salud, se reconocerán hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza los exámenes especiales de diagnóstico ambulatorio fuera de red. Igualmente se dará cobertura a los estudios genéticos, para los beneficiarios amparados con derecho a la cobertura de patologías congénitas definida en la Cláusula de Maternidad, siempre y cuando se requiera para la definición de un diagnóstico o tratamiento y no como tamizaje preventivo durante el embarazo ni posterior al nacimiento. Para dar cubrimiento de estos exámenes

especiales de diagnóstico y de los estudios genéticos, estos deberán ser debidamente reconocidos por las sociedades médicas colombianas y no hacer parte de una hospitalización o urgencia. Así mismo se dará cobertura a las cápsulas endoscópicas cuando el paciente presente sangrado digestivo oscuro y no sea posible encontrar el sitio o causa del sangrado a través de exámenes convencionales, es decir endoscopia de vías digestivas y colonoscopia.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX EN RED

A partir del primer día de vigencia, como lo indica la tabla de coberturas de la póliza, se reconocerán los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico en red: Exámenes de laboratorio clínico y de patología de rutina, radiografías simples, laboratorio clínico especializado electrocardiogramas y electroencefalogramas convencionales.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y RX FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia, como lo indica la tabla de coberturas de la póliza, se reconocerán los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico fuera de red: Exámenes de laboratorio clínico y de patología de rutina, radiografías simples, laboratorio clínico especializado electrocardiogramas y electroencefalogramas convencionales.

CONSULTAS

CONSULTA PRIORITARIA EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a consultas prioritarias en red descritas en el directorio médico contratado por **La Compañía**.

CONSULTAS EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a consultas en red y sus sub especialidades descritas en el directorio médico contratado por **La Compañía**.

CONSULTAS FUERA RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a consultas fuera de red y sus sub especialidades

CONSULTAS DE NEUROPSICOLOGÍA

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a las consultas de neuropsicología dentro de la red, incluyendo el tratamiento.

CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho hasta treinta (30) consultas de psiquiatría por persona vigencia póliza dentro de la red.

CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia la Compañía reconocerá los gastos incurridos por consulta Psiquiátrica fuera de red hasta un valor máximo de 6 SMDLV por consulta y hasta un máximo de treinta (30) consultas por vigencia, lo que ocurra primero, sin superar el límite máximo indicado en la tabla de coberturas de la póliza para la cobertura de Consulta de Psiquiatría Fuera de Red.

CONSULTAS DE PSICOLOGIA FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia la Compañía reconocerá los gastos incurridos por consulta Psicológica fuera de red hasta un valor máximo de 5 SMDLV por consulta y hasta un máximo de treinta (30) consultas por vigencia, lo que ocurra primero, sin superar el límite máximo indicado en la tabla de coberturas de la póliza para la cobertura de Consulta Médica Fuera de Red.

CONSULTA DOMICILIARIA EN RED

A partir del primer día de vigencia y hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a las consultas domiciliarias dentro de la red, previa evaluación de pertinencia médica por parte de **La Compañía**, únicamente en las ciudades donde se tienen contratado este servicio.

TERAPIAS

TERAPIAS EN RED

A partir del primer día de vigencia hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a cobertura en red para las terapias descritas en el directorio médico contratado por **La Compañía**.

TERAPIAS FUERA DE RED

A partir del primer día de vigencia hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a cobertura fuera de red para las terapias físicas, respiratorias, ocupacionales, del lenguaje, de rehabilitación cardíaca, ortóptica, pleóptica, de rehabilitación pulmonar, biofeedback, vestibulares, y a las sesiones del curso prenatal psicoprofiláctico.

TERAPIA DOMICILIARIA EN RED

A partir del primer día de vigencia hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, se tendrá derecho a cobertura en red para las terapias domiciliarias físicas, respiratorias, ocupacionales y del lenguaje.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

MEDICAMENTOS POST HOSPITALARIOS POR SIDA Y DERIVADOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

La cobertura especial para los medicamentos posthospitalarios del tratamiento del Sida y para los del tratamiento de los efectos colaterales a la terapia del Cáncer serán reconocidos hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por beneficiario amparado/año de vigencia no transferible ni acumulable, así: **Post Hospitalarios por SIDA:** Se cubrirán los medicamentos ambulatorios aprobados por el INVIMA, derivados de una hospitalización por SIDA y formulados al momento del egreso hospitalario, hasta por treinta (30) días del egreso, se exceptúan los retrovirales.

