
BMI COLOMBIA

Póliza de Seguro de Salud-BMI Plan Colectivo Local - Platino Corazón PLUS

Condiciones Generales

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo “LA ASEGURADORA”, emite la presente póliza denominada **BMI PLAN COLECTIVO LOCAL- PLATINO CORAZÓN PLUS**. La póliza comprende la carátula del seguro, el certificado individual de seguro, las condiciones particulares, la solicitud de seguro, el examen médico, el presente documento y cualquier anexo o enmienda que se emita al respecto.

Lea cuidadosamente la póliza y los documentos que la componen y notifique a la Aseguradora en un plazo de diez (10) días después 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 Colectivo Local proporciona cobertura exclusivamente en la Red de Proveedores de la aseguradora seleccionada y presentada en las condiciones particulares.

PARTE I COBERTURAS Y EXCLUSIONES

CLÁUSULA 1 - COBERTURAS

SUJETO A LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y A LOS AMPAROS CONTRATADOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DEL SEGURO Y/O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, LA ASEGURADORA CUBRIRÁ LOS GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE SE HAYAN INCURRIDO CON CARÁCTER NECESARIO, DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, Y QUE EXCLUSIVAMENTE SEAN RESULTADO DIRECTO DEL PADECIMIENTO POR EL (LOS) ASEGURADO(S) DE LA ENFERMEDAD O DOLENCIA CARDIACA, CARDIOLOGÍA, ELECTROFISIOLOGÍA O CIRUGÍA CARDIOVASCULAR O ACCIDENTE CARDIOVASCULAR 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.

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

AMPAROS O COBERTURAS:

1. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y DE LABORATORIO.

1.1. EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO EN RED

UNA VEZ CUMPLIDO EL PERIODO DE CARENCIA, SI A ELLO HUBIERE LUGAR, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE ESTUDIOS ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA Y DE ACUERDO AL MONTO OTORGADO Y UNA VEZ ASUMIDO EL DEDUCIBLE Y/O COPAGO A CARGO DEL ASEGURADO.

1.2. EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS EN RED.

DESDE INICIO DE VIGENCIA LA COMPAÑÍA PAGARÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE ESTUDIOS ORDENADOS POR EL MÉDICO TRATANTE Y PROVEEDOR DE LA ASEGURADORA QUE INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A ANÁLISIS DE LABORATORIO CLÍNICO Y RUTINARIO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y MEDICINA NUCLEAR PARA EL DIAGNÓSTICO, Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS POR LA PÓLIZA.

LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO, ECOGRAFÍAS SIMPLES, ELECTROCARDIOGRAMAS, ELECTROENCEFALOGRAMAS Y RADIOGRAFÍAS SIMPLES SE ENTIENDEN PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO COMO EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS.

2. TERAPIAS EN RED

GASTOS POR TRATAMIENTO DE TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESCRITA POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE. SE REALIZA EN UN CENTRO MÉDICO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.

3. URGENCIAS EN RED

CORRESPONDE A TODAS LAS ATENCIONES NECESARIAS PARA CONSERVAR O RECUPERAR LA INTEGRIDAD FÍSICA DE UNA PERSONA AFECTADA POR UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CARDIOVASCULAR, DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, TENDIENTE A DISMINUIR LOS RIESGOS DE INVALIDEZ O MUERTE SIENDO CUBIERTOS DESDE INICIO DE VIGENCIA.

4. HOSPITALIZACIÓN

4.1. HABITACIÓN HOSPITALARIA EN RED

GASTO EN QUE INCURRE EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN, POR UN PERÍODO NO MENOR A VEINTICUATRO (24) HORAS EN UN HOSPITAL, POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS, HASTA EL LÍMITE DE DÍAS Y/O HASTA EL VALOR

ASEGURADO DIARIO INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. EL BENEFICIO POR CUARTO DIARIO Y POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y/O INTERMEDIOS NO SE PAGARÁ EN UN MISMO DÍA.

4.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN RED

GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO, Y MÉDICAMENTE NECESARIO EN QUE INCURRE EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE CAMA, EQUIPOS, INSTALACIONES, ALIMENTACIÓN Y DEMÁS SERVICIOS DEBIDAMENTE EQUIPADA DURANTE SU PERMANENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA QUE CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA, PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO, EQUIPOS Y MONITOREO PARA ATENDER A PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS. NO SE CONSIDERARÁ UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS LA ADECUACIÓN DEL CUARTO DIARIO CON EQUIPOS ESPECIALES.

EL BENEFICIO ES POR ASEGURADO, POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HASTA EL LÍMITE DE DÍAS Y VALOR ESTIPULADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O AMBOS.

