

BIENESTAR Y SALUD PARA DISFRUTAR CONDICIONES GENERALES

01/06/2025-1407-P-35-PH-0000000000185-D001

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Con el fin de proteger los intereses de nuestros clientes y con el ánimo de prestarles un excelente servicio, la aseguradora durante el primer mes de vigencia de la póliza, corroborará la satisfacción del cliente con respecto al contrato de seguro de salud que adquirió. Esto se refiere a la claridad en la información suministrada, al conocimiento de las condiciones pactadas, a la responsabilidad del asegurado y de **LA ASEGURADORA** y al entendimiento de las especificaciones del producto.

Por lo tanto, si dentro del primer mes de vigencia de la póliza el tomador o **ASEGURADO** manifestare por escrito su inconformidad a **LA ASEGURADORA**, con cualquiera de los aspectos citados en el párrafo anterior, la aseguradora se obliga a dar por terminado el contrato, siempre y cuando no se haya presentado reclamación alguna, o hecho uso de alguno de los servicios estipulados en la póliza.

Ante esta circunstancia, **LA ASEGURADORA** se compromete a efectuar la devolución total del importe de la prima pagada por el tomador, sin lugar a reconocer ningún tipo de interés.

BIENESTAR Y SALUD PARA DISFRUTAR CONDICIONES GENERALES

01/06/2025-1407-P-35-PH-0000000000185-D001

ARTÍCULO PRELIMINAR

Este contrato se rige por las condiciones generales y las particulares contenidas en esta póliza y por lo no previsto en ellas, se regirá por el código de comercio y la ley colombiana.

Esta póliza se expide con base en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro y los asegurados, sobre su afiliación al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud y las contenidas en la declaración de asegurabilidad que les ha sido presentada por la aseguradora, todo lo cual ha determinado la valoración y aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

CONDICIÓN PRIMERA: OBJETO - COBERTURA

La Compañía de Seguros Bolívar S.A., que en adelante se denominará **LA ASEGURADORA**, con sujeción a las condiciones que a continuación se expresan, garantiza a cada **ASEGURADO** de esta póliza el pago de los gastos médicos en que incurra como consecuencia de un evento médico cubierto por esta póliza.

Los pagos se sujetarán a las siguientes condiciones:

- 1.1.** Que sus costos sean usuales, acostumbrados y médicaamente necesarios, tal como se define en la condición quinta numerales 5.7. Costo usual y acostumbrado y 5.15. Gasto médicaamente necesario de este contrato.
- 1.2.** Que sean consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad originada o un accidente ocurrido durante la vigencia de la presente póliza o de una maternidad cubierta por ésta.
- 1.3.** Que la póliza se encuentre vigente.
- 1.4.** Que el servicio sea avalado previamente por **LA ASEGURADORA** y prestado a través de la red de proveedores escogida por **LA ASEGURADORA**. En caso contrario se reconocerá el 80% del valor facturado por los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO**, por concepto de servicios médicos cubiertos por la póliza, sin sobrepasar el 80% del costo usual y acostumbrado.
- 1.5.** **LA COMPAÑÍA** cubrirá los gastos ocasionados en el territorio nacional por la atención de preexistencias, cuando hayan sido declaradas por el tomador o el **ASEGURADO** en el momento de su inclusión en la póliza, siempre y cuando las mismas no se encuentren excluidas mediante condición particular y/o general.
- 1.6.** En los casos de maternidad gozarán de esta cobertura todas las mujeres aseguradas en esta póliza, bajo las siguientes condiciones: cuando desde el inicio del embarazo hasta su terminación haya mínimo dos (2) personas aseguradas en la póliza, el embarazo se cubrirá si se inicia después del primer día del segundo mes de permanencia continua de la asegurada en la póliza. En caso de que haya un solo asegurado en la póliza, el embarazo se cubrirá si se inicia después del primer día del tercer mes de permanencia continua de la asegurada en la póliza.

Se cubrirán los exámenes genéticos del bebé en gestación solo en aquellos casos donde el embarazo esté cubierto por la compañía. La cobertura estará condicionada a previa autorización de **LA ASEGURADORA**, realizado dentro de la red de proveedores. No aplica reembolso.

CONDICIÓN SEGUNDA - COBERTURAS

Cada **ASEGURADO** tendrá derecho a que sus gastos médicos en salud sean pagados atendiendo las coberturas definidas a continuación por vigencia anual.

Así mismo, para los coberturas que tienen sublímite de valor asegurado, se aplicara el indicado para cada una de ellos en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la póliza.

Estas coberturas son válidas únicamente por atenciones en Colombia.

2.1. Habitación hospitalaria

LA ASEGURADORA reconoce los gastos efectivamente causados por el asegurado por pensión diaria, que incluye habitación privada, dieta alimenticia, llamadas telefónicas locales, alquiler de televisión, servicio general de enfermería y cama de acompañante.