Derivados del Tratamiento del Cáncer: Se cubrirán los medicamentos ambulatorios aprobados por el INVIMA para el tratamiento de los efectos colaterales a la terapia para el Cáncer cubierta por la póliza.

MEDICAMENTOS POST HOSPITALARIOS, POST URGENCIAS Y POST CONSULTA PRIORITARIA

La Compañía indemnizará hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza, los medicamentos derivados de la hospitalización o cirugía, post urgencias o post consulta prioritaria hasta por treinta (30) días contados a partir del egreso de la hospitalización, urgencia o consulta prioritaria, siempre y cuando el medicamento este aprobado por el INVIMA para la patología tratada y que esté relacionado directamente con el motivo de la hospitalización, urgencia o consulta prioritaria y no hagan parte de un tratamiento en curso que obedezca a una patología crónica subyacente o de manejo ambulatorio.

ASISTENCIA AL VIAJERO EN EL EXTERIOR

La Compañía garantiza la prestación de este servicio a través de un tercero contratado para tal efecto, para aquellos eventos no programados, ni preexistentes al viaje, es decir con ocasión de fuerza mayor o caso fortuito, ocurridos durante su permanencia en el exterior, de acuerdo con las condiciones, coberturas, límites y deducibles publicados en la página de Internet de ALLIANZ www.allianz.co.

RENTA CLÍNICA

La Compañía reconocerá una renta diaria a los beneficiarios amparados mayores de dieciocho (18) años y menores de sesenta y cinco (65) años, si a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, requiere ser hospitalizado en la red para un tratamiento médico y/o quirúrgico y posteriormente ser incapacitado. Se excluyen las indemnizaciones relacionadas con el embarazo y sus complicaciones, atenciones de urgencias, eventos relacionados con enfermedades terminales, estados comatosos irreversibles.

La cobertura que brinda este amparo es la siguiente:

- **Renta diaria por hospitalización:** Si el asegurado requiere, una hospitalización en red y/o hospitalización domiciliaria previamente autorizada por **La Compañía** por más de tres (3) noches hospitalarias para un tratamiento médico o quirúrgico por enfermedad o accidente cubierto por la póliza, **La Compañía** indemnizará hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por cada día de hospitalización, siempre y cuando el número máximo de días a indemnizar por usuario amparo al año no sea superior a noventa (90) días.
- **Renta diaria por incapacidad:** Si a consecuencia de una hospitalización cubierta por la póliza y dicha hospitalización haya generado indemnización por el amparo de Renta diaria por hospitalización, **La Compañía** indemnizará hasta el límite indicado en la tabla de coberturas de la póliza por cada día de incapacidad prescrita por el médico tratante, siempre y cuando el número máximo de días a indemnizar por usuario amparo al año no sea superior a diez (10) días.

EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

En caso de fallecimiento del Tomador que sea uno de los beneficiarios amparados de la póliza, **La Compañía** exonerará a los beneficiarios amparados del pago de las primas que se generen por la siguiente vigencia de la póliza con fecha posterior al fallecimiento de éste. La presente condición no aplica para la vigencia en curso cuando la prima sea fraccionada o financiada, lo cual quiere decir que para poder tener derecho a esta cobertura, la prima de la vigencia en curso deberá estar pagada en su totalidad.

NOTA: En caso de que el Tomador sea una persona jurídica este beneficio aplica al fallecimiento del asegurado principal, siempre y cuando sea beneficiario de la póliza.

EXEQUIAS

La Compañía indemnizará al ocurrir la muerte de cualquier beneficiario amparado por causa objeto de cobertura y no preexistente a la contratación de ésta póliza, los gastos incurridos por los funerales del fallecido, hasta la concurrencia del valor indicado en la tabla de coberturas de la póliza. . En aquellos eventos en los que **La Compañía** haya realizado devolución de prima no devengada, se descontará dicho valor del valor a indemnizar.”