EL BENEFICIO POR CUARTO DIARIO Y POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y/O INTERMEDIOS NO SE PAGARÁ EN UN MISMO DÍA.

MIENTRAS EL ASEGURADO PERMANEZCA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, BAJO ESTE AMPARO NO SE RECONOCERÁN LOS GASTOS MÉDICOS POR DÍAS DE ESTANCIA DE HABITACIÓN, CAMA DE ACOMPAÑANTE, NI HONORARIOS DEL MÉDICO INTENSIVISTA, LOS CUALES SE ENTIENDEN INCLUIDOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA UNIDAD.

4.3. SERVICIOS HOSPITALARIOS EN RED

GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA, EN QUE INCURRE EL HOSPITAL DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA EN LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO TALES COMO SALA DE OPERACIONES, SALA DE RECUPERACIÓN, MATERIAL QUIRÚRGICO, ANESTÉSICOS, OXÍGENO, INSUMOS, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA, MEDICAMENTOS E IMÁGENES, INCLUYE LA ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL INTRAHOSPITALARIA (AMINOÁCIDOS, LÍPIDOS, ELEMENTOS TRAZA, VITAMINAS, DEXTROSA, ELECTROLITOS, ETC.) REQUERIDA SERÁ CUBIERTA SIN LÍMITE DE DÍAS.

4.4. HONORARIOS QUIRÚRGICOS, HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO, HONORARIOS POR AYUDANTÍA QUIRÚRGICA, MÉDICOS, HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTOS SIMULTÁNEOS, HONORARIOS POR TERAPIAS EN RED.

LA ASEGURADORA ASUMIRÁ LOS GASTOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS DE ANESTESIA, COBRADOS POR EL CIRUJANO, EL

AYUDANTE DE CIRUGÍA, EL ANESTESIÓLOGO Y LOS HONORARIOS PROFESIONALES GENERADOS POR UN TRATAMIENTO MÉDICO HOSPITALARIO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA.

SE RECONOCERÁN LOS HONORARIOS EN RED POR TRATAMIENTO MÉDICO Y /O QUIRÚRGICO COMO LO INDICA EL CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO INDIVIDUAL. LA AYUDANTÍA QUIRÚRGICA SE INDEMNIZARÁ PARA CIRUGÍAS QUE POR COMPLEJIDAD LO AMERITEN SIN EXCEDER EL 15% DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS. PARA LOS HONORARIOS DE ANESTESIOLOGÍA SERÁ HASTA EL 40% DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS.

4.5. HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA-HOSPITALARIO NO QUIRÚRGICO EN RED.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS RESULTANTES DEL COBRO DE LOS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS PRESTADOS POR EL MÉDICO TRATANTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA. COMO MÁXIMO (2) VISITAS MÉDICAS DIARIAS SIN LÍMITE DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA CINCO (5) INTERCONSULTAS POR CADA MÉDICO TRATANTE DE DIFERENTE ESPECIALIDAD DIARIAS SIN LÍMITE DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

EN TODO CASO Y PARA LOS EFECTOS DE LOS AMPAROS Y COBERTURAS SEÑALADOS EN ESTA CLAUSULA, LA COBERTURA SE CIRCUNSCRIBE A LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD)

A. NO INVASIVO (CARENCIA 90 DIAS)

CONSULTA

890227 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

890228 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA

890230 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

890327 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETE DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

890328 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA (INCLUIDO EN PAQUETE DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO)

890330 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIO VASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

890427 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

890428 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

890430 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

TERAPIA REHABILITACION

933601 TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

ECOCARDIOGRAMA

881203 ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁXICO CON CONTRASTE

881206 ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO CON CONTRASTE

881210 ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA

ELECTROCARDIOGRAMA

895100 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

895201 ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (ESTUDIO DE POTENCIALES TARDÍOS)

MAPA

895004 MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA

895005 MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL

PRUEBA DE ESFUERZO

894102 PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR

894104 PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS

894401 OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR

B. INVASIVO (CARENCIA 180 DIAS)

ECOCARDIOGRAMA (INTRA HOSPITALARIO)

881202 ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁXICO

881204 ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁXICO TRIDIMENSIONAL

881205 ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO

881207 ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL

ARTERIOGRAFIA CORONARIA

876120 ARTERIOGRAFIA CORONARIA, (ESTE AGRUPADOR NO CONTIENE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, SOLO DIAGNOSTICOS)

876121 ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO (ESTE AGRUPADOR NO CONTIENE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, SOLO DIAGNOSTICOS)
876122 ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO

ANGIOPLASTIA CORONARIA

360101 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS
360102 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR) MÁS DE DOS VASOS
360201 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR) CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA UNO O DOS VASOS

