BMI COLOMBIA

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD
BMI PLAN AZURE PLUS

DEDUCIBLES USD $10,000.-

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada **"LA ASEGURADORA",** emite la presente póliza denominada **PLAN AZURE PLUS.** La póliza comprende la solicitud de seguro, el examen médico, la carátula del seguro, el presente documento y cualquier aditamento o enmienda que se emita al respecto.

Lea cuidadosamente la copia de la solicitud y del examen médico que aparecen adjuntos a esta póliza y notifique a la aseguradora en un plazo de diez (10) días hábiles de haber recibido la póliza si alguna información es incorrecta o está incompleta, o si alguna parte de su historia clínica ha cambiado posterior a la fecha de la solicitud o se ha omitido de la solicitud o del examen médico. La solicitud y/o el examen médico forman parte de la póliza, la cual se ha emitido con base a que las respuestas a todas las preguntas y que toda la información que aparece en la solicitud y/o examen médico sean correctas y estén completas a la fecha de inicio.

El Plan Azure Plus proporciona cobertura en la Red de Proveedores Plan Azure. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del veinticinco (25%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

PARTE I - COBERTURA GENERAL

LA ASEGURADORA PAGARÁ LOS GASTOS MÉDICOS ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA EN LOS QUE SE HAYAN INCURRIDO CON CARÁCTER NECESARIO COMO RESULTADO DIRECTO DEL PADECIMIENTO POR EL (LOS) ASEGURADO(S), DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, DE LA ENFERMEDAD O DOLENCIA DE QUE SE TRATE.

EL PAGO SE LIMITARÁ A LOS GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS MÉDICAMENTE NECESARIOS, SEGÚN DEFINICIÓN DEL PRESENTE CONDICIONADO, Y A TRATAMIENTOS CUBIERTOS CERTIFICADOS POR LA ASEGURADORA.

LAS PRESTACIONES CONTRATADAS SE CUBREN LUEGO DE LOS PERÍODOS DE CARENCIA QUE EL CONTRATO SEÑALA, SUJETAS A LOS DEDUCIBLES ESTIPULADOS Y SU APLICACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, RESPETANDO LOS LÍMITES Y EXCLUSIONES MÁS ADELANTE DETALLADAS.

PARTE II - BENEFICIOS

1. **COBERTURA MUNDIAL**
2. **SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL**
3. **HONORARIOS MÉDICOS**
4. **MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA**
5. **EXÁMENES Y SERVICIOS DE LABORATORIO**
6. **CIRUGÍA AMBULATORIA**
7. **HABITACIÓN Y COMIDAS EN EL HOSPITAL**
8. **CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO**
9. **ENFERMERA EN EL HOGAR**

10. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
11. TRASPLANTE DE ÓRGANOS
12. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA
13. CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO
14. SERVICIOS VIP
15. EXONERACIÓN DE PRIMA
16. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
17. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS
18. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE
19. TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE
20. HOSPICIO O CUIDADOS TERMINALES
21. VISITA MÉDICA DOMICILIARIA
22. SERVICIO DE NUTRICIONISTA
23. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DESORDENES SINTOMÁTICOS DE LOS PIES
24. AUTISMO
25. ALZHEIMER
26. APARATO AUDITIVO
27. TRATAMIENTO DE SIDA
28. CONSULTA PSIQUIÁTRICAS, PSICOLOGÍCAS Y NEUROPSICOLOGÍA

PARTE III - DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1. COBERTURA MUNDIAL

1.1. TRATAMIENTO EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

A. SERVICIOS HOSPITALARIOS

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA. NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE ANUAL A SERVICIOS HOSPITALARIOS CUANDO EL TRATAMIENTO SEA PROPORCIONADO EN EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO.

- DENTRO RED BMI COLOMBIA: LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA. NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE ANUAL

- FUERA RED BMI COLOMBIA: LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA. NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE ANUAL. LA ASEGURADORA PAGARA DE ACUERDO CON LAS TARIFAS ACORDADAS CON LOS HOSPITALES O PROVEEDORES DE SERVICIOS DE LA RED BMI COLOMBIA.

B. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

- DENTRO DE RED BMI COLOMBIA: LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA. NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE ANUAL.

- FUERA RED BMI COLOMBIA: LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA. NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE ANUAL. LA ASEGURADORA PAGARA DE ACUERDO CON LAS TARIFAS ACORDADAS CON LOS HOSPITALES O PROVEEDORES DE SERVICIOS DE LA RED BMI COLOMBIA.

1.2. TRATAMIENTO FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA

A. SERVICIOS HOSPITALARIOS

A.1. EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DEL BALANCE DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE

RESULTARÁN EN UNA REDUCCIÓN DEL VEINTICINCO (25%) POR CIENTO DE LOS BENEFICIOS, EXCEPTO BAJO LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA.

A.2. EN OTROS PAÍSES

DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DEL BALANCE DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

B. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO

DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE ANUAL, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

2. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL

SERVICIOS HOSPITALARIOS: SON LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE SE PROPORCIONAN AL ASEGURADO SOLAMENTE CUANDO LOS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS APROPIADOS DE UN DIAGNÓSTICO NO PUEDAN SER SUMINISTRADOS COMO SERVICIOS A PACIENTES EXTERNOS Y SEA INGRESADO COMO PACIENTE REGISTRADO EN UN HOSPITAL, SEGÚN SE DEFINE ANTERIORMENTE, POR UN PERÍODO CONTINUO DE NO MENOS DE 24 HORAS, O POR UN PERÍODO DE MENOS DE 24 HORAS SOLAMENTE CUANDO EXISTA UNA OPERACIÓN PROGRAMADA. LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS INCLUYEN LOS COSTOS DE HABITACIÓN Y COMIDA, USO DE TODAS LAS INSTALACIONES MÉDICAS, ASÍ COMO TODOS LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS ORDENADOS POR UN FACULTATIVO, INCLUYENDO CUIDADOS INTENSIVOS, SI FUERA MÉDICAMENTE REQUERIDO.

3. HONORARIOS MÉDICOS

BMI COLOMBIA CUBRIRÁ LOS GASTOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS RESULTANTES DEL COBRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO. EN NINGÚN CASO DICHOS HONORARIOS EXCEDERÁN DEL VALOR MÁXIMO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE SEGURO.

4. MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

SON MEDICAMENTOS CUYA VENTA Y USO ESTÁN LEGALMENTE RESTRINGIDOS A LA PRESCRIPCIÓN POR UN MÉDICO CON LICENCIA Y NO INCLUYEN ARTÍCULOS QUE SE PUEDEN COMPRAR SIN RECETA MÉDICA. LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, LOS CUALES SON GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS, SERÁN CUBIERTOS CUANDO LOS MISMOS ESTÉN RELACIONADOS A UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA.

ESTE BENEFICIO APLICARÁ A LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA ADMINISTRADOS AL ASEGURADO MIENTRAS QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO Y CUANDO ESTÉN RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO POR EL CUAL EL ASEGURADO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO.

LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA FUERA DEL HOSPITAL SERÁN CUBIERTOS AL 100% POR UN PERÍODO MÁXIMO DE 90 DÍAS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER SIDO DADO DE ALTA DEL HOSPITAL O CIRUGÍA AMBULATORIA.

LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA FUERA DEL HOSPITAL, QUE NO ESTÉN RELACIONADOS A UNA HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA AMBULATORIA, SERÁN CUBIERTOS HASTA US-$ 15,000.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA CUANDO LOS MISMOS ESTÉN RELACIONADOS A UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA DENTRO Y FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA.

LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA RECETADOS COMO QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS, SERÁN CUBIERTOS AL 100% SOLAMENTE CUANDO SE CUMPLAN

TODAS LAS SIGUIENTES CONDICIONES: (1) EL MEDICAMENTO SEA PRESCRITO PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER, (2) CUANDO EL MEDICAMENTO SEA RECONOCIDO, APROBADO Y ESPECÍFICAMENTE INDICADO PARA LA CONDICIÓN MÉDICA, COMO QUIMIOTERAPIA POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE LOS ESTADOS UNIDOS, Y (3) CUANDO EL MEDICAMENTO HAYA SIDO PRE-AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA. EL PLAN DE TRATAMIENTO DEBERÁ ADHERIRSE ESTRICTAMENTE A LAS DIRECTRICES DE LA FDA PARA EL TIPO DE CÁNCER, ESTADIO Y UBICACIÓN.

PRESCRIPCIONES O MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SON MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, ALTA COMPLEJIDAD Y/O ALTA PRESCRIPCIÓN "HIGH TOUCH" UTILIZADOS PARA TRATAR CONDICIONES COMPLEJAS, RARAS O CRÓNICAS. CUALQUIER MEDICAMENTO NO ADMINISTRADO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN SERÁ CONSIDERADO COMO MEDICAMENTO AMBULATORIO. TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DEL BENEFICIO DE PRESCRIPCIONES O MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA. EN EL CASO DE QUE EL MEDICAMENTO ESPECIALIZADO APROBADO SE PUEDA ADMINISTRAR DE FORMA SEGURA EN UN CENTRO AMBULATORIO PREFERIDO, LA ASEGURADORA COORDINARÁ LA ADMINISTRACIÓN Y ENTREGA DEL MEDICAMENTO A DICHO CENTRO. EN EL CASO DE QUE EL MEDICAMENTO ESPECIALIZADO APROBADO SEA AUTO ADMINISTRADO, LA ASEGURADORA COORDINARÁ LA DISPENSACIÓN Y ENTREGA DEL MEDICAMENTO YA SEA CON EL MÉDICO QUE PRESCRIBIÓ EL MEDICAMENTO, O CON LA FARMACIA DE LA RED O CON EL DISTRIBUIDOR DE MEDICAMENTOS.

LOS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS DEBERÁN SER APROBADOS Y COORDINADOS CON ANTICIPACIÓN POR LA ASEGURADORA PARA SER CUBIERTOS Y SERÁN COORDINADOS Y PROPORCIONADOS POR ADELANTADO POR LA ASEGURADORA A TRAVÉS DE LA RED DE FARMACIAS Y DISTRIBUIDORES DE MEDICAMENTOS APROBADOS PARA LA PÓLIZA Y SERÁN CONSIDERADOS SÓLO CUANDO SEA LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO Y/O CUANDO SE HAYAN AGOTADO OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO. LOS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS QUE HAYAN SIDO APROBADOS SE LIMITAN A 30 DÍAS DE SUMINISTRO PARA PODER PROBAR SU EFECTIVIDAD Y USO SEGURO ANTES DE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO. SI EL MEDICAMENTO ES EFICAZ, SERÁ APROBADO POR LA ASEGURADORA DE ACUERDO CON EL PLAN DE TRATAMIENTO.

TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DEL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA.

5. EXÁMENES Y/O SERVICIOS DE LABORATORIO

INCLUYEN ANÁLISIS DE LABORATORIO Y LAS INVESTIGACIONES DE RADIOGRAFÍA Y DE MEDICINA NUCLEAR, LOS CUALES SE UTILIZAN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES.
EXÁMENES Y SERVICIOS DE LABORATORIO SE CONSIDERAN COMO PARTE DE LOS SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS, CUANDO ÉSTOS SEAN PROVEÍDOS U ORDENADOS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE LICENCIADO.

6. CIRUGÍA AMBULATORIA

ES CUALQUIER CIRUGÍA PRACTICADA EN LA SECCIÓN DE PACIENTE EXTERNO DE UN HOSPITAL EN LOS CASOS QUE NO SEA NECESARIA UNA ESTADÍA NOCTURNA; EN UNA ENTIDAD QUIRÚRGICA INDEPENDIENTE O EN UNA OFICINA MÉDICA QUE CUENTE CON FACILIDADES QUIRÚRGICAS. ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE ÚNICAMENTE A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE, DESPUÉS DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA. LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS PRESTADO

FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE RESULTARÁN EN UNA REDUCCIÓN DEL VEINTICINCO (25%) POR CIENTO DE LOS BENEFICIOS.

7. HABITACIÓN Y COMIDAS EN EL HOSPITAL

LA ASEGURADORA CUBRIRÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN, SUMINISTRADOS DURANTE SU PERMANENCIA EN EL HOSPITAL AL 100% DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE. FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE, LOS GASTOS ESTÁN LIMITADOD A USD $800.- POR DÍA.

8. CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO

SON LOS GASTOS INCURRIDOS E INCLUIDOS EN LA CUENTA DEL HOSPITAL POR LA ESTADÍA NOCTURNA DE UN ACOMPAÑANTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN DEPENDIENTE. ESTE BENEFICIO ESTÁ LIMITADO A USD $100.- POR DÍA.

9. ENFERMERA EN EL HOGAR

SIGNIFICA LOS SERVICIOS MÉDICOS DE UNA ENFERMERA LICENCIADA POR EL GOBIERNO, EN EL HOGAR DEL ASEGURADO, PRESCRITOS POR UN MÉDICO Y RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON UNA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO Y ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO CUBIERTO BAJO LAS REGLAS, TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, SUJETO A LOS LÍMITES ESPECÍFICOS.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL HOGAR DEBEN SER APROBADOS POR LA ASEGURADORA.

10. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

ES EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA NECESARIO PARA RESTITUIR O REEMPLAZAR DIENTES SANOS PERDIDOS O DAÑADOS EN UN ACCIDENTE, SUMINISTRADO DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS DE SUFRIDO EL ACCIDENTE.

11. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

SE REFIERE A LA CANTIDAD MÁXIMA PAGADERA PARA EL BENEFICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS HASTA EL MÁXIMO ESTABLECIDO POR LA PÓLIZA POR ASEGURADO DE POR VIDA. INCLUYE TRASPLANTES DE ÓRGANO SÓLIDO Y TRASPLANTE DE TEJIDOS O CÉLULAS QUE SEAN MÉDICAMENTE RECONOCIDOS Y QUE NO SEAN CONSIDERADOS EXPERIMENTALES. LA COBERTURA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS ES PROPORCIONADA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS. EL BENEFICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS COMIENZA UNA VEZ QUE LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DETERMINADA POR UN PROVEEDOR MEDICO CALIFICADO, QUE HAYA SIDO CERTIFICADO Y VALIDADO POR UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA Y ADEMÁS APROBADA POR EL EQUIPO CLÍNICO DE PRE-AUTORIZACIÓN DE LA ASEGURADORA Y SIEMPRE ESTÁ SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, PROVISIONES Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA.

ESTE BENEFICIO ESTÁ LIMITADO A US-$ 1.000.000 POR ASEGURADO, DE POR VIDA PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN, CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, CORNEA, PÁNCREAS O PULMÓN. NINGÚN OTRO TRASPLANTE ES CUBIERTO.