2.2. Unidad de cuidado intensivo

Se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la permanencia en la unidad de cuidado intensivo. Los gastos ocasionados por concepto de honorarios médicos del intensivista se pagarán de acuerdo con lo establecido en dicho concepto, numeral 2.4.3. De esta condición.

2.3. Gastos hospitalarios

En caso de tratamiento médico hospitalario o tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, se reconocerán los gastos hospitalarios, exclusivamente por los siguientes conceptos:

2.3.1. Gastos dentro de la hospitalización: Se reconocen los gastos para el cuidado del **ASEGURADO** mientras éste permanezca hospitalizado por un tratamiento médico o ingrese a una institución hospitalaria para tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, siempre y cuando se suministren durante y como consecuencia directa de la hospitalización o cirugía. Estos gastos pueden ser entre otros: medicamentos, sangre, plasma y sus derivados sanguíneos, suministro de oxígeno, exámenes de laboratorio clínico, gases arteriales, servicios de rayos x, ecografías, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada, exámenes de medicina nuclear, spect, pet scan, medios de contraste, materiales de curación, procedimientos de diagnóstico, monitoreos, bombas de infusión, uso de respirador artificial, derechos de sala de cirugía, elementos y suministros quirúrgicos, dotación del quirófano, esterilización, anestésicos, instrumentación, materiales de osteosíntesis y sala de recuperación.

2.3.2. Urgencia: En caso de urgencia, se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por la atención de urgencia, siempre y cuando se occasionen durante y como consecuencia directa de la misma. Para cada atención de urgencia se aplicará el deducible indicado en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la póliza.

2.3.3. Medicamentos y exámenes de laboratorio: Se reconocen los medicamentos administrados tal como se define en la condición quinta, definiciones, numeral 5.22. De esta póliza, los exámenes de laboratorio practicados al asegurado dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio de la hospitalización o cirugía o dentro de los treinta (30) días posteriores a la terminación de la hospitalización o cirugía, siempre y cuando tengan relación directa con la causa de la misma.

2.3.4. Enfermera: Cuando el **ASEGURADO**, durante una hospitalización cubierta por esta póliza o durante los treinta (30) días siguientes a su egreso hospitalario, requiera por prescripción médica y como consecuencia directa de la enfermedad o accidente que occasiono la atención, del cuidado de una enfermera, **LA ASEGURADORA** reconocerá este servicio durante las veinticuatro (24) horas con un máximo de treinta (30) días de enfermera.

2.3.5. Transporte terrestre: Si un **ASEGURADO**, requiere médicaamente ser transportado por vía terrestre hasta un centro hospitalario o desde éste hasta su lugar de residencia habitual, se reconocerá el servicio de transporte prestado en ambulancia, en las ciudades donde **LA ASEGURADORA** lo ofrece a través de empresas privadas, siempre y cuando haya sido avalado previamente por **LA ASEGURADORA**.

2.3.6. Transporte aéreo de emergencia: Si un **ASEGURADO**, debido a una emergencia médica, requiere médicaamente ser transportado por vía aérea para ser internado en un centro hospitalario, se reconocerá el servicio de transporte prestado en ambulancia aérea, siempre y cuando haya sido avalado previamente por **LA ASEGURADORA**.

2.3.7. Prótesis y aparatos ortopédicos: Se reconocen las siguientes prótesis entre otras: stent, coil, lente intraocular, cardiodesfibrilador, marcapasos, vasculares, valvulares, articulares, diabolos de miringotomia, endovasculares, endouretrales, y aparatos ortopédicos de uso permanente, así como el alquiler de aparatos ortopédicos de uso temporal, hasta la suma máxima indicada en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la póliza.

2.3.8. Reemplazo de prótesis y aparatos ortopédicos: Si el **ASEGURADO** requiere médicaamente el reemplazo de una prótesis o de un aparato ortopédico, éste se reconocerá únicamente si se cumplen los siguientes requisitos:

2.3.8.1. Que la prótesis o el material ortopédico inicial haya sido reconocido por la aseguradora, y.

2.3.8.2. Que no se haya superado el límite máximo para prótesis y aparatos ortopédicos, establecido en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la póliza.

2.3.9. Para trasplantes, obtención y traslado del órgano y retransplantes: Se cubren los costos ocasionados para la realización de trasplantes siempre y cuando la enfermedad que lo ocasionó haya sido cubierta

por la póliza.

Los costos ocasionados para obtener y transportar los órganos, para realizar el trasplante a un **ASEGURADO**, se cubrirán por evento médico hasta la suma máxima indicada en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la póliza.