ELECTROFISIOLOGÍA

372201 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN VIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR)
372301 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO CONBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR)
372501 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO TRANS ESOFÁGICO
372502 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICARDICO VIA PERFUTANIA
372503 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICARDICO VIA ABIERTA

CIRUGÍA CV

361621 REVASCULARIZACION MIOCÁRDICA NO SE INCLUYEN CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA
352101 REMPLAZO VALVULA AORTICA NO SE INCLUYEN CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA
352201 REMPLAZO VALVULA MITRAL NO SE INCLUYEN CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA
352201 DOBLE REEMPLAZO VALVULAR NO SE INCLUYE CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA

CLÁUSULA 2 - EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS Y/O AMPAROS

LOS GASTOS INCURRIDOS POR LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS, ENFERMEDADES, CONDICIONES MÉDICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÁN EXCLUIDAS Y NO SERÁN INDEMNIZADAS POR LA ASEGURADORA:

- 1. LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES NO DECLARADOS Y AQUELLOS ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDOS AL ASEGURADO.**
- 2. CUALQUIER TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO DE CARENCIA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA O LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DEL ASEGURADO.**

3. CUALQUIER GASTO QUE EXCEDA LOS LÍMITES MÁXIMOS DE COBERTURA.
4. TODO GASTO DONDE SE COMPRUEBE QUE EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO OMITIÓ INFORMACIÓN O HIZO DECLARACIONES FALSAS O INCORRECTAS DE FORMA RETICENTE.
5. GASTOS POR ACOMPAÑANTE, SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA O NO, DURANTE LA RECLUSIÓN DEL ASEGURADO EN UN HOSPITAL.
6. TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, O MEDICINAS DE NATURALEZA PREVENTIVA.
7. TRATAMIENTOS, EXÁMENES Y ESTUDIOS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL CALIFICADA COMO TAL POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGO LABORALES (ARL) A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL BENEFICIARIO AMPARADO.
8. TODO TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO ESTÉ CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDO O QUE SE CONSIDERE EXPERIMENTAL Y NO APROBADO POR LAS SOCIEDADES MEDICO CIENTIFICAS DE COLOMBIA LA ENTIDAD DE GOBIERNO LOCAL CORRESPONDIENTE.
9. GASTOS MÉDICOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DE ESTE CONTRATO Y/O TERMINE EL BENEFICIO INDIVIDUAL DE CADA TITULAR Y DEPENDIENTE.
10. A) CORONAVIRUS, EPIDEMIA Y/O PANDEMIA: SE EXCLUYE CUALQUIER DAÑO O PÉRDIDA O INTERRUPCIÓN O INTERFERENCIA CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, COMO RESULTADO DE, EN CONEXIÓN CON O ATRIBUIBLE A:

CUALQUIER CORONAVIRUS QUE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A;
I) COVID-19;
II) SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS); O
III) MERS-COV;

B) CUALQUIER EPIDEMIA O PANDEMIA QUE REPRESENTA UNA AMENAZA PARA LA SALUD HUMANA, Y QUE SEA DECLARADA OFICIALMENTE.

C) CUALQUIER MUTACIÓN, VARIACIÓN, MIEDO O AMENAZA DE A) O B) ARRIBA DESCRITO, O SIMILAR O EQUIVALENTE EN EL FUTURO.
11. PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS O PERTINENTES.
12. LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SÍ MISMA, SUICIDO O INTENTO DE SUICIDIO, ASÍ COMO LOS ORIGINADOS POR DELITOS O FALTAS A LA LEY, AUN CUANDO LA PERSONA NO HUBIERA ESTADO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES. 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.