ESTE BENEFICIO INCLUYE:

A. CUIDADOS PREVIOS AL TRASPLANTE, INCLUYENDO SERVICIOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE TRASPLANTE, EVALUACIÓN DEL ASEGURADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE, PREPARACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE;
B. ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A, EXÁMENES DE LABORATORIO Y SERVICIOS

DE DIAGNOSTICO COMO LAS INVESTIGACIONES DE RADIOGRAFÍA Y DE MEDICINA NUCLEAR, BIOPSIAS, MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y OTROS SUMINISTROS;
C. EL COSTO DE BÚSQUEDA, OBTENCIÓN Y TRANSPORTE DEL ÓRGANO;
D. EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE DEL ÓRGANO;
E. CUIDADOS POSTERIORES AL TRASPLANTE, DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL TRASPLANTE, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A CUALQUIER TRATAMIENTO POSTERIOR Y MÉDICAMENTE NECESARIO QUE RESULTE DEL TRASPLANTE Y CUALQUIER COMPLICACIÓN QUE SURJA DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE, SEA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CONSECUENCIA DEL TRASPLANTE. MEDICAMENTO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA O MEDIDA TERAPÉUTICA DESTINADA A ASEGURAR LA VIABILIDAD Y PERMANENCIA DEL ÓRGANO TRASPLANTADO.
F. CUALQUIER CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR, CUIDADO DE ENFERMERA (POR EJEMPLO, CUIDADO DE LA HERIDA, INFUSIÓN, EVALUACIÓN, ETC.) TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA, ATENCIÓN MÉDICA, VISITAS DE OFICINA O CLÍNICA, TRANSFUSIONES, SUMINISTROS O MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON EL TRASPLANTE.

ESTE BENEFICIO TAMBIÉN INCLUYE LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR LA RESECCIÓN DEL ÓRGANO DE UN DONANTE HASTA UN MÁXIMO DE US 30.000

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS: PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL UN ÓRGANO, CÉLULA O TEJIDO SE IMPLANTA DE UNA PARTE A OTRA, O DE UN INDIVIDUO A OTRO (DENTRO DE LA MISMA ESPECIE). CUANDO SE EXTRAE UN ÓRGANO, CÉLULA O TEJIDO Y LUEGO SE VUELVE A IMPLANTAR EN LA MISMA PERSONA. CUALQUIER PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO QUE SE APRUEBE BAJO EL BENEFICIO DE TRASPLANTE DEBERÁ SER MÉDICAMENTE RECONOCIDO Y NO CONSIDERADO EXPERIMENTAL. ESTE BENEFICIO SOLO ESTÁ DISPONIBLE DESPUÉS DE LA NOTIFICACIÓN A LA ASEGURADORA Y DEBERÁ SER AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA.

RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS: UN GRUPO DE HOSPITALES NACIONALMENTE RECONOCIDOS Y MÉDICOS CERTIFICADOS PARA PRESTAR SERVICIOS RELACIONADOS CON TRASPLANTE DE ÓRGANOS. LA LISTA ACTUALIZADA DE HOSPITALES Y MÉDICOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS ESTÁ DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL BMI Y ESTÁ SUJETA A CAMBIOS Y/O ACTUALIZACIONES SIN PREVIO AVISO.

12. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA

ES LA TRANSPORTACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA A UN HOSPITAL LOCAL.

13. CHEQUEOS MÉDICOS RUTINARIOS

SON LOS EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS POR UN MÉDICO LICENCIADO PARA EL CONTROL DE LA SALUD. ESTE BENEFICIO SE OFRECE EN COLOMBIA HASTA UN MÁXIMO DE USD $500.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO A PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS.
FUERA DE LA RED DE BMI COLOMBIA EN COLOMBIA HASTA UN MAXIMO DE USD$ 500 POR POLIZA (GRUPO FAMILIAR) POR AÑO POLIZA, SUJETO A PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS.

EI BENEFICIO TAMBIÉN SE OFRECE FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA HASTA UN MÁXIMO DE USD $500.- POR PÓLIZA (GRUPO FAMILIAR), POR AÑO PÓLIZA. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO A PERÍODO DE ESPERA DE 60 DÍAS FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO.

14. SERVICIOS VIP

EXISTE UNA COBERTURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DENOMINADA VIP PARA CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRA DE VIAJE EN LOS EEUU, EL EQUIPO ESPECIALIZADO VIP ESTARÁ ATENTO PARA CONDUCIR AL ASEGURADO A SU LUGAR DE ALOJAMIENTO, HOSPITAL O CENTRO DONDE VA A RECIBIR TRATAMIENTO, PARA LO CUAL BMI TIENE

ARREGLOS ESPECIALES CON DESTACADOS HOSPITALES DENTRO DE LOS EEUU, DONDE UN MIEMBRO DEL EQUIPO SE MANTENDRÁ PROCURANDO LA COMODIDAD, SEGURIDAD Y MEJOR ATENCIÓN AL ASEGURADO.

15. EXONERACIÓN DE PRIMAS

SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE ESTÉN CUBIERTOS BAJO LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA Y QUE OCURRAN O COMIENCEN DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, EL TITULAR DE PÓLIZA FALLECE O SE INCAPACITA TOTAL Y PERMANENTEMENTE Y NO PUEDE EJERCER LAS ACTIVIDADES NORMALES DE SU PROFESIÓN HABITUAL; Y SI EL TITULAR DE PÓLIZA, AL MOMENTO DE SU FALLECIMIENTO O DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO HA CUMPLIDO AÚN LOS 60 AÑOS; Y SI EN EL CASO DE INCAPACIDAD LA MISMA CONTINÚA POR UN PERÍODO SIN INTERRUPCIÓN DE SEIS (6) MESES Y HA SIDO CERTIFICADO QUE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONTINUARÁ, LA ASEGURADORA MANTENDRÁ LA COBERTURA DE LA PÓLIZA PARA EL TITULAR DE PÓLIZA Y LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS BAJO LA MISMA, EXONERANDO LAS PRIMAS A PAGAR DURANTE UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS SEGUIDAMENTE DESPUÉS DE LA FECHA DEL FALLECIMIENTO O LA FECHA EN LA CUAL COMENZÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO PERMANEZCA TOTAL Y PERMANENTEMENTE INCAPACITADO. LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO, O EN EL CASO DE INCAPACIDAD, PRUEBAS DE LA INCAPACIDAD CONTINUA DEL TITULAR DE PÓLIZA, Y DE EXAMINAR, A SU PROPIO COSTO, AL TITULAR DE PÓLIZA. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR DE PÓLIZA, COMO RESULTADO DE LA CONDICIÓN LA CUAL CAUSÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL TITULAR DE PÓLIZA, LA ASEGURADORA CONTINUARÁ EXONERANDO LAS PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA POR EL RESTO DE LOS DOS AÑOS. EN CASO DE QUE EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE CONTRAIGA DE NUEVO MATRIMONIO, O PASE A VIVIR EN CONCUBINATO ESTE BENEFICIO CESARÁ AUTOMÁTICAMENTE PARA EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE Y PARA TODOS LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA.

16. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SIGNIFICA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TAL COMO SE DEFINE EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SI APLICA. LA COBERTURA ESTÁ LIMITADA AL TITULAR DE LA PÓLIZA QUE A LA FECHA DE INICIO SE ENCUENTRE ENTRE LOS 18 Y 59 AÑOS DE EDAD Y CUYA OCUPACIÓN PRINCIPAL O USUAL NO SEA AMA DE CASA O ESTUDIANTE. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

17. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS

LA COBERTURA DE ESTE BENEFICIO QUEDA SUJETA A QUE EL EQUIPO MÉDICO DURADERO SEA NECESARIO Y RAZONABLE PARA EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN, O PARA AYUDAR A CORREGIR EL MALFUNCIONAMIENTO DE UNA PARTE DEL CUERPO. UN EQUIPO SE CONSIDERARÁ NECESARIO CUANDO SE ESPERE QUE SU CONTRIBUCIÓN HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN SEA SIGNIFICATIVA O CUANDO ESTE CONTRIBUYA CON LA MEJORÍA DE UNA MALFORMACIÓN DEL CUERPO. LAS PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS SON AQUELLOS APARATOS QUE RECETA UN MÉDICO PARA RECUPERAR LAS FUNCIONES O REEMPLAZAR PARTES DEL CUERPO DEBIDO A UNA LESIÓN O ENFERMEDAD CUBIERTA.