Si el **ASEGURADO** requiere un retransplante, se reconocerá cada vez que sea medicamente necesario y siempre y cuando los gastos médicos del transplante inicial hubieran sido cubiertos por **LA ASEGURADORA**.

2.3.10. Terapias: Si durante la hospitalización o hasta sesenta (60) días después del egreso hospitalario o hasta sesenta (60) días después del retiro de la inmovilización, si la hubiere, médicalemente el **ASEGURADO** requiere la realización de terapias física, respiratoria, del lenguaje o de rehabilitación cardiaca, se reconocen por este concepto hasta sesenta (60) sesiones de cada una de estas terapias, siempre y cuando guarden relación directa con la causa de la hospitalización.

Se incluyen Hidroterapias hasta 30 sesiones post hospitalarias o post quirúrgicas.

2.3.11. Para tratamiento de hospitalización domiciliaria: Cuando médicalemente el **ASEGURADO** requiera continuar domiciliariamente con un tratamiento hospitalario, por un evento médico o quirúrgico amparado por esta póliza, **LA ASEGURADORA** podrá avalar el tratamiento domiciliario del **ASEGURADO**, siempre y cuando se cumplan todos los siguientes requisitos:

2.3.11.1. Que el tratamiento pueda ser brindado en forma médicalemente segura para el **ASEGURADO.**

2.3.11.2. Que se realice en el domicilio del **ASEGURADO.**

2.3.11.3. Que medie aval de **LA ASEGURADORA para la realización de este tratamiento.**

2.3.11.4. Que el tratamiento sea realizado por personal médico legalmente autorizado.

2.3.11.5. Que esté soportado con todos los requisitos de historia clínica.

2.3.11.6. Que se realice en una de las ciudades donde **LA ASEGURADORA ofrece este servicio a través de empresas privadas.**

2.3.11.7. La duración de esta cobertura se determinará con base en los reportes médicos suministrados por el proveedor de **LA ASEGURADORA para este servicio.**

2.3.11.8. En caso de estados comatosos, enfermedades degenerativas ó desmielinizantes del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple, **LA ASEGURADORA sólo reconocerá por evento médico hasta ciento veinte (120) días de hospitalización domiciliaria. Si el **ASEGURADO** no hace uso de estos días durante la vigencia anual de la póliza, el límite de ciento veinte (120) días se mantendrá para las renovaciones siguientes. En caso contrario, este límite de días se disminuirá en el mismo número de días utilizados por el **ASEGURADO** y se van agotando, sin que haya lugar al restablecimiento del número de días en cada renovación de la póliza.**

2.3.12. Tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica.

Se cubrirán los tratamientos hospitalarios hasta por sesenta (60) días, durante la vigencia anual de la póliza.

2.3.13. Tratamientos de odontología por accidente.

Cuando como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, se realice al **ASEGURADO** dentro del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente, la reducción e inmovilización de fractura, suturas, eliminación de fragmentos dentarios, eliminación de cuerpos extraños, reimplantación de dientes avulsionados, reposicionamiento de la articulación temporomandibular por luxación, cierre de comunicaciones bucosinusales o buconasales. Así mismo, en caso de que el asegurado requiera una reintervención de cualquiera de los anteriores procedimientos, ocasionada por el mismo accidente, se reconocerán los gastos de ésta, únicamente si es consecuencia directa del procedimiento odontológico inicial.

2.4. Honorarios médicos hospitalarios.

2.4.1. Honorarios médicos quirúrgicos: se reconocen los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por honorarios del cirujano, del anestesiólogo y del ayudante de cirugía.

2.4.2. Honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico: Se reconocen los honorarios por la visita diaria del médico tratante al **ASEGURADO** hospitalizado por un tratamiento no quirúrgico.

2.4.3. Honorarios médicos del intensivista: Se reconocen los honorarios por el tratamiento del médico intensivista, cuando el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo.

2.4.4. Honorarios médicos por interconsultas: Si el **ASEGURADO** hospitalizado requiere atención médica de especialistas diferentes al médico tratante, se reconocen máximo tres (3) visitas diarias por especialidad.

2.4.5. Consulta preanestésica: En todos los casos de tratamiento quirúrgico **LA ASEGURADORA** reconocerá una (1) consulta preanestésica.

2.5. Gastos ambulatorios se reconocen exclusivamente los siguientes gastos:

2.5.1. Fracturas, esguinces y luxaciones: Se reconocen gastos tales como honorarios médicos por la atención inmediata, rayos x, medicamentos, yeso, otros gastos necesarios y hasta sesenta (60) sesiones de terapia física, siempre y cuando se realicen dentro de los sesenta (60) días siguientes a la ocurrencia del accidente o dentro de los sesenta (60) días posteriores al retiro de la inmovilización, si la hubiere.