- 13. LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS CUANDO EL BENEFICIARIO AMPARADO SEA PARTÍCIPE EN LA VIOLACIÓN DE NORMAS, EN ACTIVIDADES ILÍCITAS, EN LA CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA DECLARADA O NO, EN EJERCICIO DE SERVICIO MILITAR, O COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS, POR CAUSAS NATURALES, POR EPIDEMIAS O PANDEMIAS Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIATIVA PROVOCADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.**
- 14. GASTOS MÉDICOS PARA TRATAMIENTO DE LESIONES QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS, DEMOSTRACIONES O ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES PROFESIONALES, PARA LO CUAL EL ASEGURADO RECIBA UNA COMPENSACIÓN MONETARIA O BENEFICIO FINANCIERO.**
- 15. LOS GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES QUE OCURRAN, O QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE ENTRENAMIENTOS, PRÁCTICAS O PARTICIPACIÓN ACTIVA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES O LOS EVENTOS QUE PUEDAN OCURRIR A CONSECUENCIA DE PRÁCTICAS DE DEPORTES PELIGROSOS O ALTO RIESGO TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, ULTRALIVIANOS, ESQUI DE NIEVE Y ACUÁTICO, BUCEO, DOWNHILL, PARAPENTE, LADERISMO, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, AVIACIÓN NO COMERCIAL, PLANEADOR O SOARING, MONTAÑISMO O ALPINISMO, BOXEO, SURF, SNOWBOARD, CICLISMO DE MONTAÑA, KITE SURF, MOTONAUTICA, WINDSURF, SANDBOARD, MOTO DE NIEVE, GLOBO AEROSTÁTICO, KAYAK, AUTOMOVILISMO, CUATRIMOTO, MOTOCICLISMO, MOTOCROS Y CUALQUIER OTRO DEPORTE DENOMINADO DE ALTO RIESGO. CUANDO VIAJE COMO PILOTO, MECÁNICO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL SERVICIO REGULAR DE PASAJEROS.**
- 16. TODOS LOS TRATATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS NO AMPARADOS U OBJETO DE COBERTURA POR ESTA PÓLIZA Y EL PROGRAMAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL PLAN PLATINO CORAZÓN.**
- 17. CUALQUIER PROCEDIMIENTO DIFERENTE A LOS RELACIONADOS EN LOS SIGUIENTES CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD)**

A. NO INVASIVO (CARENCIA 90 DIAS)

CONSULTA

890227 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O
PROCEDIMIENTOS)
890228 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA
890230 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR
890327 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETE DE CIRUGÍA O
PROCEDIMIENTOS)
890328 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN
CARDIOLOGÍA (INCLUIDO EN PAQUETE DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO)
890330 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA CARDIO VASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O
PROCEDIMIENTOS)
890427 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
CARDIOVASCULAR (INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O
PROCEDIMIENTOS)
890428 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA (INCLUIDO EN
PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)
890430 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
(INCLUIDO EN PAQUETES DE CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS)

TERAPIA REHABILITACION

933601 TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR
931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
939403 TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL

ECOCARDIOGRAMA

881203 ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁXICO CON CONTRASTE
881206 ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO CON CONTRASTE
881210 ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON
PRUEBA FARMACOLÓGICA

ELECTROCARDIOGRAMA

895100 ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
895201 ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (ESTUDIO DE
POTENCIALES TARDÍOS)

MAPA

895004 MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA
895005 MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL

PRUEBA DE ESFUERZO

894102 PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR

894104 PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS
894401 OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR

B. INVASIVO (CARENCIA 180 DIAS)

ECOCARDIOGRAMA (INTRA HOSPITALARIO)

881202 ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁXICO
881204 ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁXICO TRIDIMENSIONAL
881205 ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO
881207 ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL

ARTERIOGRAFIA CORONARIA

876120 ARTERIOGRAFIA CORONARIA, (ESTE AGRUPADOR NO CONTIENE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, SOLO DIAGNOSTICOS)
876121 ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO (ESTE AGRUPADOR NO CONTIENE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, SOLO DIAGNOSTICOS)
876122 ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO

ANGIOPLASTIA CORONARIA

360101 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS
360102 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR) MÁS DE DOS VASOS
360201 ANGIOPLASTIA CORONARIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR) CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA UNO O DOS VASOS

ELECTROFISIOLOGÍA

372201 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN VIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR)
372301 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO CONBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VIA PERFUTANIA (ENDOVASCULAR)
372501 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDIACO TRANS ESOFÁGICO
372502 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICARDICO VIA PERFUTANIA
372503 ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICARDICO VIA ABIERTA

CIRUGÍA CV

361621 REVASCULARIZACION MIOCÁRDICA NO SE INCLUYEN CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA
352101 REPLAZO VALVULA AORTICA NO SE INCLUYEN CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA
352201 REPLAZO VALVULA MITRAL NO SE INCLUYEN CIRUGÍAS POR VIA PERFUTANIA

PARTE II

CLÁUSULA 3 - ELEGIBILIDAD Y ASEGURABILIDAD DE ASEGURADOS

El grupo asegurable deberá estar formado por personas residentes o domiciliadas en Colombia, que a la vigencia de esta póliza y/o sus modificaciones tengan una relación laboral o contractual estable con el Tomador. También son elegibles como Asegurados:

- a. Los propietarios, socios o miembros del directorio del Tomador, siempre y cuando exista autorización expresa por parte de la Aseguradora.
- b. Cualquier conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común, distinto a lo laboral, que sea lícito y cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.
- c. Las personas que con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen en forma laboral estable al Tomador.
- d. Dependientes
- e. Padres
- f. Otros.