Se entenderá por gastos de exequias, los ocasionados por los siguientes conceptos: derechos de funeraria, caja y carroza mortuoria, ceremonia fúnebre, avisos de prensa, gastos de incineración, o lote en el cementerio, o derechos de bóveda.

Esta cobertura será reconocida a quien acredite haber sufragado los gastos respectivos, previa presentación de los comprobantes de pago en original, debidamente cancelados y hasta el valor indicado en la tabla de coberturas de la póliza. Los beneficios concedidos por la cobertura de exequias terminarán para cada beneficiario amparado en el momento de su fallecimiento.

AMBULANCIA AEREA

Se reconocerá la ambulancia aérea dentro del Territorio de La Republica de Colombia, será cubierta siempre y cuando el estado del beneficiario amparado así lo requiera, en los siguientes casos, previa autorización y evaluación de pertinencia médica por parte de **La Compañía**:

- Siempre y cuando el paciente estando hospitalizado por un evento cubierto por la póliza y por su estado de salud requiera ser trasladado a otra institución prestadora de servicios de salud de mayor complejidad y requiera de atención en un servicio no disponible en la institución y ciudad remitora.
- Dentro del territorio nacional, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución y/o ciudad en donde está siendo atendido, cubrirá el traslado en ambulancia aérea siempre y cuando donde se encuentre el paciente exista un acceso seguro para este tipo de transporte.
- Este servicio será coordinado únicamente a través del proveedor de servicios definido por la aseguradora.

Capítulo III

Cláusulas Genéricas

LIMITANTES Y PERIODOS DE CARENIA

La **Compañía** reconocerá los gastos descritos en la cláusula Definición de Cobertura, una vez se cumplan las condiciones de periodos de carencia ahí descritas y hasta los límites establecidos.

*Maternidad:	60 días
*Tratamiento hospitalario del Sida:	90 días
*Exámenes especiales de diagnóstico:	120 días
*Tratamiento hospitalario del Cáncer:	120 días
* Tratamiento ambulatorio del Cáncer:	120 días
*Servicios hospitalarios	120días
*Trasplantes	365 días

PERSONAS ASEGURABLES

Previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, podrán ser aceptados como beneficiarios amparados las personas que soliciten su afiliación en la solicitud de seguro y que sean aceptadas previamente por La Compañía como asegurados en la Póliza de seguro de salud.

Para la inclusión de un beneficiario amparado durante la vigencia de la póliza de seguro de salud, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de **La Compañía**, hasta el vencimiento de la anualidad de la póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás beneficiarios amparados.

Cuando se trate de la inclusión de un hijo nacido bajo el amparo de la póliza, se dará cobertura desde el primer día de nacido, sin cobro de prima hasta la siguiente renovación, siempre y cuando se cumpla lo siguiente: Dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento se deberá enviar a **La Compañía** el documento de identidad del recién nacido, certificación de afiliación al plan obligatorio de salud régimen contributivo o régimen especial y solicitud de afiliación debidamente diligenciada.

El retiro de cualquiera de los beneficiarios amparados como consecuencia del fallecimiento o la revocatoria unilateral, dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, salvo que se le haya reconocido siniestros, caso en el cual, la Compañía tendrá derecho a descontar del valor de la prima el valor a prorrata de los siniestros

Las pólizas colectivas tendrán condiciones pactadas por las partes. **La Compañía** se reserva el derecho de limitar, extra primar o rechazar el riesgo propuesto. Para la utilización de este producto **La Compañía** expedirá un carné de afiliación que el beneficiario amparado portará siempre que requiera los servicios y que devolverá a **La Compañía** en caso de terminación de la póliza.

NOVEDADES

El tomador deberá avisar novedades tales como: ingresos o retiros como consecuencia de nacimientos, adopciones, matrimonios o fallecimientos; así como cambios de estado civil, datos generales de beneficiarios amparados, fechas de nacimiento y parentesco, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la novedad. Cualquier ingreso de un Beneficiario Amparado durante la vigencia de la póliza deberá ser previamente aprobado por **La Compañía**.

