

BMI COLOMBIA

Póliza de Seguro de Salud-BMI Plan Ejecutivo Condiciones Generales

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada “**LA ASEGURADORA**”, emite la presente póliza denominada **BMI PLAN EJECUTIVO**. La póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico, el Certificado de 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 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.

El Plan Ejecutivo proporciona cobertura en la Red de Proveedores Azure. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

CLÁUSULA 1-BENEFICIOS

- a) SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL.
- b) HONORARIOS MÉDICOS.
- c) PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS.
- d) EXÁMENES Y SERVICIOS DE LABORATORIO.
- e) CIRUGÍA AMBULATORIA.
- f) HABITACIÓN Y COMIDAS EN EL HOSPITAL.
- g) MATERNIDAD. (*)
- h) COMPLICACIONES DE MATERNIDAD. (*)
- i) CUIDADO NEONATAL. (*)
- j) PRESERVACIÓN DE LAS CÉLULAS MADRES DEL CORDÓN UMBILICAL. (*)
- k) ENFERMERA EN EL HOGAR.
- l) TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- m) TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- n) INDEMNIZACIÓN AL DONANTE VIVO.

- o) SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA.
- p) CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO.
- q) INMUNIZACIONES RUTINARIAS PARA DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS
- r) EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS.
- s) HOSPICIO O CUIDADOS TERMINALES.
- t) TRATAMIENTO DE SIDA.
- u) TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES AZURE LIMITADO A US-\$25,000.- POR INCIDENTE.
- v) SERVICIOS VIP.
- w) COBERTURA MUNDIAL.

(*) Estos beneficios estarán cubiertos únicamente para las Opciones I, II, III y IV. (Planes con un monto de deducible menor a US\$ 5.000). Según definición Cláusula 4.2 – Deducible.

CLÁUSULA 2 -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 EL CERTIFICADO DE SEGURO, SI LAS HUBIESE A MENOS QUE SEA ENMENDADO.
2. COSTOS POR TRATAMIENTOS DURANTE LOS PRIMEROS 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS, SEGÚN SE DEFINE EN LA PÓLIZA,
3. TRATAMIENTO QUE REQUIERA SER CERTIFICADO, PERO QUE NO HAYA SIDO CERTIFICADO POR LA ASEGURADORA.
4. TRATAMIENTO QUE EXCEDA LOS LÍMITES DE COBERTURA.
5. 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.
6. TODA TRANSPORTACIÓN PARA OBTENER TRATAMIENTO MÉDICO, A NO SER AMBULANCIA LOCAL.
7. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA (INCLUYENDO VACUNACIONES, EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS, TESTIFICACIONES MÉDICAS CON PROPÓSITOS DE VIAJES O DE OBTENCIÓN DE EMPLEOS), CON LA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS DEFINIDOS EN LA PÓLIZA.
8. EXÁMENES RUTINARIOS DE LOS OÍDOS Y DE LA VISTA ASÍ COMO APARATOS PARA SORDOS, LOS COSTOS DE ESPEJUELOS (ANTEOJOS), LENTES DE CONTACTO, DESÓRDENES DE LA REFRACCIÓN, ESTRABISMO, Y QUERATOTOMÍA

RADIAL Y OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CORREGIR LA VISIÓN.