Aquellos asegurados o empleados que no ingresaren al grupo siendo elegibles, o que habiéndolo hecho se hayan retirado del mismo, podrán ingresar nuevamente previo cumplimiento de requisitos y aceptación expresa de la Aseguradora, quien tiene la facultad de negar, limitar o condicionar dicho ingreso.

Toda evaluación o examen médico y de diagnóstico adicional a los solicitados por LA ASEGURADORA al inicio de la evaluación, serán asumidos por el asegurado propuesto

Personas asegurables:

Podrán ser aceptados como asegurados las personas que soliciten su afiliación en la solicitud de seguro y que una vez cumplidos con los requisitos de asegurabilidad, sean aceptados.

El retiro de beneficiarios amparados por fallecimiento o por decisión del Asegurado principal se podrá solicitar en cualquier momento de la vigencia del contrato mediante comunicación escrita y la fecha de retiro será la fecha en que LA ASEGURADORA reciba la comunicación. El retiro en vigencia dará derecho a la devolución de la prima no devengada comprendida entre la fecha del retiro y la fecha de vencimiento de la póliza. En caso que se le haya reconocido indemnización al beneficiario retirado, LA ASEGURADORA descontará del valor de la prima a devolver el valor a prorrata de los siniestros.

Dependientes elegibles:

- Cónyuge o compañero permanente del Tomador o Asegurado
- Los hijos, hijastros e hijos legalmente adoptados que cumplan con los límites de edad definidos en la carátula de la póliza, solteros, estudiantes jornada completa en una institución

educativa acreditada, dependan económicamente para su sostenimiento y tengan el mismo domicilio permanente del Asegurado Titular.

- Hermanos
- Padres, abuelos, nietos del Tomador o asegurado

El Asegurado debe tener una edad comprendida entre 18 y 64 años al momento de la suscripción de la póliza (o al momento de incorporarse al grupo). Los dependientes del asegurado deben tener una edad comprendida entre 15 y 64 años de edad.

La edad de permanencia del Asegurado o dependientes será hasta los 99 años de edad.

CLÁUSULA 4 - PERÍODOS DE CARENCIA

LA ASEGURADORA reconocerá los gastos amparados por la póliza, una vez se cumplan los periodos de carencia a continuación estipulados:

180 días calendario continuos para Cardiología invasiva (Arteriografía coronaria, Angioplastia coronaria Electrofisiología Cirugía Cardiovascular) y todos aquellos relacionados en la cláusula primera, literal B.

90 días calendario continuos para Cardiología no invasiva (Ecocardiogramas, Electrocardiogramas, Prueba de esfuerzo, MAPA (monitoreo ambulatorio de presión arterial, Terapia de rehabilitación cardíaca) y todos aquellos relacionados en la cláusula primera, literal A.

CLÁUSULA 5 - REPORTE DE NOVEDADES

El tomador deberá avisar novedades tales como: ingresos o retiros como consecuencia de matrimonios o fallecimientos; así como cambios de estado civil, datos generales de beneficiarios amparados, fechas de nacimiento y parentesco, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la novedad.

Los ingresos de Beneficiarios Amparados durante la vigencia de la póliza deberán ser previamente aprobados por LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA 6 - TÉRMINOS Y DEFINICIONES

ACCIDENTE: Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, que ocurra dentro de la Vigencia de la Póliza, provocado por un agente externo, que produzca daños o lesiones corporales.

ACCIDENTE CARDIOVASCULAR: Con este nombre se designan las enfermedades que afectan al corazón y los vasos sanguíneos por los que circula la sangre. Bloqueo de flujo de sangre.

ACTO MÉDICO O PARAMÉDICO: Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión y que cuente con registro médico,

AÑO PÓLIZA: Período de cobertura de la Póliza o de una cobertura o beneficio comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

ASEGURADO: Persona individual que a solicitud del Contratante queda cubierta por el seguro colectivo.

ASEGURADO TITULAR: Empleado del Contratante que pertenece al Grupo Asegurado como tal en esta Póliza y en Certificado Individual.

CÁNCER: enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor. El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo. El tumor puede invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

CARDIOLOGÍA: Es la rama de la medicina que se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón y del sistema circulatorio.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido por LA ASEGURADORA a favor del Asegurado que se adhiere al contrato de seguro colectivo que contiene las coberturas, las principales condiciones generales de la Póliza y las Condiciones Particulares del Asegurado.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Cualquier cirugía practicada en la sección de servicios ambulatorios de un Hospital que no requiere una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente, o en un Hospital ambulatorio, o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas.