COBERTURA EN EL EXTERIOR

Siempre y cuando el asegurado tenga contratada en la póliza esta cobertura y así se indique en la tabla de coberturas de la misma, cuando el beneficiario amparado realice un tratamiento en el exterior que corresponda a una hospitalización, cirugía y tratamiento médico hospitalario y este sea objeto de cobertura de acuerdo a lo definido en este condicionado, la compañía indemnizará por reembolso los gastos causados, homologándolos al mismo evento en Colombia y hasta los límites indicados en la tabla de coberturas de la póliza para cada cobertura. Para tal efecto se efectuará la liquidación a la tasa representativa del mercado (TRM) vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. Los soportes de la ocurrencia del siniestro deben venir debidamente apostillados y traducidos cuando sean lenguas diferentes al inglés o al español.

PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima correspondiente a la vigencia contratada, o la primera o cualquiera de las cuotas si el pago es fraccionado, deberá efectuarse dentro del plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. **La Compañía** dará cobertura a los eventos descritos en el presente condicionado, siempre y cuando la prima de la anualidad o de la fracción se encuentre efectivamente recaudada.

RENOVACIONES ANUALES

La presente póliza de seguro de salud se renovará a la fecha de su vencimiento, siempre y cuando se ajuste a las condiciones, valor asegurado y primas vigentes en la fecha de renovación. Si alguna de las partes manifiesta su deseo de no renovar, debe hacerlo por escrito con una antelación no menor de treinta (30) días a la fecha de terminación de la vigencia.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Tomador está obligado a declarar a **La Compañía**, al dar aviso del siniestro, todos los amparos o seguros similares a la presente póliza, que cubran al beneficiario amparado total o parcialmente contra los mismos riesgos y que estén vigentes al ocurrir el siniestro, con indicación del beneficiario amparado u otorgante y la cuantía de cada amparo o seguro.

En caso de pluralidad o de coexistencia de amparos o seguros, **La Compañía** soportará la indemnización en exceso de otro seguro o amparo, siempre que el beneficiario amparado haya actuado de buena fe. La inobservancia de esta obligación, o la mala fe de la reclamación o comprobación del derecho al pago, causarán la pérdida del derecho a la prestación asegurada. En caso que el beneficiario amparado requiera servicios con ocasión de un accidente de trabajo si se llegara a pagar en primera instancia, **La Compañía** podrá adelantar las acciones de recobro ante la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) correspondiente.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Los beneficios otorgados por la presente póliza, terminarán al ocurrir alguno de los siguientes hechos:

1. Por vencimiento de la vigencia sin haber sido renovada.
2. Las demás causas contempladas en la ley.

PARÁGRAFO: No será reconocido por **La Compañía** ningún gasto con posterioridad al término de la vigencia de esta póliza, excepto cuando el asegurado se encuentre bajo un tratamiento hospitalario amparado, caso en el cual se prorrogará el servicio hasta el egreso hospitalario o hasta agotar la cobertura de la póliza, la que se cause primero.

AVISO Y PAGO DE RECLAMACIONES

El beneficiario amparado, en caso de reclamación informará a **La Compañía** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se inicie cualquier tratamiento por enfermedad o accidente.

La Compañía efectuará el pago de las indemnizaciones a que haya lugar, dentro del término de un (1) mes contado a partir de la fecha en que el beneficiario amparado presente pruebas legalmente suficientes que acrediten la ocurrencia y la cuantía de su derecho, entre ellos: certificado médico, historia clínica, resultado patológico si fuere el caso, factura de venta original discriminando gastos clínicos y demás pagos a instituciones, médicos, paramédicos, medicamentos, laboratorios y todos aquellos que sean solicitados en la reclamación. Así mismo, se aceptarán otras pruebas supletorias establecidas en la Ley que demuestren el derecho al pago de la prestación. Si el beneficiario amparado falleciere antes de que las coberturas hubieren sido pagadas en su totalidad, el saldo pendiente de ellas podrá ser pagado a quien acredite haber sufragado los gastos.