9. TODO TRATAMIENTO DENTAL, INCLUYENDO DIENTES POSTIZOS, CORONAS, EMPASTES Y PUENTES, EL CUIDADO DENTAL ORTODÓNTICO, ENDODÓNTICO Y PERIODONTAL (QUE NO CONSTITUYA TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE).
10. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS COMO SILLAS DE RUEDAS, CAMAS DE HOSPITALES, EQUIPOS REQUERIDOS PARA TERAPIA FÍSICA O VOCACIONAL, COSTOS POR ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS, CUARTOS DE BAÑOS, RESIDENCIAS Y CUALQUIER OTRO EQUIPO MÉDICO DURADERO, CON LA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS DEFINIDOS EN LA PÓLIZA.
11. PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN QUIRÚRGICAMENTE NECESARIOS, CON LA EXCEPCIÓN DE AQUELLOS DEFINIDOS EN LA PÓLIZA.
12. COSTOS POR ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS, QUE SE HAYAN REALIZADO POR RAZONES PSICOLÓGICAS O SOCIALES.
13. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES MENTALES O DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS, AUTISMO; Y 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.
14. 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.
15. CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DEFORMIDADES NASALES O DEL TABIQUE QUE NO HAYAN SIDO CAUSADOS POR ACCIDENTE O TRAUMA. EVIDENCIA DE TRAUMA TENDRÁ QUE SER CONFIRMADO RADIOGRÁFICAMENTE (RAYOS X, ESCANOGRAFÍA DE TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA, ETC.).
 16. LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SÍ MISMA, SUICIDO, ABUSO AL ALCOHOL, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS.
 17. TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LA ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS HIV POSITIVO, EXCEPTO EL TRATAMIENTO DE SIDA TAL Y COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
 18. TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA Y CUALQUIER AUTOTERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.
 19. COSTO Y ADQUISICIÓN DE TRASPLANTE DE ORGANOS, INCLUYENDO LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL DONANTE, EXCEPTO EN TRANSPLANTES CUBIERTOS SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
 20. COSTO DE ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE CORAZÓN ARTIFICIAL Y DISPOSITIVO MONO O BIVENTRICULARES.
 21. GASTOS DE CUALQUIER CRIOPRESERVACIÓN Y LA IMPLANTACIÓN O RE-IMPLANTACIÓN DE CÉLULAS VIVAS.
 22. TRATAMIENTO DE LESIONES CORPORALES O ENFERMEDADES COMO RESULTADO DE UN ACTO DE GUERRA; O DE 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.
 23. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE SURJAN COMO RESULTADO DE SERVICIO ACTIVO EN LA POLICÍA O EN LAS FUERZAS ARMADAS.
 24. CARGOS POR CONCEPTO DE SERVICIOS RESPECTO A LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE OBLIGACIÓN LEGAL DE PAGAR. PARA LOS PROPOSITOS 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 DE GRATUITAMENTE, SE CONSIDERARÁ COMO UN CARGO CON RESPECTO AL CUAL NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO.
 25. 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; TERAPIA DE QUELACIÓN; MASAJES Y TERAPIAS HERBALES. TODO TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO ESTÉ CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDO O QUE SE CONSIDERE EXPERIMENTAL Y NO APROBADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE LOS ESTADOS UNIDOS.
 26. 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.
27. 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, EXCEPTO LO RELACIONADO CON SIDA TAL Y COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
 28. MATERNIDADES Y CUIDADOS NEONATALES COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD, EN EL CASO QUE EL EMBARAZO DURE MENOS DE 32 SEMANAS, EN CASO QUE LA MATERNIDAD ESTE CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA.
 29. TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD, CONTROL DE PESO ASÍ COMO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTARIO (A NO SER QUE SEA NECESARIO PARA SOSTENER LA VIDA DE UNA PERSONA CRÍTICAMENTE ENFERMA).
 30. 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.
 31. 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 DE LA RECETA.
 32. INGRESO HOSPITALARIO ELECTIVO MÁS DE VEINTITRÉS (23) HORAS ANTES DE UNA CIRUGÍA.
 33. TRATAMIENTO DEL MAXILAR O LA MANDIBULAR 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.
 34. PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS DE VENTA LIBRE, O SEA, QUE SE VENDEN SIN NECESIDAD DE RECETA, O PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS NO RECETADAS; PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS EXCEPTO COMO SE DEFINE BAJO ESTA PÓLIZA.
 35. RECLAMACIONES Y COSTOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE OCURRAN DESPUÉS DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA, COMO RESULTADO DE ENFERMEDADES, ACCIDENTES O MATERNIDADES DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIAS DE LA PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE LA PÓLIZA HAYA SIDO RENOVADA.
 36. TRATAMIENTO PARA LESIONES RESULTADO 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.

CLÁUSULA 3-LÍMITES

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites además de cualquier otro límite contenido en la Póliza:

1. Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro.
2. Habitación y Comidas en el Hospital será cubierta al 100%.
3. Cuidado Intensivo será cubierto al 100%.
4. Cirugía Ambulatoria será cubierta al 100%.
5. Beneficios por Maternidad limitados a US-\$5,000.- por embarazo. (*)
6. Complicaciones de Maternidad limitados a US-\$100,000.- por embarazo. (*)
7. Cuidado Neonatal limitado a US-\$10,000.- por niño, de por vida durante los primeros 90 días de vida. (*)
8. Preservación de las Células Madres del Cordón Umbilical limitado a US-\$1,500.- por niño. (*)
9. Cuidado de Enfermera en el Hogar hasta 30 días por Año Póliza.
10. Trasplante de Órganos: US-\$500,000.- por Asegurado, de por vida.
11. Indemnización Donante Vivo hasta US-\$15,000.- por evento.
12. Servicio Local de Ambulancia será cubierto al 100%.
13. Chequeo Médico Rutinario limitado a US-\$200.- por chequeo.
14. Inmunizaciones Rutinarias para Dependientes menores de 18 años hasta US-100.- por niño, por Año Póliza.
15. Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos están limitados a US-\$5,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