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Es una especialidad de la medicina que se ocupa de los trastornos y enfermedades del sistema cardiocirculatorio que requieren una terapéutica quirúrgica.

CONDICIONES GENERALES: Condiciones establecidas por las aseguradoras para regir todos los contratos pertenecientes a un mismo tipo de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones que permiten la individualización de la Póliza especificando sus particularidades, y que rigen la relación LA ASEGURADORA, Contratante y Asegurados.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Son aquellas condiciones médicas o enfermedades cuyos signos o síntomas aparecieron antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia o aquellos accidentes que hayan ocurrido antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como preexistentes.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con LA ASEGURADORA, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

CATEGORÍA: Significa todos aquellos individuos a los cuales se les haya emitido esta Póliza y que pertenezcan a un mismo grupo de características homogéneas, tal y como sea definido por LA ASEGURADORA y el Contratante en el momento de emisión o renovación.

CUPS CUBIERTOS: Corresponde a los Códigos de la clasificación Única de Procedimientos en Salud objeto de cobertura de esta póliza.

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

DESORDENES CONGÉNITOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Son trastornos estructurales o funcionales de la etapa intrauterina, o que se manifiesten desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios, que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades, sistemas o bien alteraciones funcionales.

EDAD: Cualquier referencia al cumplimiento de una edad determinada, se refiere a la edad del Asegurado en referencia a su fecha de nacimiento.

ELECTROFISIOLOGÍA: Es una serie de pruebas que examinan la actividad eléctrica del corazón.

El sistema eléctrico del corazón produce señales (impulsos) que controlan el ritmo de los latidos. Durante un estudio de electrofisiología, los médicos pueden crear un mapa muy detallado de cómo se mueven estas señales entre cada latido del corazón.

EMERGENCIA: Condición aguda de comienzo repentino o inesperado que requiere tratamiento médico inmediato dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas y de naturaleza tal que es necesario proporcionar tratamiento inmediato caso contrario se pone en riesgo la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o de un órgano.

ENFERMEDAD: Se refiere a cualquier alteración de la salud, trastorno o condición que sufre un Asegurado, diagnosticada por un Médico y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico y cuya información está registrada, reconocida y aprobada en el campo médico.

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

ENFERMEDAD O DOLENCIA CARDIACA: Se refiere a cualquier afección que afecte al corazón, que se manifiesta mediante vasos sanguíneos enfermos, problemas estructurales y coágulos sanguíneos.

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS: cualquier equipo médico que ha sido diseñado para su uso continuo. Este incluye pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, muletas y similares.

EXCLUSIÓN: toda condición, evento, elemento no cubierto bajo la presente póliza.

EXTRAPRIMA: prima adicional que permite amparar las enfermedades, secuelas, complicaciones y recidivas declaradas y aceptadas por BMI

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Es la fecha de entrada en vigor de un Asegurado a la Póliza la que se especifica en el Certificado Individual.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es la fecha de entrada en vigor de la Póliza que se especifica en la Carátula de la Póliza.

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

GASTOS HOSPITALARIOS: Gastos ocasionados por servicios y atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en una clínica u hospital, legalmente autorizada, por más de veinte y cuatro (24) horas, ordenadas y aprobadas por un médico.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Se refiere al cargo por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del contrato de seguro.

GRUPO ASEGURADO: Conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por un contrato de seguro colectivo.

HONORARIOS MÉDICOS: Gastos resultantes del cobro de los servicios prestados por el Médico tratante.

HOSPITAL: Es cualquier institución legalmente autorizada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra domiciliado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias, que cuenta con el personal médico y paramédico permanente, y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano.

HOSPITAL AMBULATORIO: Instituciones autorizadas por la autoridad local correspondiente como Hospital de Día, que cuenta con las instalaciones, equipo, personal médico y paramédico para dar tratamientos médicos y/o quirúrgicos que no requieren ingreso hospitalario

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: alternativa asistencial del área de salud, de carácter transitorio, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de rango hospitalario, (tanto en la calidad como en la cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando la persona no precisa la infraestructura hospitalaria, pero todavía no hay una respuesta. antibioticoterapia intravenosa, curaciones mayores y fototerapia para ictericia neonatal.

LESIÓN: Es el daño corporal causado por un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

LÍMITE MÁXIMO POR AÑO PÓLIZA: Monto máximo por un beneficio a que tiene derecho cada Asegurado mientras se encuentre amparado por esta Póliza.

MEDICAMENTO NECESARIO: Se refiere a la condición de cualquier 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 las sociedades médico científicas;
- f. Se refiere a un procedimiento estético.