REVOCACIÓN

Página 19 de 24

Original para el tomador del seguro Versión del cláusulado N° 20/10/2016-1401-P-35-MedicAllGOLD7-02

La presente póliza de seguro de salud podrá ser revocada por **La Compañía** cuando medie incumplimiento en alguna de las obligaciones del Tomador, mediante comunicación escrita enviada al Tomador y/o Asegurado Principal a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de anticipación contados a partir de la fecha de envío y por el Tomador, en cualquier momento mediante aviso escrito dado a **La Compañía**. En caso de revocación por parte de **La Compañía**, ésta devolverá al Tomador de la póliza,

la parte de la prima no devengada o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso que sea revocada por el Tomador, la devolución de la prima se calculará tomando en cuenta la tarifa del seguro a corto plazo.

TERRITORIO

Los amparos otorgados por la presente póliza de seguro de salud operan sin ninguna limitación territorial en Colombia, siempre que por lo demás, se dé cumplimiento a las condiciones y coberturas contempladas en este condicionado y en la tabla de coberturas de la póliza. Cuando el Beneficiario Amparado tenga contratado el amparo de Cobertura Internacional, la indemnización será sin ninguna limitación territorial dentro y fuera del Territorio de La República de Colombia, siempre que por lo demás, se dé cumplimiento a las condiciones y coberturas contempladas en este condicionado y en la tabla de coberturas de la póliza.

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta Póliza se fija como domicilio contractual la ciudad de Bogotá DC. Colombia.

DERECHO SE SUBROGACIÓN

Si el evento del seguro ocurrió como consecuencia de un accidente debido al cual el beneficiario amparado tenga derecho a indemnización o a reembolso por parte de algún tercero, **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación. En caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, **La Compañía** soportará la indemnización debida al beneficiario amparado solo en exceso de la indemnización a cargo de la(s) otra(s) compañía(s) con quienes el beneficiario amparado haya suscrito una póliza de seguro o contrato de medicina prepagada cuyos amparos indemnicen el mismo evento.

INEXACTITUD, RETICENCIA, FALSEDAD U OMISIÓN

El Tomador deberá declarar con veracidad y exactitud las circunstancias que rodean su estado de Salud y el de los Beneficiarios Amparados que presente como candidatos para tener esa calidad dentro de la póliza. El tomador, en nombre propio y en el de los Beneficiarios Amparados en cuyo favor estipula, y/o cada uno de éstos o sus representantes deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de ingreso al seguro, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades, o secuelas, complicaciones y/o recidivas de las mismas, que requieran o hubieren requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a partir de medicamentos y otros agentes externos. La inexactitud, reticencia, falsedad u omisión cualquiera que sea la causa, que se produzca en la declaración del estado de Salud, en la solicitud de afiliación o en cualquier documento o información suministrada, será sancionada en los términos previstos en el artículo 1058 del Código de Comercio, a saber:

1. 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.
2. 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.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.
4. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, **La Compañía** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las partes podrán pactar, en condiciones particulares, el sometimiento de los conflictos a que dé lugar la presente póliza a tribunales de arbitramento que serán constituidos y funcionarán de conformidad con las normas pertinentes y Código de Comercio, y en especial por lo dispuesto en leyes 23 de 1991 y 446 de 1998 y los decretos 2279 de 1989 y 1818 de 1998 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen.