PARA EFECTOS DE COBERTURA, LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS DEBERÁN SER RECETADOS POR UN MÉDICO AUTORIZADO, DEBERÁN SOPORTAR EL USO REPETIDO, SERVIR UN PROPÓSITO MÉDICO TERAPÉUTICO, RESULTAR INÚTILES PARA UN INDIVIDUO EN AUSENCIA DE UNA ENFERMEDAD, LESIÓN, IMPEDIMENTO FUNCIONAL O ANOMALÍA CONGÉNITA Y QUE SU PROPÓSITO

PRINCIPAL NO SEA EL DE ASISTIR AL PACIENTE EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE. AUNQUE UN PRODUCTO PUDIERA CLASIFICAR COMO UN EQUIPO MÉDICO DURADERO, ESTE NO NECESARIAMENTE SERÁ CUBIERTO EN TODOS LOS CASOS. LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS DEBERÁN SER APROBADOS Y COORDINADOS CON ANTICIPACIÓN POR LA ASEGURADORA Y LOS MISMOS DEBERÁN SER PROVISTOS POR LA ASEGURADORA O REEMBOLSADOS AL COSTO QUE HUBIESE INCURRIDO LA ASEGURADORA SI LOS HUBIERA COMPRADO A SUS PROVEEDORES. TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DE ESTE BENEFICIO SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA.

EL BENEFICIO DE EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS ESTÁ LIMITADO A USD $50,000.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA.

18. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE

EL PLAN AZURE PLUS PROVEE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE EN AQUELLOS CASOS DONDE EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA ES REQUERIDO PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE LA VIDA O UNA LESIÓN SERIA. LOS CARGOS CUBIERTOS RELACIONADOS CON UNA ADMISIÓN DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE SERÁN PAGADOS HASTA UN MÁXIMO DE CINCUENTA MIL DÓLARES (USD $50,000.-) POR INCIDENTE, DESPUÉS DE QUE EL DEDUCIBLE ANUAL Y CO-ASEGURO HAYAN SIDO SATISFECHOS. EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR VEINTICINCO POR CIENTO (25%) DE TODOS LOS CARGOS MÉDICOS QUE EXCEDAN EL BENEFICIO DE CINCUENTA MIL DÓLARES (USD $50,000.-) EN SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE.

EN EL CASO QUE EL PROBLEMA NO SEA UNA EMERGENCIA TAL Y COMO SE DEFINE ANTERIORMENTE, EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR EL TOTAL DE LOS CARGOS INCURRIDOS.

19. TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE

SE DEFINE COMO LOS SERVICIOS Y COSTOS MÉDICOS QUE SE PROPORCIONAN AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE. EL TRATAMIENTO SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO ADQUIRIDA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA. LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES NO ESTÁN CUBIERTAS BAJO ESTE BENEFICIO:

A) HERPES (TODO TIPO)
B) VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)
C) SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

ESTE BENEFICIO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO DE USD $1,000.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA.

20. HOSPICIO Y CUIDADOS TERMINALES

SE DEFINE COMO EL CUIDADO DE APOYO A PACIENTES CON POCAS EXPECTATIVAS DE VIDA DEBIDO A UN DIAGNÓSTICO TERMINAL. LA ELEGIBILIDAD PARA ESTE BENEFICIO SE DETERMINA CUANDO EL MÉDICO DEL PACIENTE Y EL DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPICIO ESTÉN DE ACUERDO EN QUE LA EXPECTATIVA DE VIDA DEL PACIENTE ES DE MENOS DE 6 MESES, QUE NO EXISTA UN TRATAMIENTO MÁS AGRESIVO O QUE EL PACIENTE RECHACE TRATAMIENTO MÁS AGRESIVO LIMITÁNDOSE SUS EXPECTATIVAS DE VIDA. LAS CASAS DE HOGAR, ASILO DE ANCIANOS O CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL HOGAR NO SE CONSIDERAN PARTE DE ESTE BENEFICIO.

21. VISITA MÉDICA DOMICILIARIA

EL BENEFICIO DE VISITA MÉDICA DOMICILIARIA OFRECE LOS SIGUIENTES SERVICIOS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN BRINDADOS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE LICENCIADO DESDE EL INICIO DE PÓLIZA:

A. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR DEL ASEGURADO POR ALTERACIONES DE LA SALUD QUE NO SON DE GRAVEDAD PERO REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA.

B. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR EN EL CASO EN QUE UN ASEGURADO SE ENCUENTRE INCAPACITADO PARA PODER ATENDER A UNA CITA MÉDICA RELACIONADA DIRECTAMENTE CON UNA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO Y ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO CUBIERTO BAJO LAS REGLAS, TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA.

C. ATENCIÓN DE EMERGENCIA DERIVADA DE LA ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA. ESTA COBERTURA INCLUYE LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO EN EL SITIO, SOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, O ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE, SIEMPRE EN CASOS DE EMERGENCIA MÉDICA O ENFERMEDADES QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA VISITA MÉDICA DOMICILIARIA.

D. TODAS LAS DECISIONES RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DE ESTE BENEFICIO SERÁN TOMADAS POR LA ASEGURADORA Y PRESTADAS ÚNICAMENTE POR LA RED DE PROVEEDORES DE LA COMPAÑÍA. LAS SUMAS PAGADERAS ESTARÁN LIMITADAS A LOS GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS NEGOCIADOS CON LA RED DE PROVEEDORES.

E. QUEDAN EXCLUIDOS DEL ALCANCE DE LA VISITA MÉDICA DOMICILIARIA LA COLOCACIÓN DE SUEROS, ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS, CUIDADOS DEL PACIENTE POSTRADO, CAMBIO DE CATÉTERES DE CUALQUIER TIPO, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS CRÓNICOS DE DIÁLISIS, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIAS, REHABILITACIÓN Y CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO CRÓNICO, SALVO AQUELLOS DERIVADOS EN FORMA INMEDIATA POR LA ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.

22. SERVICIO DE NUTRICIONISTA

LOS SERVICIOS DE NUTRICIONISTA SERÁN CUBIERTOS BAJO ESTA PÓLIZA DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO SIEMPRE Y CUANDO SEA MEDICAMENTE NECESARIO Y CUANDO EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL ESTE DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON UNA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO Y ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA. SE DEBERÁ PRESENTAR UN PLAN DE TRATAMIENTO QUE JUSTIFIQUE LA NECESIDAD MÉDICA. ESTE BENEFICIO SE PAGARÁ POR REEMBOLSO AL ASEGURADO SUJETO A LA PRESENTACIÓN DE LOS RECIBOS ORIGINALES JUNTOS CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA ASEGURADORA EN LA MONEDA NACIONAL EN QUE FUERON FACTURADOS. LAS SUMAS PAGADERAS ESTARÁN LIMITADAS A LOS GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS EN EL ÁREA DONDE DICHOS SERVICIOS SEAN PROPORCIONADOS. TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DE ESTE BENEFICIO SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA. QUEDAN EXCLUIDOS DEL ALCANCE DE LOS SERVICIOS DE NUTRICIONISTA, LOS SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS, MEDICAMENTOS, VITAMINAS Y/O CUANDO LOS SERVICIOS DE NUTRICIONISTA SEAN CON FINES COSMÉTICOS.

23. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DESORDENES SINTOMÁTICOS DE LOS PIES

LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA DESORDENES SINTOMÁTICOS DE LOS PIES SE CUBREN SOLAMENTE CUANDO EL PROPÓSITO SEA PARA CORREGIR DESÓRDENES SINTOMÁTICOS DE LOS PIES, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA

ESTADO CONTINUAMENTE ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA POR UN PERÍODO NO MENOS DE DOS (2) AÑOS PÓLIZA. ESTE BENEFICIO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO DE USD$ 1,500.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO. TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DE ESTE BENEFICIO SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA. LA PRE-NOTIFICACIÓN Y PRE-AUTORIZACIÓN SON REQUERIDAS. QUEDA EXCLUIDO DEL ALCANCE DE ESTE BENEFICIO CUALQUIER TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES DE LOS PIES, COMO CALLOS, CALLOSIDADES, JUANETES-HALLUX VALGUS, DEDO EN MARTILLO, NEUROMA DE MORTON, PIES PLANOS, ARCOS DÉBILES, PIES DÉBILES Y OTROS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS NO QUIRÚRGICOS DE LOS PIES, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A PEDICURE, UÑEROS, ETC.