MEDICAMENTOS: Son los preparados o sustancias clínicamente probadas como efectivas, reconocidas por el órgano regulador farmacéutico que se requieren para el tratamiento y/o estabilización de la condición médica o para compensar ciertas sustancias del organismo.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos. Todo médico debe contar con el registro médico respectivo.

NOTIFICACIÓN: Es el procedimiento por medio del cual el Asegurado informa a LA ASEGURADORA, a través de los canales de comunicación definidos por esta.

PALIATIVO: es la internación para el paciente crónico que sufre un proceso incurable, cuyo tratamiento debe ser integral para mejorar su calidad de vida.

PANDEMIA: Epidemia extendida a muchos países, o que ataca a casi todos los individuos de un país

PÓLIZA CONTRIBUTIVA: Aquella en la que el Asegurado contribuye en todo o en parte de la prima, que debe ser pagada por el Contratante a LA ASEGURADORA.

PÓLIZA NO CONTRIBUTIVA: Aquella en la que el Asegurado no contribuye en nada con la prima; es el Contratante quien de sus recursos paga la totalidad la prima a LA ASEGURADORA. Las pólizas No Contributivas deberán estar conformadas con por la totalidad del Grupo Asegurable,

PAÍS DE RESIDENCIA: Se refiere al país donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año calendario o Año Póliza; o donde el Asegurado haya residido más de ciento ochenta (180) días calendario durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario mientras la Póliza esté en vigor.

PERÍODO DE CARENCIA O PERIODO DE ESPERA Tiempo comprendido entre la fecha de Inicio de cobertura del Asegurado Titular y/o sus dependientes a la Póliza y el momento en que entran en vigor las coberturas, en las Condiciones Particulares, durante este período LA ASEGURADORA no está obligada a cubrir los gastos incurridos por estos procedimientos y/o enfermedades.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS: Prescripciones o recetas 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.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: Consiste en cuestionarios de salud, evaluación médica, estudios de diagnóstico, y cualquier otro medio con que LA ASEGURADORA obtiene Información sobre la salud y estilo de vida de un propuesto asegurado para decidir si lo puede aceptar.

RED O RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA: Corresponde a los médicos, instituciones médicas, hospitalarias, diagnósticas, profesionales, prestatarios y proveedores de servicios médicos así como diagnósticos con vinculación o acuerdos de servicios y tarifas definidos por la compañía exclusivamente para el programa platino corazón.

SEGURO COLECTIVO: Es un contrato de seguro que proporciona cobertura a un grupo asegurado.

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 servicio ambulatorio y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de veinticuatro (24) horas, o por un período de menos de veinticuatro (24) horas solamente cuando exista una operación programada o cuando el Asegurado pase la noche en el hospital. Los servicios hospitalarios incluyen los costos de cuarto y alimento diario, 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.

SIDA: Cualquier persona que tenga una prueba serológica positiva de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, confirmada con el método de Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) correspondiente a los criterios diagnósticos para SIDA según la Organización Mundial de la Salud o cualquier persona que tenga confirmación serológica para VIH y que tenga además cualquiera de las siguientes enfermedades especificadas asociadas:

1. Candidiásis de la tráquea, bronquios o pulmones. 2. Candidiásis del esófago 3. Cáncer invasivo del cuello uterino. 4. Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada. 5. Criptococosis extrapulmonar 6. Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración) 7. Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar) 8. Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual) 9. Encefalopatía relacionada con el VIH 10. Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofaguitis. 11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar 12. Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración). 13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. 14. Linfoma de Brukitt 15. Linfoma inmunoblástico (o término equivalente) 16. Linfoma primario del cerebro 17. Mycobacterium avium-intracellulerae o Micobacterium Kansali, diseminados o extrapulmonares 18. Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar) 19. Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares. 20. Neumosis carini. 21. Neumonía bacteriana recurrente. 22. Salmonela (no tifoidea), bacteriana recurrente 23. Sarcoma de Kaposi 24. Toxoplasmosis cerebral 25. Síndrome de consunción causado por VIH

TRATAMIENTO AMBULATORIO: Tratamiento médico o quirúrgico que no requiere hospitalización y dura menos de 24 horas

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: Tratamiento médico o quirúrgico en una institución hospitalaria con una duración superior a 24 horas

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Es el lugar de cuidado especializado intrahospitalario, dotado con recursos Idóneos humanos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico y acorde con Las disposiciones legales vigentes.

URGENCIA: Es la alteración física y / o psiquiátrica dictaminada por un médico producida por cualquier causa con diversos grados de severidad, que se comprometen la vida o la funcionalidad de la persona y que requiere de la atención inmediata de servicios de salud. o futuras. La urgencia en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria, que en los servicios que ofrece contemple el servicio de urgencia

Podrá entenderse cualquier evento que por ser imprevisto, y agudo que requiere de atención médica inmediata en un servicio de urgencia de una institución hospitalaria.