DEFINICIONES

- **Aborto:** expulsión del feto y la placenta antes de la semana 24 de gestación, puede ser espontáneo ó provocado.
- **Accidente:** Para los efectos de este contrato se entiende por accidente el suceso de causa externa, violento, súbito y repentino, que dependiente o no de la voluntad del asegurado, genera una lesión corporal a una persona amparada por la presente póliza, durante la vigencia del seguro personal.
- **Acto Médico o paramédico:** Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y que se ajusta a las disposiciones científicas y legales avaladas por las sociedades competentes.
- **Acupuntura:** es un método terapéutico que forma parte de la medicina tradicional china. Es una técnica reservada para los médicos diplomados en Acupuntura.
- **Anexos:** todos aquellos documentos que se emiten para modificar el presente seguro.
- **Anomalía congénita:** particularidad, irregularidad o estado contrario al orden natural orgánico de individuo producto de su información genética y su desarrollo embrionario.
- **Anorexia:** rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.
- **Aparato Ortopédico:** elemento o aditamento que permite la inmovilización, movilización, mantenimiento de la estabilidad, corrección de posturas y/o deformidades, con el fin de contribuir a la cura ó corrección de la enfermedad o lesión.
- **Asegurado Principal:** Es el Titular del interés asegurable para sí o sus dependientes, siendo o no beneficiario de la póliza y que como titular del interés asegurable queda libre de los riesgo sobre los que versa la presente póliza.
- **Asistencia médica ambulatoria:** son los servicios médicos asistenciales que no generan pensión Hospitalaria.
- **Beneficiario Amparado:** es la persona que tiene derecho al pago de las indemnizaciones a consecuencia de una pérdida o tratamiento por la realización de una eventualidad amparada por el contrato de seguro, siempre y cuando la prima correspondiente al mismo esté efectivamente recaudada.
- **Bioenergética:** es una técnica terapéutica de trabajo energético-corporal. Basándose en la comprensión en profundidad de nuestros conflictos interiores.
- **Bulimia:** presencia de atracones recurrentes (ingesta de alimento en corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar o sensación de pérdida de control de la ingesta del alimento) y las conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso.
- **Campo Quirúrgico:** Es la parte del cuerpo humano sobre el cual se practica una intervención quirúrgica o procedimiento.
- **Chequeo general de rutina (chequeo ejecutivo):** Comprende las consultas médicas y exámenes generales y especiales de diagnóstico, sin un cuadro clínico establecido, con el único objeto de determinar un estado general de salud.
- **Clínica u hospital:** Establecimiento que reúne los requisitos legales para prestar atención en salud y que esté debidamente reconocido y registrado como tal, de acuerdo con las disposiciones legales. No se catalogan como tales las instituciones de Cuidados Intermedios.

- Cobertura: eventos amparados por la póliza.
- Consulta Prioritaria: Es aquella atención que por el estado clínico del asegurado debe ser prestada dentro de un periodo no mayor a veinticuatro (24) horas sin que constituya una urgencia vital que comprometa la vida del asegurado.
- Complicación: Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente.
- Cuidador: Persona que le presta ayuda a otra persona que por su condición física, mental, intelectual o sensorial, o por razones de edad, se encuentre limitada en su autonomía o independencia de manera temporal o permanente, generando la necesidad de atención de parte de otra persona para realizar las actividades esenciales de la vida diaria, así como actividades instrumentales como desplazamiento y ayuda para realizar trámites tendientes a satisfacer las necesidades básicas.
- Deducible: es el valor a cargo del beneficiario amparado por concepto de los servicios estipulados en la tabla de coberturas y sujeto a ajustes durante la vigencia, los deducibles no podrán ser asegurados ni reembolsados.
- Enfermedad: alteración del estado fisiológico en el ser humano. Evento que para los efectos de los amparos que otorga este contrato, se haya iniciado durante la vigencia del amparo personal.
- Enfermera(o): profesional que habiendo obtenido el título universitario correspondientemente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión y ejecute actividades específicas de enfermería.
- Enfermera(o) auxiliar: persona natural que, habiendo obtenido el título técnico correspondientemente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su formación y ejecute actividades específicas de auxiliar de enfermería.
- Efectos colaterales tratamiento de cáncer: son efectos causados directamente por los medicamentos anticancerígenos o por los tratamientos de radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, braquiterapia o cualquier terapia en cobertura de la póliza utilizada para el tratamiento del cáncer. • Estupefaciente: sustancia narcótica y analgésica que causa hábito, altera las condiciones fisiológicas y psíquicas del paciente y produce estado especial de euforia.
- Exclusión: toda condición, evento, elemento no cubierto bajo la presente póliza.
- Extraprima: prima adicional que permite amparar las enfermedades, secuelas, complicaciones y recidivas declaradas y aceptadas por **La Compañía**.
- Fuera de red: médicos, profesionales de la salud, hospitales e instituciones médicas y paramédicas que no tienen convenio con **La Compañía**.
- Homeopatía: método terapéutico mediante el cual se trata el enfermo con remedios que, suministrados a un hombre sano en cantidades ponderales, provocarían síntomas similares a aquellos que hay que curar.
- Hospitalización: La permanencia en un hospital, para la atención médica de una enfermedad o accidente siempre que cause pensión hospitalaria o uso de sala de cirugía.
- Hospitalización domiciliaria: alternativa asistencial del área de salud, de carácter transitorio, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de rango hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja de médicos y de enfermería tales como antibioticoterapia intravenosa, curaciones mayores y fototerapia para ictericia neonatal.
- Indemnizar: resarcir (reparar) los gastos incurridos por el Tomador y/o asegurado principal.
- Medicamentos: Son los preparados o sustancias clínicamente probadas como efectivas, reconocidas por el órgano regulador farmacéutico que se requieren para el tratamiento y/o estabilización de la condición médica o para compensar ciertas sustancias del organismo.