24. AUTISMO

EL TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL AUTISMO, INCLUYENDO TERAPIA Y MEDICINAS, QUEDAN CUBIERTOS HASTA USD $ 2,000 POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO. QUEDAN EXCLUIDOS DEL ALCANCE DE ESTE BENEFICIO LOS GASTOS RELACIONADOS CON TERAPIA RECREACIONAL Y CUIDADOS DE CUSTODIA. ESTE BENEFICIO DEBERÁ SER COORDINADO Y APROBADO POR LA ASEGURADORA. LA PRE-NOTIFICACIÓN Y PRE-AUTORIZACIÓN SON REQUERIDAS.

25. ALZHEIMER

SIGNIFICA LOS TRATAMIENTOS MEDICAMENTE NECESARIOS RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS COMPLICACIONES, LOS CUALES QUEDAN CUBIERTOS HASTA US 50.000 POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO.

LOS MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA ADMINISTRADOS FUERA DEL HOSPITAL RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ESTARÁN CUBIERTOS COMO SE ESPECIFICA EN LA DISPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, SUJETO AL BENEFICIO MÁXIMO ESPECIFICADO EN ESTA DISPOSICIÓN.

QUEDAN EXCLUIDOS DEL ALCANCE DE ESTE BENEFICIO LOS GASTOS RELACIONADOS CON TERAPIA RECREACIONAL, CUIDADOS DE CUSTODIA Y/O ENFERMERA EN EL HOGAR. ASÍ TAMBIÉN SE EXCLUYEN DE ESTA COBERTURA LOS GASTOS DE PAÑALES, SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y CREMAS PARA CUIDADOS DE LA PIEL.

26. APARATO AUDITIVO

ES UN DISPOSITIVO MÉDICO DESTINADO A AMPLIFICAR EL SONIDO EN CASO DE FALLO AUDITIVO EL CUAL DEBERÁ SER PRESCRITO POR UN MÉDICO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA ESTADO CONTINUAMENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA POR LO MENOS DURANTE UN (1) AÑO PÓLIZA. ESTE BENEFICIO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO DE POR VIDA DE US $1.000 VITALICIO POR ASEGURADO.

27. TRATAMIENTO DE SIDA

SE DEFINE COMO LOS SERVICIOS Y COSTOS MÉDICOS QUE SE PROPORCIONAN AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH POSITIVO. EL TRATAMIENTO SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO ADQUIRIDA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO ORIGINAL DE LA PÓLIZA Y SUJETO A UN PERÍODO DE ESPERA DE DOCE (12) MESES COMENZANDO EN LA FECHA DE INICIO ORIGINAL DE LA PÓLIZA.

ESTE BENEFICIO NO ESTARÁ CUBIERTO A) CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO ADQUIRIDA AL UTILIZAR CUALQUIER TIPO DE DROGA INTRAVENOSA ILÍCITA; O B) CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ TOMANDO DROGAS, MEDICAMENTOS O

TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES. ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE ÚNICAMENTE DESPUÉS DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA Y DEBE SER AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA.

ESTE BENEFICIO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO VITALICIO DE USD $300,000.- POR ASEGURADO.

28. CONSULTA PSIQUIÁTRICAS, PSICOLOGÍCAS Y NEUROPSICOLOGÍA.

CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS, PSICOLOGÍCAS Y NEUROPSICOLOGÍA AMBULATORIAS DENTRO DE COLOMBIA Y DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, QUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIAS Y CUANDO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR EL MÉDICO PSIQUIATRA, PSICOLOGO O NEUROPISICOLOGO.

ESTE BENEFICIO ES PAGADERO HASTA UN MÁXIMO DE HASTA QUINCE (15) CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA POR ASEGURADO, POR AÑO POLIZA DENTRO DE COLOMBIA Y DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA SIN SUPERAR EL NÚMERO DE CONSULTAS INDICADAS PARA LAS TRES ESPECIALIDADES.

ESTE BENEFICIO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO DE USD $400.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA.

NINGÚN OTRO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, PSICOLÓGICO Y NEUROPSICOLÓGÍCO ESTARÁ CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA. QUEDAN EXCLUIDOS DEL ALCANCE DE ESTE BENEFICIO LOS GASTOS RELACIONADOS CON TERAPIA RECREACIONAL Y MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

PARTE IV - EXCLUSIONES

LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS, ARTÍCULOS Y SUS GASTOS RELACIONADOS, QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTA PÓLIZA:

1. TODO TRATAMIENTO RELACIONADO CON CONDICIONES PRE-EXISTENTES NO DECLARADAS Y AQUELLAS ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDAS, SEGÚN CONSTA EN LA CARÁTULA DE SEGURO, SI LAS HUBIESE, A MENOS QUE SEA ENMENDADO.

2. COSTOS POR TRATAMIENTOS FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

3. COSTOS POR TRATAMIENTOS DENTRO DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

4. TRATAMIENTO QUE REQUIERA SER CERTIFICADO, PERO QUE NO HAYA SIDO CERTIFICADO POR LA ASEGURADORA.

5. TRATAMIENTO QUE EXCEDA LOS LÍMITES DE COBERTURA.

6. TODA PORCIÓN DE UN CARGO QUE ESTÉ EN EXCESO DE LO QUE CONSTITUYE UN CARGO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE POR ESE SERVICIO EN ESA ZONA.

7. TODO TRANSPORTE PARA OBTENER EL TRATAMIENTO MÉDICO, SALVO TRANSPORTE EN AMBULANCIA LOCAL.

8. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXCEPTO LOS INDICADOS EN ESTA PÓLIZA (INCLUYENDO VACUNACIONES, EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS, TESTIFICACIONES MÉDICAS CON PROPÓSITOS DE VIAJES O DE OBTENCIÓN DE EMPLEOS).

9. EXÁMENES RUTINARIOS DE LOS OÍDOS Y DE LA VISTA ASÍ COMO TODO TIPO DE APARATOS PARA SORDOS

(QUIRÚRGICAMENTE IMPLANTADOS O NO QUIRÚRGICAMENTE IMPLANTADOS), EXCEPTO A COMO SE DEFINE EN LA PÓLIZA; LOS COSTOS DE ESPEJUELOS, LENTES DE CONTACTO, DESÓRDENES DE LA REFRACCIÓN, ESTRABISMO, Y QUERATOTOMÍA RADIAL Y OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CORREGIR LA VISIÓN.

10. TODO TRATAMIENTO DENTAL, INCLUYENDO DIENTES POSTIZOS, CORONAS, EMPASTES Y PUENTES, EL CUIDADO DENTAL ORTODÓNTICO, ENDODÓNTICO Y PERIODONTAL, SALVO QUE CONSTITUYA TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

11. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS COMO SILLAS DE RUEDAS, CAMAS DE HOSPITALES, EQUIPOS REQUERIDOS PARA TERAPIA FÍSICA U OCUPACIONAL, COSTOS POR ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS, CUARTOS DE BAÑOS, RESIDENCIAS Y CUALQUIER OTRO EQUIPO MÉDICO DURADERO EXCEPTO COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.

12. PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN QUIRÚRGICAMENTE NECESARIOS, EXCEPTO A COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.