CLÁUSULA 7 - 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 o cuya sintomatología haya iniciado antes de la fecha de inicio de esta Póliza.

Las sumas pagaderas por condiciones pre-existentes declaradas, no excluidas, serán indicadas en el clausulado y/o carátula del seguro.

Los tratamientos 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.

CLÁUSULA 8 - VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Renovable siempre y cuando haya pagado la prima, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus anexos, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días calendario antes del vencimiento.

El seguro individual entrará en vigor siempre que el asegurado esté en estado activo en esa fecha cuando:

- a. LA ASEGURADORA exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Aseguradora apruebe la solicitud del propuesto asegurado.
- b. Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

Cuando una persona deje de pertenecer al grupo y quiera reincorporarse deberá diligenciar solicitud de seguro y cumplir requisitos de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que LA ASEGURADORA apruebe la nueva solicitud.

CLÁUSULA 9 - MONEDA

Las primas y los beneficios a que hubiere lugar, serán pagadas en pesos de la República de Colombia.

CLÁUSULA 10 - NOTIFICACIONES

El Asegurado o sus dependientes deben informar su domicilio a LA ASEGURADORA, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

CLÁUSULA 11 - PAGO DE LA PRIMA

La prima es pagadera de acuerdo al plazo estipulado en las condiciones particulares de la póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima como notificación al Tomador del Seguro.

La prima para pólizas contributivas, corresponderá a cada asegurado. Para pólizas No contributivas la prima coespondera al tomador de la póliza. En cualquiera de las dos modalidades, será el tomador el obligado a recaudar y transferir la totalidad del pago a la Aseguradora.

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

La prima se liquidará a prorrata desde el momento que el asegurado propuesto es aceptado por LA ASEGURADORA, hasta el vencimiento de la anualidad de la póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás beneficiarios amparados.

CLÁUSULA 12 - RECARGO POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

Esta Póliza no tiene recargo por fraccionamiento de prima.

CLÁUSULA 13 - REHABILITACIÓN

Si la Póliza ha terminado 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.

CLÁUSULA 14 - REGISTRO DE ASEGURADOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Aseguradora información relacionada con los Asegurados que se encuentren asegurados, como modificación de coberturas, inclusión de asegurados, exclusión de asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la póliza.

CLÁUSULA 15 - TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS

A) 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. Para pólizas contributivas la terminación por no pago opera para el asegurado principal y sus dependientes (en caso de que los hubiere). Para pólizas No contributivas, la terminación por no pago, opera para la totalidad del Grupo Asegurado.
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 acreditar la afiliación al Plan Obligatorio de Salud de él y/o los beneficiarios, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.

Si LA ASEGURADORA recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por LA ASEGURADORA.

B) En virtud de las disposiciones del artículo 1064 del Código de Comercio, la presente póliza subsistirá con todos sus efectos para los integrantes del colectivo, ajenos a la infracción individual de algún asegurado.

CLÁUSULA 16 - RENOVACIÓN

El presente seguro se considera prorrogado por otra anualidad, con las nuevas condiciones negociadas por las partes, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente dentro de los términos establecidos en la Póliza y la Aseguradora haya consentido la renovación. El Tomador deberá por escrito manifestar la continuación del seguro por lo menos con treinta (30) días de anticipación.

CLÁUSULA 17 - ADMINISTRACIÓN

A) PAGOS DE RECLAMACIONES.

LA ASEGURADORA pagará directamente a los proveedores de servicios médicos.

B) 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; solo en los casos que estos se hayan realizado por fuera de Red
- Orden y facturas de medicinas; solo en los casos que estos se hayan realizado por fuera de Red
- Historia clínica o epicrisis

C) 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

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

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, LA ASEGURADORA verificará que el Asegurado 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. deberá informar esta circunstancia a la Aseguradora, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece. En caso de que el Asegurado deje de pertenecer al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o al de excepción, según aplique, el contrato terminará automáticamente.

E) 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).

F) 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.

En tal sentido, El Tomador y/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.

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. En todo caso, frente a este tipo de declaraciones inexactas o reticentes se dará aplicación a las disposiciones del artículo 1064 del Código de Comercio, en el sentido que el contrato subsiste con todos sus efectos para los integrantes del colectivo ajenos a la infracción individual de algún asegurado.

G) 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.

H) 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

I) 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.



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida, S.A.
Firma Autorizada

Representante Legal

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.