- Medicamento ambulatorio: son los medicamentos suministrados a pacientes que no se encuentran internados en una institución hospitalaria.
- Médico y profesional de la salud: Las personas naturales que, habiendo obtenido el título universitario correspondientemente, cumplan los requisitos legales para el ejercicio de su profesión.
- Órtesis: dispositivo ortopédico que sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.
- Paliativo: es la internación es para el paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, cuyo tratamiento debe ser integral para mejorar su calidad de vida.
- Pandemia: Epidemia extendida a muchos países, o que ataca a casi todos los individuos de un país.
- Preexistencia: toda enfermedad afección o malformación que se inicie antes de la vigencia de esta cobertura, también se incluyen sus complicaciones recidivas o secuelas, aunque estas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud del seguro.
- Prótesis: Son elementos que permiten reemplazar u optimizar la capacidad orgánica y funcional suprimida en un momento dado, de un órgano.
- Red: médicos, profesionales de la salud, hospitales e instituciones médicas y paramédicas que debido a un convenio con **La Compañía**, ofrecen su capacidad científica y técnica a nuestros asegurados. **La Compañía** se reserva el derecho de modificar la red y su disponibilidad para cada plan sin previo aviso.
- Retrasplante: Es la realización de un trasplante por segunda vez.
- SIDA: Para efectos del presente contrato se entiende por enfermo de SIDA: todo individuo que tenga una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo), menor de 200/mml o un porcentaje de linfocitos totales CD4 menor de 14% y que tenga además cualquiera de las siguientes condiciones asociadas: candidosis de la traquea, bronquios o pulmones, candidosis de esófago, cáncer invasivo de cuello uterino, Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada, Criptococosis extrapulmonar, Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), Citomegalovirus (diferente de la infección hepato-esplénica o ganglionar), Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual), encefalopatía relacionada con VIH, Herpes simple, úlcera (s) crónica (s), de más de un mes de duración; o bronquitis, neumonitis o esofagitis, Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar, Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración), leucoencefalopatía multilocal progresiva, Linfoma de Burkitt, Linfoma inmunoblástico, Linfoma primario del cerebro, Mycobacterium avium - intracellulare o Mycobacterium Kansasii, diseminadas o extrapulmonares, Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar), Mycobacterium otras especies identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares, Neumonía linfocitaria intersticial y/o hiperplasia pulmones linfocitaria, neumonía P. Carini, neumonías bacterianas recurrentes, salmonella (no tifoidea), Sarcoma de Kaposi, Síndrome de inmunodeficiencia causado por VIH, Toxoplasmosis cerebral.

Definición para menores de 14 años:

- Para los individuos menores de 14 años, el recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) deberá ser menor de:
 - 750/mm³: para niños menores de 1 año.
 - 500/mm³: para niños con edades entre 1 y 5 años.
 - 200/mm³: para niños con edades entre 5 y 14 años.
- Todo niño mayor de 15 meses con una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot y que tenga las condiciones ya citadas para los mayores de 14 años, más infecciones bacterianas recurrentes (más de dos episodios de sepsis, neumonía o meningitis).
- Todo niño menor de 15 meses con cultivo positivo o evidencia de infección por VIH por prueba de polimerización en cadena, más las condiciones clínicas citadas en el aparte del individuo mayor de 14 años.
- SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.
- SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente.

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