13. COSTOS POR ABORTO (Y SUS CONSECUENCIAS QUE SE HAYA REALIZADO POR RAZONES PSICOLÓGICAS O SOCIALES.

14. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES MENTALES O DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS, AUTISMO (EXCEPTO COMO SE DEFINE EN ESTA POLIZA), APRAXIA, DISPRAXIA Y/O EL TRATAMIENTO POR UN PSICÓLOGO, PSIQUIATRA U OTRO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL; SECUELAS O EFECTOS SECUNDARIOS A LOS TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS.

15. LA CIRUGÍA ELECTIVA O COSMÉTICA, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO MÉDICO CUYO PRINCIPAL PROPÓSITO SEA EL EMBELLECIMIENTO, A NO SER QUE SEA NECESARIO POR MOTIVO DE LESIÓN, DEFORMIDAD O ENFERMEDAD QUE OCURRA POR PRIMERA VEZ MIENTRAS EL ASEGURADO ESTÉ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

16. CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DEFORMIDADES NASALES O DEL TABIQUE QUE NO HAYAN SIDO CAUSADOS POR ACCIDENTE O TRAUMA. LA EVIDENCIA DE TRAUMA TENDRÁ QUE SER CONFIRMADO RADIOGRÁFICAMENTE (RAYOS X, ESCANOGRAFÍA DE TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA, ETC.).

17. LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SÍ MISMA, SUICIDO, ABUSO DEL ALCOHOL, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS.

18. TRATAMIENTO DE SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LA ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH POSITIVO. EXCEPTO EL TRATAMIENTO DE SIDA TAL Y COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.

19. TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA Y/O CUALQUIER AUTO TERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.

20. COSTO Y ADQUISICIÓN DE TRASPLANTE DE ÓRGANO, INCLUYENDO LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL DONANTE, EXCEPTO EN TRASPLANTES CUBIERTOS SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.

21. COSTO DE ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE CORAZÓN

ARTIFICIAL Y/O DISPOSITIVO MONO O BIVENTRICULARES.

22. GASTOS DE CUALQUIER CRIOPRESERVACIÓN Y/O LA IMPLANTACIÓN O RE-IMPLANTACIÓN DE CÉLULAS VIVAS.

23. TRATAMIENTO DE LESIONES CORPORALES Y/O ENFERMEDADES COMO RESULTADO DE UN ACTO DE GUERRA, O ACCIDENTE QUÍMICO O NUCLEAR; O DE PARTICIPACIÓN EN GUERRA, TURBA O REBELIÓN CIVIL O CUALQUIER ACTIVIDAD ILEGAL INCLUYENDO CUALQUIER LESIÓN O ENFERMEDAD PRODUCIDAS COMO RESULTADO DE ENCARCELAMIENTO.

24. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE SURJAN COMO RESULTADO DE SERVICIO ACTIVO EN LA POLICÍA O EN LAS FUERZAS ARMADAS.

25. CARGOS POR CONCEPTO DE SERVICIOS RESPECTO A LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE OBLIGACIÓN LEGAL DE PAGAR. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTE PÁRRAFO, EL CARGO QUE EXCEDA EL QUE SE HABRÍA INCURRIDO DE NO HABER EXISTIDO COBERTURA DE LA PÓLIZA, O QUE SE INCURRA POR UN SERVICIO QUE NORMAL O USUALMENTE SE DÉ GRATUITAMENTE, SE CONSIDERARÁ COMO UN CARGO CON RESPECTO AL CUAL NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO.

26. MEDICINA COMPLEMENTARIA O ALTERNATIVA, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO TAXATIVA, CAPACITACIÓN EN AUTO ATENCIÓN, AUTO CUIDADO O AUTOAYUDA; MEDICINA Y CONSEJERÍA HOMEOPÁTICA; MODIFICACIONES DE ESTILO DE VIDA, MEDICINA ORIENTAL INCLUYENDO ACUPUNTURA; TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO; TERAPIA DE QUELACIÓN; MASAJE Y TERAPIAS HERBALES.

    ESTA PÓLIZA NO CUBRIRÁ NINGÚN TRATAMIENTO, SERVICIOS O SUMINISTROS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADOS A, PROCEDIMIENTOS; MEDICAMENTOS; PRODUCTOS BIOLÓGICOS; O DISPOSITIVOS MÉDICOS O CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN QUE ESTÉ RELACIONADA CON TRATAMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN. EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN SIGNIFICARÁ CUALQUIER TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADOS A, PROCEDIMIENTOS; HOSPITALIZACIONES; MEDICAMENTOS; PRODUCTOS BIOLÓGICOS; O DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE NO ESTÉN APROBADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE LOS ESTADOS UNIDOS Y QUE NO ESTÉN GENERALMENTE RECONOCIDOS POR LA COMUNIDAD MÉDICA COMO EFECTIVOS O APROPIADOS PARA EL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICAMENTE INDICADO PARA LA CONDICIÓN PARTICULAR DEL ASEGURADO, O QUE SEAN PROPORCIONADOS O REALIZADOS EN CENTROS ESPECIALES CON FINES DE INVESTIGACIÓN O BAJO UN AMBIENTE CONTROLADO O DE PROTOCOLO CLÍNICO

27. COMPLICACIONES DE SERVICIOS NO CUBIERTOS, INCLUYENDO LOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE TODO PADECIMIENTO QUE SEA LA COMPLICACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN A LA SALUD QUE NO ESTÉ CUBIERTO.

28. TODO GASTO PARA LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA O FEMENINA, INVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN, CAMBIO DE SEXO, TRANSFORMACIÓN SEXUAL, INFERTILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA, INADECUACIDAD SEXUAL Y/O TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES, A NO SER A COMO SE DEFINE ANTERIORMENTE EN ESTA PÓLIZA.

29. MATERNIDADES Y CUIDADOS NEONATALES.

30. **TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD O EL CONTROL DE PESO, INCLUYENDO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTARIO.**

31. **CUIDADOS PODIÁTRICOS INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO TAXATIVA, CUIDADO DE LOS PIES EN CONEXIÓN CON CALLOS, JUANETE, *HALLUX VALGUS*, NEUROMA DE MORTON, PIES PLANOS, ARCOS DÉBILES, PIES DÉBILES, Y OTRAS QUEJAS SINTOMÁTICAS DE LOS PIES, INCLUYENDO ZAPATOS E INSERTOS ESPECIALES DE CUALQUIER TIPO O FORMA, EXCEPTO COMO SE DEFINE EN ESTA POLIZA BAJO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DESORDENES SINTOMÁTICOS DE LOS PIES.**

32. **TRATAMIENTO POR MEDIO DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO, ESTIMULACIÓN DE CRECIMIENTO ÓSEO, O TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA HORMONA DEL CRECIMIENTO, SIN QUE IMPORTE LA RAZÓN POR LA CUAL SE DÉ LA RECETA.**

33. **INGRESO HOSPITALARIO ELECTIVO MÁS DE VEINTITRÉS (23) HORAS ANTES DE UNA CIRUGÍA.**

34. **TRATAMIENTO DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA Y DE TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN MANDIBULAR, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO TAXATIVA, ANOMALÍAS Y MALFORMACIONES DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA, SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS CRANIOMANDIBULARES Y DEMÁS PADECIMIENTOS DEL MAXILAR, DE LA MANDÍBULA O DE LA ARTICULACIÓN MANDIBULAR QUE CONECTA A LA MANDÍBULA CON EL CRÁNEO Y DEL CONJUNTO DE MÚSCULOS, NERVIOS Y DEMÁS TEJIDOS RELACIONADOS CON ESA ARTICULACIÓN.**

35. **PRESCRIPCIONES O MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, O SEA, QUE SE VENDEN SIN NECESIDAD DE RECETA, O MEDICAMENTOS NO RECETADOS; PRESCRIPCIONES O MEDICAMENTOS EXCEPTO COMO SE DEFINE BAJO ESTA PÓLIZA.**

