

Salud Colectivos

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°

Allianz Seguros de Vida S.A.

Salud Colectivo

www.allianz.co

Tomador de la Póliza

FONDO DE EMPLEADOS ÉXITO 22284581 _ IDEAR 22284593

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz 

PRELIMINAR

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

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I Datos identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro: FONDO DE EMPLEADOS ÉXITO 22284581 _ IDEAR 22284593

Póliza y duración:

Póliza n°:

Duración: Desde: las 00:00 horas del 01/06/2019
Hasta: las 24:00 horas del 31/05/2020

Intermediario líder:

Clave: 1705660



Identificación del riesgo objeto del seguro

GARANTIA	LIMITE	COBERTURA DENTRO DE LA RED ALLIANZ MEDICALL				COBERTURA FUERA DE LA RED ALLIANZ MEDICALL (Por Reembolso)				
SUBGARANTIA	ASEGURADO	Sublímite en Red	Tipo de Sublímite en red	Deducible en red	Tipo de Deducible en red	Sublímite fuera de Red	Tipo de Sublímite fuera de red	% Reembolso	Deducible fuera de red	Tipo de Deducible fuera de red
Enfermera Especial	ILIMITADO	84.000	Día	\$ 0	NA	0	Día	0%	\$ 0	NA
Unidad de Cuidados intensivos	ILIMITADO	1.365.000	Día	\$ 0	NA	0	Día	0%	\$ 0	NA
Servicios Hospitalarios	ILIMITADO	12.600.000	Acto	\$ 0	NA	0	Acto	0%	\$ 0	NA
Honorarios médicos	ILIMITADO	4.200.000	Acto	\$ 0	NA	0	Acto	0%	\$ 0	NA
Honorarios médicos por tratamiento intra-hospitalario	ILIMITADO	401.000	Acto	\$ 0	NA	0	Acto	0%	\$ 0	NA
Gastos pre y post hospitalarios	1.050.000	0	0	\$ 0	NA	1.050.000	Vigencia	100%	\$ 0	NA
Tratamiento psiquiátrico	ILIMITADO	12.600.000	Acto	\$ 0	NA	0	Acto	0%	\$ 0	NA
Urgencias	ILIMITADO	ILIMITADO	Acto	\$ 60.000	Acto	0	Acto	0%	\$ 0	Acto
Exámenes especiales de diagnóstico	1.050.000	1.050.000	Vigencia	\$ 34.000	Examen	0	Vigencia	0%	\$ 0	Examen
Exámenes de laboratorio y Rx - Rutina y especializados	525.000	525.000	Vigencia	\$ 7.000	Examen	0	Vigencia	0%	\$ 0	Examen
COBERTURA DE CONSULTAS	CONTRATADA
Consulta prioritaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 21.000	Visita	0	0	0%	\$ 0	NA
Consultas médicas	420.000	420.000	Vigencia	\$ 33.000	Visita	0	Vigencia	0%	\$ 0	Visita
Consultas domiciliaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 31.000	Visita	0	0	0%	\$ 0	NA
Terapias	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA	0	Vigencia	0%	\$ 0	NA
Terapia domiciliaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 31.000	Visita	0	0	0%	\$ 0	NA
Tratamiento ambulatorio para el cáncer	12.600.000	12.600.000	Vigencia	\$ 0	NA	0	Vigencia	0%	\$ 0	NA

Servicios para el Asegurado

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Para realizar de manera rápida consultas, petición de aclaraciones, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional **018000510989**

En Bogotá **5941122**

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

RECIBIDA MI COPIA Y ACEPTADO EL
CONTRATO EN TODOS SUS TÉRMINOS
Y CONDICIONES,

El tomador

El Asesor

RECIBIDA MI COPIA Y ACEPTADO EL
CONTRATO EN TODOS SUS TÉRMINOS
Y CONDICIONES,

FONDO DE EMPLEADOS ÉXITO 22284581 _
IDEAR 22284593

Allianz Seguros de Vida S.A.

CONDICIONES GENERALES

Capítulo II Cláusulas del ramo

GENERALIDADES

El presente condicionado aplica para los Planes de Salud, por lo cual, las coberturas que se detallan en la Cláusula Definición de Cobertura, 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, 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 III 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 partícipe 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 neuropsiquiátrica. Igualmente cualquier tipo de terapia psicoanalítica.

DEFINICIÓN DE COBERTURAS

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.

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.

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.

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.

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 en red 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.

HONORARIOS MEDICOS 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 MEDICOS 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.

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.

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.

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 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, 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 amparado para el tratamiento intrahospitalario del SIDA y sus complicaciones, se indemnizarán los productos 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.

EXAMENES

EXAMENES 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.

EXAMENES 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.

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.

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.

Capítulo IV Coberturas opcionales

No tiene contratada coberturas opcionales

Capítulo V Cláusulas Genéricas

LIMITANTES Y PERIODOS DE CARENCIA

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.

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 los beneficiario amparados por fallecimiento 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 hayan reconocido siniestros, caso

en el cual La Compañía tendrá derecho a exigir el valor total de la prima, incluso cuando el beneficiario amparado sea el mismo y único Tomador.

En caso de revocación unilateral o retiro del beneficiario amparado se cobrarán las primas a corto plazo.

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.

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 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, 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. Por el incumplimiento de esta obligación, se tasarán anticipadamente los perjuicios a favor de La Compañía en un 20% sobre el valor total de la indemnización.

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.

El beneficiario amparado autoriza a La Compañía para que solicite toda la información que considere necesaria a la institución y/o médicos, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para análisis de siniestros, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente. El beneficiario amparado exonera a La Compañía de responsabilidades que pudieran derivarse de un procedimiento diagnóstico o terapéutico y en ningún caso invocará responsabilidad solidaria de La Compañía.

REVOCACIÓN

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 DE 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.

AFILIACIÓN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Al momento de perfeccionamiento del presente contrato, el Asegurado Principal declara bajo la gravedad de juramento, que está afiliado y continuará afiliado mediante el pago de la cotización junto con su grupo familiar, al régimen contributivo o régimen especial del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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 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 riesgos sobre los que

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 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 pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja de médicos y de enfermería tales como

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 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/mm³ 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.
- como psicológica.
- 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 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.

Capítulo VI

Cláusulas que dependen del riesgo

EXCLUSIONES PARTICULARES

CONTINUIDAD

Capítulo VII

Cláusulas que dependen del riesgo

RED MEDICA

LOS USUARIOS DE LA PRESENTE PÓLIZA TENDRÁN ACCESO A LAS INSTITUCIONES Y PROFESIONALES DE LA SALUD ADSCRITOS AL DIRECTORIO MÉDICO DE LA RED ALLIANZ MEDICALL GOLD-PLUS COLECTIVO 1 EXCEPTUANDO LAS SIGUIENTES IPS, A LAS CUALES NO SE PODRÁ ACCEDER NI POR AUTORIZACIÓN NI POR REEMBOLSO:

- EN BOGOTA: FUNDACIÓN SANTAFE DE BOGOTA
- EN MEDELLIN: HOSPITAL PABLO TOBON URIBE
- EN CALI: FUNDACIÓN VALLE DEL LILI Y CENTRO MÉDICO IMBANACO
- EN BARRANQUILLA: CLÍNICA LA ASUNCIÓN

01052012-1401-P-35-MedicAllHyC011-6