37. RECLAMACIONES Y COSTOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE OCURRAN DESPUÉS DE LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO DEJE DE ESTAR EN SERVICIO ACTIVO O DEJE DE SER UN EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO.

16. Hospicio o Cuidados Terminales serán cubiertos al 100%.
17. Tratamiento por SIDA limitado a US-\$100,000.- por Asegurado de por vida.
18. Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Azure limitado a US-\$25,000.- por incidente.
19. Servicios de Paciente Externo para Honorarios Médicos, Exámenes y Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación serán cubiertos al 80%.
20. Prescripciones Facultativas fuera del Hospital serán cubiertas hasta US-\$1,000.- por Asegurado, por Año Póliza, a menos que estén relacionadas a una hospitalización o Cirugía Ambulatoria, en cuyo caso serán cubiertas al 100% por un período máximo de 90 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital.
21. Desórdenes Congénitos diagnosticados antes que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad serán cubiertos hasta US-\$250,000.- por Asegurado, de por vida y hasta el límite máximo de la Póliza cuando sean diagnosticados a los dieciocho (18) años de edad o después.
22. El beneficio máximo por Asegurado, por Año Póliza es de US-\$2,000,000.-

(*) Estos beneficios estarán cubiertos únicamente para las Opciones I, II, III y IV. (Planes con un monto de deducible menor a US-\$5,000.-). Según definición Cláusula 4.2 – Deducible.

CLÁUSULA 4-COBERTURA

1. 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 CONDICIONADO GENERAL Y PARTICULAR, Y A TRATAMIENTOS CUBIERTOS CERTIFICADOS POR LA ASEGURADORA.

LAS PRESTACIONES CONTRATADAS SE CUBREN LUEGO DE LOS PERÍODOS DE CARENCIA QUE EL CONTRATO SEÑALA EN SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, SUJETAS A LOS DEDUCIBLES ESTIPULADOS Y SU APLICACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, RESPETANDO LÍMITES Y EXCLUSIONES GENERALES Y PARTICULARES.

2. DEDUCIBLE

El Deducible Anual según consta en el Certificado 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.

OPCIONES DE DEDUCIBLE	
I	Fuera de EEUU US\$0 en los EEUU US\$500
II	US\$500
III	US\$1.000
IV	US\$2.500
V	US\$5.000
VI	US\$10.000
VII	US\$20.000

No se aplicará Deducible Anual a lo siguiente:

- En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia.

- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente.
- Maternidad.
- Complicaciones de Maternidad.
- Cuidado Neonatal.
- Preservación de las Células Madres del Cordón Umbilical.
- Chequeo Médico Rutinario.
- Inmunizaciones Rutinarias para Dependientes menores de 18 años.

La cobertura durante los primeros 60 días de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

La cobertura de Maternidad sólo será aplicable a los embarazos en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después que la cobertura de esta Póliza esté en efecto.

3. REQUISITOS DE NOTIFICACION

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. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento. La falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del cincuenta (50%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de la Póliza.

4. TRATAMIENTO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA:

A. Servicios Hospitalarios

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza después que el Deducible Anual haya sido satisfecho.

B. Servicios de Paciente Externo

Después de satisfacer el Deducible Anual, la Aseguradora pagará el 80% de los gastos elegibles y certificados para Honorarios Médicos, Exámenes y Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación hasta el límite establecido en la Póliza.

Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis serán cubiertos al 100% hasta el límite establecido en la Póliza, después de satisfacer el Deducible Anual.

5. TRATAMIENTO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA:

A. Servicios Hospitalarios

Después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, la Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza si el Asegurado selecciona uno de los Hospitales dentro de la Red de Proveedores Azure.

Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

B. Servicios de Paciente Externo

Después de satisfacer el Deducible Anual, la Aseguradora pagará el 80% de los gastos elegibles y certificados para Honorarios Médicos, Exámenes y Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación hasta el límite establecido en la Póliza.

Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis serán cubiertos al 100% hasta el límite establecido en la Póliza, después de satisfacer el Deducible Anual, siempre y cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por

Médicos dentro de la Red de Proveedores Azure, sujeto a la pre-autorización por la Aseguradora. 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 Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

6. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION:

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Ingles), que incluyen Certificación de Ingreso a Hospital, Revisión Concurrente y Gestión de Casos.

Todas las decisiones que precisen de capacitación u opinión profesional independiente de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con dicha capacitación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán la exclusiva responsabilidad del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir que atención médica se debe dar o recibir y cuando y como se debe proveer dicha atención. La Aseguradora es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Aseguradora no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado.

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 Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estancias en el Hospital así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estancia 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 realicen 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, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. La Aseguradora podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfacen los criterios de la Aseguradora que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, o un representante de este mismo que sea aceptable a la Aseguradora, y el Médico del Asegurado.

El que la Aseguradora ofrezca proveer o que de hecho provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la

Aseguradora a seguir proveyendo dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en ningún momento al Asegurado ni a ningún otro Asegurado por la Aseguradora. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Aseguradora a hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Aseguradora específicamente modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

C. Segunda Opinión Quirúrgica

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes del procedimiento programado. A la opción de la Aseguradora, se podrá exigir una segunda opinión quirúrgica de un Médico elegido por la Aseguradora respecto al procedimiento quirúrgico programado. Sólo están cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas que exija y haya coordinado la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Aseguradora también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Aseguradora. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza. Si la Aseguradora solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Aseguradora, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.

CLÁUSULA 5- REGLAS, TERMINOS Y DEFINICIONES

La Aseguradora pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza en los que se haya incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad, dolencia, o embarazo de que se trate. El pago será limitado

a los gastos Usuales y Acostumbrados como se define en esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar a 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 definiciones siguientes se aplican a este seguro:

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 comenzado con la Fecha de Inicio y terminado 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 un Certificado de Seguro.

CIRUGIA 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.

CLASIFICACIÓN: Significa todos aquellos individuos los cuales se les haya emitido esta Póliza y que pertenezcan a una misma Clasificación, tal y como sea definido por la Aseguradora en el momento de emisión o renovación.

Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a, individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad, o de

emisión, ocupación, sexo, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.

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

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD: Significa el curso anormal del embarazo y postparto que impide que la madre pueda tener un parto normal bajo cuidado médico regular. Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad. Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto, que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos. Maternidades que no se consideren como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza. Complicaciones de Maternidad serán cubiertas solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio está limitado a US\$100.000. por embarazo.

Las Complicaciones de Maternidad estarán cubiertos únicamente cuando la Maternidad este cubierta bajo esta Póliza (Planes con un monto de deducible menor a US\$ 5.000). Según definición Cláusula 4.2 – Deducible.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencia de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

- Tratamientos por condiciones Pre-existentes no declaradas no están cubiertos.

- Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada al Asegurador podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.
- Condiciones médicas Pre-existentes declaradas para las que no se hayan emitido exclusiones en el Certificado de Seguro quedan cubiertas de acuerdo al tamaño del grupo como se describe a continuación:

A. Grupos de 5 a 20 Empleados

Hasta US\$15.000 por Asegurado, por Año Póliza después de un período de espera de doce (12) meses.

B. Grupos de 21 o más empleados:

Hasta US\$30.000 por Asegurado, por Año Póliza después de un período de espera de seis (6) meses.

CUIDADO NEONATAL: El Cuidado Neonatal abarca los gastos de los tratamientos médicos necesarios, incluyendo complicaciones de nacimiento y la atención rutinaria que se proveen al (los) hijo(s) recién nacido(s), y también incluirá los gastos de los tratamientos médicos necesarios por Enfermedad y/o condiciones médicas y desórdenes durante los primeros noventa (90) días de vida hasta un límite máximo de por vida de US-\$10,000.- dólares por hijo. El Cuidado Neonatal quedará cubierto bajo esta Póliza solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. La atención rutinaria neonatal será cubierta desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.

El Cuidado Neonatal estará cubierto únicamente cuando la Maternidad este cubierta bajo esta Póliza y para las Opciones I, II, III y IV. (Planes con un monto de deducible menor a US\$5.000). Según definición Cláusula 4 – Deducible.

CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS: Son los exámenes médicos realizados por un Médico licenciado para el control de la salud. Este beneficio se otorga solamente al Titular de Póliza y a su cónyuge asegurado, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante 1 Año Póliza.

Posteriormente, este beneficio se otorgará como Servicio de Paciente Externo cada Año Póliza de cobertura continua. Este beneficio se ofrece dentro y fuera del País de Residencia. Este beneficio está limitado a US\$200 por chequeo.

DEDUCIBLE ANUAL: Es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados. El Deducible Anual según consta en el Certificado 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.

DEPENDIENTE: Significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en concubinato con el Empleado Asegurado (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Empleado Asegurado o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Empleado Asegurado, 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 años. Los Dependientes del Empleado Asegurado deberán ser reconocidos como tal en los archivos del Titular de Póliza.

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.

EMPLEADO: Significa el Asegurado quién está en Servicio Activo.

EMPLEADOR: Quiere decir el Titular de Póliza.

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.

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

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. Este beneficio será limitado a un periodo máximo de 30 días por Año Póliza.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS: 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 US\$5,000 por Asegurado, por Año Póliza.

EXAMENES 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 considerado como parte de los Servicios para Pacientes Externos serán cubiertos al 80% cuando éstos sean proveídos u ordenados por un Médico debidamente licenciado.

DESORDENES CONGENITOS 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. La cobertura para Desordenes Congénitos bajo esta Póliza es como sigue:

- A. El beneficio máximo para cobertura de Desórdenes Congénitos diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad será hasta US-\$ 250,000.- por Asegurado de por vida, incluyendo cualquier beneficio ya pagado o por pagar bajo la cobertura existente de Cuidado Neonatal de esta Póliza que esté relacionado a la misma condición.

- B. El límite máximo de por vida para Desórdenes Congénitos diagnosticados al Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será el límite máximo de la Póliza.

FECHA DE INICIO: Es la fecha de entrada en vigor que se especifica en el Certificado de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.

FECHA DE VENCIMIENTO: Significa la fecha en que 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.

GRUPO: Está constituido por 5 o más empleados los cuales trabajan para un empleador y sus dependientes elegibles.

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.

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 o dolencias 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.

INMUNIZACIONES RUTINARIAS: Son vacunas administradas por un Médico licenciado durante un chequeo médico rutinario de un niño. Este beneficio se otorga solamente a Dependientes menores de 18 años, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un (1) Año Póliza, a menos que se trate de un Dependiente nacido de una Maternidad cubierta por esta Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará cada Año Póliza de cobertura continua. Este beneficio se ofrece dentro y fuera del País de Residencia. Este beneficio está limitado a US\$100 por niño.

LESION: Significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

MATERNIDAD

- A. La cobertura está limitada a embarazos en los que la fecha del alumbramiento en si ocurra por lo menos a los diez (10) meses después de la Fecha de Inicio del respectivo Asegurado.
- B. Todos los gastos relativos al tratamiento pre- y posnatal, el alumbramiento, aborto, las complicaciones del embarazo o del alumbramiento, están limitados al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza.
- C. Este beneficio no está disponible para los hijos Dependientes.
- D. Los Asegurados que anteriormente habían sido hijos Dependientes bajo otra Póliza tienen que haber mantenido su propia Póliza individual durante un mínimo de diez (10) meses para tener derecho a este beneficio.
- E. Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza.
- F. Este beneficio está disponible únicamente para las Opciones I, II, III y IV. (Planes con un monto de deducible menor a US\$5.000.) Según definición Cláusula 4.2 – Deducible.

MEDICAMENTO NECESARIO

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 solo 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 de los Estados Unidos (Food and Drug Administration).

MEDICO: 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. Honorarios Médicos para Servicios de Paciente Externo serán cubiertos al 80%.

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

MONEDA: Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario.

NOTIFICACION: Es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica al Asegurador, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación.

PAIS DE RESIDENCIA: El País (1) donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año civil o Año Póliza, o (2) donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio. Ninguna persona, a no ser un estudiante Dependiente a tiempo completo, podrá residir en los Estados Unidos durante más de 180 días en el transcurso de cualquier plazo de 365 días.

PLAN OBLIGATORIO: Significa un Plan el cual requiere que el 100%, o al menos el 80% de los empleados elegibles, sean incluidos, dependiendo del tamaño del grupo.

PLAN NO OBLIGATORIO: Significa un Plan el cual requiere que el 25% o más de los empleados elegibles sean incluidos.