36. **RECLAMACIONES Y COSTOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE OCURRAN DESPUÉS DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA, COMO RESULTADO DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES DURANTE EL PERÍODO DE AÑO PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE LA PÓLIZA HAYA SIDO RENOVADA.**

37. **TRATAMIENTO PARA LESIONES RESULTANDO DE LA PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS, DEMOSTRACIONES O ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES PROFESIONALES, PARA LO CUAL EL ASEGURADO RECIBA UNA COMPENSACIÓN MONETARIA O BENEFICIO FINANCIERO; Y/O COMPETENCIAS DE AFICIONADOS EN DEPORTES MOTORIZADOS QUE EXPONGAN AL PARTICIPANTE A PELIGRO O RIESGO.**

38. **TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES MENTALES O DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O NEUROPISICOLOGICOS, AUTISMO, DÉFICIT DE ATENCIÓN, PROBLEMAS DEL LENGUAJE, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA ASÍ COMO TODAS AQUELLAS DEFINIDAS EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES DE ENFERMEDADES – DSM-5 ; Y EL ATENCIÓN MÉDICA POR UN PSICÓLOGO, PSIQUIATRA U OTRO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL; SECUELAS O EFECTOS SECUNDARIOS A LOS TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS; EXCEPTO LAS CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS COMO SE DESCRIBE EN LA CLÁUSULA _28._**

    LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SÍ MISMA, SUICIDO O INTENTO DE SUICIDIO AUN CUANDO LA PERSONA NO HUBIERA ESTADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO LOS ORIGINADOS POR DELITOS

O FALTAS A LA LEY. ABUSO DE ALCOHOL, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS, ESTUPEFACIENTES SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES Y / O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIÁTRICO DE CARÁCTER AGUDO CRÓNICO.

ASISTENCIA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN FASE AGUDA

PSICOTERAPIA POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, TERAPIA NEUROSICOLÓGICA O NEUROSIQUIÁTRICA. IGUALMENTE, CUALQUIER TIPO DE TERAPIA PSICOANALÍTICA.

PARTE V - LÍMITES

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza.

- Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en la Carátula de seguro.
- **El beneficio máximo por Asegurado, Por Año Póliza, es de USD $5,000,000.-**
- Habitación y Comidas en el Hospital será cubierta al 100% dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Fuera de la Red de Proveedores Plan Azure, Habitación y Comidas en el Hospital está limitada a USD $800.- por día.
- Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Hospitalizado limitados a US-$100.- por día.
- Sección de Cuidados Intensivos será cubierta al 100% dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Fuera de la Red de Proveedores Plan Azure, Sección de Cuidados Intensivos está limitada a USD $2,400.- por día.
- Máximo de estancia en el Hospital es ilimitado.
- Cuidado de Enfermera en el Hogar hasta 90 días por Año Póliza.
- Trasplante de Órgano está limitado a USD $1,000,000.- por Asegurado, de por vida.
- Servicio Local de Ambulancia será cubierto al 100%.
- Chequeo Médico Rutinario dentro del país de residencia limitado a USD $500.- por asegurado,, por Año Póliza.
- Chequeo Médico Rutinario fuera del país de residencia y fuera de la red de BMI Colombia limitado a USD $500.- por Póliza (grupo familiar), por Año Póliza.
- Exoneración de Prima (2 años).
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Azure limitado a USD $50,000.- por incidente.
- Incapacidad Total y Permanente USD $50,000.- Este beneficio se otorga solo al Titular de Póliza.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos están limitados a USD $50,000.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Tratamiento de Enfermedad Sexualmente Transmisible limitado a USD $1,000.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Tratamientos Quirúrgicos para Desordenes Sintomáticos de los Pies hasta USD$ 1,500.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Autismo hasta USD$ 2,000.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Tratamiento de SIDA hasta USD $ 300.000
- Consultas psiquiátricas, psicológicas y neuropsicología hasta USD$ 400 máximo 15 consultas por usuario año.

PERÍODO DE CARENCIA

La cobertura dentro del país de residencia del asegurado, durante los primeros 30 días de inicio de la póliza, se limitará exclusivamente a accidentes o enfermedades infecciosas; Para los demás casos la cobertura iniciará una vez transcurridos los primeros treinta días a partir de la fecha de inicio de la póliza.

La cobertura fuera del país de residencia del asegurado, durante los primeros 30 días a partir de la fecha de inicio de la póliza, se limitará exclusivamente a accidentes o enfermedades infecciosas; Para los demás casos la cobertura iniciará una vez transcurridos los primeros sesenta días a partir de la fecha de inicio de la póliza.

PARTE VI - PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Revisión Concurrente, Gestión de Casos y Exámenes Clínicos.

Todas las decisiones que pertenecen al juicio profesional médico o clínico independiente, la formación o la necesidad de servicios médicos, recae en el Titular de la Póliza y los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Estas partes tienen la responsabilidad de determinar la naturaleza, el momento y la provisión de atención médica a ser brindada o recibida. La Aseguradora, por otro lado, es el único responsable de determinar si los gastos incurridos, o a ser incurridos, para la atención médica se alinean con los parámetros de cobertura de esta Póliza. Esta responsabilidad no será una intrusión o una supresión de las decisiones médicas de los Médicos o proveedores de atención médica del Asegurado. Sin embargo, se reconoce que pueden surgir situaciones en las que la interpretación del Asegurador de lo que es Médicamente Necesario según se define en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza puede no coincidir con las determinaciones médicas realizadas por los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Por lo tanto, mientras se enfatiza la autonomía clínica de los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado, también se reconoce que la decisión final sobre lo que es Médicamente Necesario se toma teniendo en cuenta los criterios establecidos en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza.

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestion de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá revisar las estadías en el Hospital, así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Aseguradora podrá hacer disponible este programa para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora trabajará con el Médico y los proveedores de atención médica del Asegurado para garantizar que él o ella esté recibiendo el tratamiento médicamente necesario, en el contexto clínico más apropiado, de acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza. La Aseguradora, a su exclusivo criterio, establecerá cuándo debe activarse este programa.

C. Examen Clínico

La Aseguradora se reserva el derecho y la oportunidad de examinar o solicitar otra opinión clínica a cualquier Asegurado cuya Enfermedad o Lesión sea la base de un reclamo, cuando y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesario durante la tramitación del reclamo. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y registros médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga dichos informes y registros médicos. Si no se autoriza la divulgación de todos los registros médicos solicitados por la Aseguradora, se denegará la reclamación. La Aseguradora tiene derecho a solicitar una autopsia en caso de muerte en un centro de su elección.

PARTE VII - TÉRMINOS Y DEFINICIONES

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica.

Las siguientes definiciones se aplican a la presente póliza:

ACCIDENTE se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra dentro del período del Año Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima y fuera del control de la misma.

AÑO POLIZA es el período de cobertura de un Asegurado comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

ASEGURADO es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

CO-ASEGURO es la suma pagada por el Asegurado en adición al Deducible Anual, por los gastos elegibles y certificados. La cantidad de Co-aseguro se especifica en esta Póliza, si aplica. Co-aseguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas después de la Fecha de Inicio original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en la Carátula de Seguro.

Tratamiento por Condiciones Pre-existentes no declaradas no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Aseguradora podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

DEDUCIBLE ANUAL es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos.

DEPENDIENTE significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en concubinato con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos no tengan más de 18 años de edad a la Fecha de Inicio de la cobertura o la Fecha de Vencimiento, a no ser que dichos hijos sean solteros y residan con el Titular de Póliza, en cuyo caso podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24.

DEPORTES PROFESIONALES, a diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

DESÓRDENES CONGÉNITOS o Enfermedades son trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios. Los Desórdenes Congénitos bajo esta Póliza serán cubiertos como cualquier otra Enfermedad, siempre y cuando no hayan sido diagnosticados ni manifestados antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

ENFERMEDAD INFECCIOSA es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

EMERGENCIA se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento

inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.

ENFERMEDAD se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio de la Póliza y durante el Año Póliza.

FECHA DE INICIO es la fecha de entrada en vigor que se especifica en la Carátula de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.

FECHA DE VENCIMIENTO significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS
Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Aseguradora. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

HOSPITAL es cualquier institución legalmente licenciada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra enclavado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

LESIÓN significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

MÉDICAMENTE NECESARIO se refiere a tratamiento, servicio, o suministro médico que la Aseguradora determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:

A. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;
B. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
C. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
D. No se le reconoce médica ni científicamente;
E. Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.

MÉDICO es cualquier persona legalmente licenciada para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento.

MIEMBRO DE LA FAMILIA es definido como cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo/a, nieto/a, suegro, suegra, tío y tía del Asegurado.

NOTIFICACIÓN es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

MONEDA
Las sumas definidas en esta póliza están expresadas en Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario. Para pagos en Colombia se tomará la TRM en los términos de la regulación local.

PAIS DE RESIDENCIA
(1) La República de Colombia, o (2) el País donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año civil o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. El Asegurado solo tiene derecho a un (1) País de Residencia a la vez bajo esta Póliza. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio..

SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en el salón de primeros auxilios y en el

salón de emergencias de un Hospital que se proveen diariamente.

Los Servicios de Paciente Externo también incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis al 100% únicamente cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores Plan Azure, sujeto a la pre-autorización por la Aseguradora. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.

Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados por proveedores de Servicio de Paciente Externo o por Médicos fuera de la Red de Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

TITULAR DE PÓLIZA es el Tomador bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás Asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores Plan Azure. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores Plan Azure, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

PARTE VIII - ADMINISTRACIÓN

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la póliza es anual.

2. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En los términos del artículo 1076 del Código de Comercio, el Asegurado estará obligado a declarar a la Aseguradora, al dar la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

De igual modo, en el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros según establece el artículo 1092 del Código de Comercio, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad.

3. DEDUCIBLE

El deducible anual según consta en el carátula de seguro será aplicado por asegurado, por año póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por año póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del año póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del año póliza.

En caso de accidente el cual sea tratado en el país de residencia, en el que más de un asegurado cubierto bajo esta póliza sufra una lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por año póliza con respecto a los asegurados lesionados. No se aplicará deducible anual a lo siguiente: tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente, chequeos médicos rutinarios y servicio local de ambulancia.

4. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o servicios de paciente externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del asegurado. En caso de un accidente o emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir el tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de 72 horas de haber comenzado el tratamiento. La falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción de los beneficios, que inclusive podría llegar al treinta (30%) por ciento de los mismos, cuando quiera que esta falta de notificación acarree perjuicios a la Aseguradora, en los términos del artículo 1078 del Código de Comercio.

5. ELEGIBILIDAD

Personas residentes en la República de Colombia serán elegibles para la cobertura. La edad máxima de inscripción será los 70 años de edad. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad, a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Aseguradora de la Solicitud de Seguro. Los solicitantes de 65 años o más serán elegibles para su inscripción sujeto a la aprobación por la Aseguradora de la solicitud de seguro y de un examen médico realizado mediante el formulario médico de la Aseguradora.

Dependientes
Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado, quedarán aprobados sin necesidad de suscripción para un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza anterior que les daba cobertura a través de la Aseguradora. La solicitud de los Dependientes se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos Dependientes. Si un hijo Dependiente se casa, deja de ser estudiante a tiempo completo o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Titular de Póliza por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.

6. PAGO DE LA PRIMA
El Titular y/o Tomador es el responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía BMI SEGUROS COLOMBIA durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

7. PERIODO DE GRACIA
Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes de la Fecha de Vencimiento, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de 30 días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para que la Póliza pueda ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán efectivo en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras ésta no haya sido renovada.

8. TÉRMINO DE PÓLIZA
Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

9. DECLARACIÓN FALSA DE LA EDAD
Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Aseguradora quedará limitada a la Devolución como se define en esta Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

10. DEVOLUCIONES
Si un Asegurado o la Aseguradora revoca la Póliza una vez que ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Aseguradora devengará definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de siniestro total, indemnizable a la luz del contrato, la prima se entenderá totalmente devengada por la Aseguradora. Si el siniestro fuere parcial, se tendrá por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del seguro. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la

prima a ser devuelta se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza.

11. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

La prueba escrita de Reclamación, incluyendo reclamación por Maternidad, deberá someterse a consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro del término de prescripción que consagra la Ley. Los recibos originales deben enviarse junto con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora y en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos. El beneficio de Maternidad es pagadero después del parto. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con las tasas de cambio del mercado libre, en el día de la ocurrencia del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora.

12. PAGOS DE RECLAMACIONES

Siempre que sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Titular de Póliza ya no vive, la Aseguradora pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza. Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Asegurado será hecho en la misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores por el Asegurado.

13. DOCUMENTOS PARA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

El Asegurado o beneficiarios deberán en caso de siniestro, presentar los documentos que acrediten la ocurrencia y la cuantía de la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio. Se podrán adjuntar, entre otros, los siguientes documentos:

- Formulario de reclamo debidamente diligenciado
- Originales de las órdenes y facturas de exámenes
- Resultados de los exámenes
- Orden y facturas de medicinas
- Protocolo operatorio y,
- Facturas de honorarios médicos

.

14. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión del Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la Carátula de seguro.
3. Al vencimiento de la vigencia establecida en la Carátula de seguro.
4. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley.
5. Por incumplimiento del Tomador o Asegurado de estar afiliado al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de él y/o los beneficiarios, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.

15. NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Sin perjuicio de las consecuencias a las que alude el artículo 1058 del Código de Comercio ante declaraciones inexactas y/o reticentes, La Aseguradora se reserva el derecho a de no renovar o a modificar la Póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días), no habrá lugar a renovación de la Póliza. Si el Titular de la Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en los

Estados Unidos mientras esta Póliza se encuentra en efecto, la Aseguradora, a su propia discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza.

16. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Aseguradora considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud.

No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

A) Obtenga el pago de la prima vencida atrasada y
B) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de Rehabilitación.

17. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN

Sin perjuicio de las demás causales de no renovación señaladas a lo largo de la presente Póliza, queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

1. La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
2. El Asegurado acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
3. No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Titular de Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de 30 días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. En todo caso, cualquier modificación será informadas y puestas a disposición del Tomador - Asegurado de manera previa.

18. AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 85 del Decreto 2353 de 2015y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, LA ASEGURADORA verificará que el tomador o ASEGURADO principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud. Por lo tanto, el tomador o ASEGURADO principal se obliga a informar a LA ASEGURADORA, en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S., a la cual se encuentra afiliado él y su grupo asegurado.

En caso de que el Tomador o ASEGURADO principal, se encuentre dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a la aseguradora en la solicitud de seguro de esta póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

Si durante la vigencia de este contrato, el tomador o ASEGURADO principal cambia de E.P.S. o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a la aseguradora, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

19. LESIONES EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

En caso de que los asegurados de esta póliza sufran lesiones causadas en accidente de tránsito, el amparo de este contrato de seguro se afectará únicamente después de haberse agotado las coberturas propias del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT).

20. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y demás normas que la adicionen, modifiquen, complementen o deroguen.

ART. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente

21. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador, Asegurado o Beneficiario se obligan a actualizar anualmente la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás contenida en el formulario de vinculación a clientes.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la vigencia del contrato que aparece en la Póliza y al momento de la renovación de la misma.

22. NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables

23. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

Bogotá, < fecha>

_____

Firma Autorizada