POLIZA MAESTRA: Es el contrato de seguro el cual es emitido al Titular de Póliza según ha sido definido en esta Póliza.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS: Incluyen la prescripción de los medicamentos que se venden solamente bajo receta médica y no la de medicamentos que se pueden adquirir sin la receta de un facultativo.

Este beneficio aplicará a las Prescripciones Facultativas administradas al Asegurado mientras que se encuentre hospitalizado y que estén relacionadas al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Prescripciones Facultativas fuera del Hospital, las cuales son gastos elegible y certificados, serán cubiertas al 100% por un período máximo de 90 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital.

Prescripciones Facultativas fuera del Hospital, que no estén relacionadas a una hospitalización o cirugía ambulatoria, quedarán cubiertas hasta US\$1.000 por Asegurado, por Año Póliza cuando

las mismas estén relacionadas a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Las Prescripciones Facultativas recetadas como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Facultativas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas al 100% solamente cuando el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer y el medicamento sea reconocido y aprobado como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, sujeto a pre-autorización por la Aseguradora.

Las Prescripciones Facultativas deben ser aprobadas por la Aseguradora. Para ser aprobadas una copia de la receta médica y el recibo original desglosado tiene que acompañar el reclamo.

PRESERVACION DE LAS CELULAS MADRES DEL CORDON UMBILICAL: Se refiere a los costos de recolección, procesamiento, pruebas y crío preservación de las unidades de sangre del cordón umbilical de un niño recién nacido. Este beneficio se cubrirá hasta US\$1.500 por hijo y solamente cuando la Maternidad este cubierta bajo esta Póliza. Los costos por almacenamiento no están cubiertos.

Este beneficio se pagará por reembolso al Asegurado sujeto a la presentación de los recibos originales junto con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora y en la moneda nacional en que fueron facturados. Este beneficio será cubierto únicamente en países en donde este procedimiento esté disponible. El Asegurado será responsable por cargos que excedan el beneficio máximo de US-\$1,500.- por niño.

Este beneficio estará cubierto únicamente cuando la Maternidad este cubierta bajo esta Póliza y para las Opciones I, II, III y IV. (Planes con un monto de deducible menor a US\$5.000) Según definición Cláusula 4.2 – Deducible

RED DE PROVEEDORES AZURE: Es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores Azure. Esta lista se podrá cambiar

periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores Azure, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

SERVICIO ACTIVO: Se considera que un empleado está en Servicio Activo si él/ella están trabajando activamente a tiempo completo en el lugar del negocio del Empleador o en cualquier otro lugar que el negocio del Empleador requiera que él/ella deban ir.

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 emergencia de un Hospital que se proveen diariamente.

Servicios de Paciente Externo para Honorarios Médicos, Exámenes y Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación serán cubiertos al 80%.

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 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 Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

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 servicios de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo la unidad de cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA es la transportación médica de emergencia a un Hospital local.

TITULAR DE POLIZA: Significa el contratante del Asegurado o en el caso de un grupo que no sea formado por empleados y el mismo haya sido aceptado por la Aseguradora, la organización patrocinadora, a través de la cual el plan es ofrecido, puesto en efecto y administrado, a la que se le emite la Póliza y que es responsable por el pago de las primas y el reporte de adiciones y cancelaciones.

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 HIV positivo. El tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio de la Póliza y sujeto a un período de espera de doce (12) meses comenzando en la Fecha de Inicio 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 US\$100.000 por Asegurado.

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.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: Esta Póliza provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores 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 Azure serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US\$25.000) por incidente, después de que el Deducible Anual y Co-aseguro hayan sido satisfechos. El Asegurado será responsable por cincuenta por ciento (50%) de todos los cargos médicos que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares (US\$25.000) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores 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.

TRASPLANTE DE ORGANOS se refiere al costo de Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea, páncreas o pulmón. Ningún otro Trasplante es cubierto. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores de Trasplantes de BMI, después de notificar a la Aseguradora. Este beneficio está limitado a US-\$500,000.- por Asegurado, de por vida. También incluye los gastos médicos ocasionados por la resección del órgano de un miembro vivo de la familia del Asegurado para el Asegurado hasta un máximo del US\$15.000.

CLÁUSULA 6- ADMINISTRACIÓN

A. COORDINACION DE BENEFICIOS

En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra

póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza, serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza. Fuera del País de Residencia, esta Póliza actuará como seguro primario reteniendo el derecho a Subrogación.

B. SUBROGACION E INDEMNIZACION

Si el Asegurado recibe beneficio a través de esta Póliza, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Aseguradora.

C. ELEGIBILIDAD

Empleados trabajando para el Empleador o Titular de la Póliza, quién esté en Servicio Activo será elegible para la cobertura. La edad máxima de inscripción será 69 años de edad. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Asegurado.

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

a. Recién Nacidos

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza están automáticamente cubiertos hasta el límite específico tal y como se especifica bajo la sección de Cuidado Neonatal, sujetos a que el Formulario de Adición y el pago de la prima sean enviados a la Aseguradora dentro de un plazo de noventa (90) días de haber ocurrido el nacimiento.

De no cumplirse con este requisito, se deberá completar una solicitud de seguro para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

b. 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 o deja de ser estudiante a tiempo completo, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.

Si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Asegurado por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá 90 días después de la fecha del divorcio, anulación o separación. Al término de los 90 días, el Dependiente tendrá la opción de Conversión a una póliza de conversión de acuerdo al plan ofrecido por la Aseguradora. La Conversión a una póliza individual, puede resultar en un plan con beneficios reducidos, limitaciones en el Network y aumento en las primas

c. En cualquier caso, la cobertura de Empleados y Dependientes terminará automáticamente al momento del cese de empleo de un Empleado o cuando el Empleado ya no trabaje activamente a tiempo completo.

D. PAGO DE LA PRIMA

El Titular de Póliza es responsable de pagar puntualmente la prima de acuerdo al plazo estipulado en la póliza.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía 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.

E. 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 efectivos en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras ésta no haya sido renovada.

F. TERMINO DE POLIZA

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.

G. DECLARACION 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 una Devolución como se define en esta Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

H. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Aseguradora anulan la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Aseguradora devolverá la porción no devengada de la prima, menos los gastos administrativos y policy fees, hasta un máximo del 70% de la prima no devengada. Los gastos administrativos y 30% de la prima básica no son reembolsables. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza Semestral, 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 de Póliza.

I. PRUEBA DE RECLAMACION

La Prueba escrita de Reclamación incluyendo reclamación por Maternidad, deberá someterse a la consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, y en la moneda nacional en que fueron facturados. 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, vigentes en el momento que la Aseguradora reciba la reclamación debidamente documentada por el Asegurado.

J. 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 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.

K. 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

L. EXAMENES FISICOS

La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y expedientes médicos y cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Aseguradora para obtener dichos informes y expedientes. El no autorizar la emisión de todos los expedientes médicos que pida la Aseguradora dará por resultado que se deniegue la reclamación. La Aseguradora tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Aseguradora.

M. CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA

La Aseguradora se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud 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), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente en la próxima Fecha de Vencimiento.

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

N. REHABILITACION DE LA POLIZA

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 60 días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

- A) Acepte la prima vencida atrasada, y
- B) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación.

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurridos 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, o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza.

O. CONVERSION

Un Empleado que no se encuentre en Servicio Activo tendrá la opción de Conversión a una póliza de cobertura vitalicia de acuerdo al plan ofrecido por la Aseguradora. La Conversión a una póliza individual, puede resultar en un plan con beneficios reducidos, limitaciones en el Network y aumento en las primas. Para ser elegible para la opción de Conversión a una póliza individual, la solicitud individual deberá ser recibida dentro de los treinta (30) días de la fecha en que el Asegurado deje de estar en Servicio Activo o deje de ser un empleado a tiempo completo.

CLÁUSULA 7- TERMINACION DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión del Titular de Póliza o Tomador o Asegurado Principal, en cualquier momento, mediante aviso escrito a la Aseguradora.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula del seguro.
3. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula del 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 Plan Obligatorio de Salud de él y/o los beneficiarios, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.

CLÁUSULA 8- AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.1.13.7. del Decreto 780 de 2016 y 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 cambian 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.

CLÁUSULA 9- 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).

CLÁUSULA 10- 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 o Asegurado principal está obligado a declarar sinceramente los hechos

o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Aseguradora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Aseguradora, 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 o Asegurado, el contrato no será nulo, pero la Aseguradora sólo estará obligada, 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 la Aseguradora, 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

CLÁUSULA 11- ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

El Titular de Póliza o 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 Titular de Póliza o 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.

CLÁUSULA 12- 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

CLÁUSULA 13- 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.

Representante Legal
BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.