2.5.2. Exámenes de diagnóstico: Se reconocen los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por exámenes de diagnóstico diferentes a exámenes de laboratorio clínico, entre otros: servicios de rayos x, ecografías, resonancia nuclear magnética, tomografías axial computarizada, exámenes de

medicina nuclear, spect, pet scan, así como los medios de contraste que se requieran.

2.5.3. Tratamiento médico ambulatorio: Si durante el tiempo de permanencia continua del **ASEGURADO** en la póliza, requiere tratamiento médico ambulatorio por una o varias de las enfermedades relacionadas a continuación y que las mismas hayan sido cubiertas por esta póliza, se reconocerán los gastos en que incurra tales como honorarios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, hemodiálisis y diálisis peritoneal. Estas enfermedades son:

- Aplasia medular
- Insuficiencia renal aguda o crónica
- Lupus eritematoso sistémico
- Cáncer
- Trasplantes
- SIDA cubierto por la póliza
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc)

2.5.4. Para tratamientos de rehabilitación.

Se cubrirán los tratamientos de rehabilitación por los siguientes eventos:

- Trauma raquímedular.
- Trauma craneoencefálico severo.
- Accidente cerebro vascular.
- Enfermedad de Guillain Barré.
- Enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca.

Los tratamientos se reconocen siempre y cuando se inicie dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del primer egreso hospitalario por el accidente o enfermedad antes mencionado y hasta por un término máximo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de inicio del tratamiento de rehabilitación.

2.5.5. Asistencia ambulatoria por enfermedad.

El **ASEGURADO** tendrá derecho a recibir los siguientes servicios ambulatorios que sean medicamente necesarios.

Los servicios con los que cuenta el asegurado son:

2.5.5.1. Consultas.

2.5.5.1.1. Medico general.

2.5.5.1.2. Medico especialista.

2.5.5.1.3. Medicina complementaria.

2.5.5.1.4. Psicología.

2.5.5.1.5. Nutricionista.

2.5.5.1.6. Optómetra.

2.5.5.2. Exámenes de laboratorio clínico.

2.5.5.3. Terapias.

2.5.5.3.1. Física.

2.5.5.3.2. Respiratoria.

2.5.5.3.3. Del lenguaje.

2.5.5.3.4. De ortóptica.

2.5.5.3.5. Ocupacional.

2.5.5.3.6. Alternativa: Terapia Neural y Acupuntura.*

2.5.5.3.7. Hidroterapias*

2.5.5.3.8. Terapias de ondas de choque*

*Siempre y cuando la patología que de lugar a estas terapias estén cubiertas por la póliza.

Estos servicios solo podrán ser prestados a través de la red de proveedores de **LA ASEGURADORA** y una vez se haya acreditado el deducible establecido para cada servicio en la tabla de cobertura, la cual hace parte integral de la póliza.

En ningún caso habrá reembolso de los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por los servicios descritos en este concepto.

Los servicios de exámenes de laboratorio y terapias requieren para su realización de la orden médica expedida por un profesional médico de la red de proveedores de **LA ASEGURADORA**.

Parágrafo: La prestación de los servicios de asistencia ambulatoria por enfermedad no implica que **LA ASEGURADORA** quede obligada a indemnizar por las demás coberturas indicadas en la condición segunda - coberturas.

2.5.6. Medicina preventiva

Teniendo en cuenta la edad, el sexo y el riesgo médico del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** ha diseñado un programa de prevención y manejo de enfermedades, que contiene diferentes actividades que buscan promover estilos de vida saludables y favorecer el diagnóstico precoz de patologías.

El **ASEGURADO** únicamente podrá acceder a esta cobertura a través del proveedor designado por **LA ASEGURADORA**, quien coordinará las actividades diseñadas especialmente para su grupo familiar.

2.6. Para recién nacido

Los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por la póliza, gozarán en forma automática, desde el mismo instante del parto, de todas las coberturas vigentes en el momento del nacimiento, siempre y cuando se efectúe la inclusión del recién nacido en esta póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento. Igualmente, si se reúnen las condiciones señaladas anteriormente, se extiende a cubrir a los recién nacidos prematuros.

Adicionalmente se cubrirá la valoración del recién nacido por el pediatra en la sala de partos. En caso de que el embarazo sea múltiple, esta cobertura se concederá independientemente para cada recién nacido.

2.6.1. para bebés con enfermedades congénitas:

Los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por la póliza, gozarán en forma automática del tratamiento y gastos relacionados con las atenciones por enfermedades congénitas, siempre y cuando se efectúe la inclusión del recién nacido en esta póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento.

En caso de que el embarazo sea múltiple, esta cobertura se concederá independientemente para cada recién nacido.

2.7. Cobertura de enfermedades congénitas

Para aquellas personas que no hayan estado aseguradas desde el momento de su nacimiento en esta póliza pero que tengan una permanencia como asegurados en ella igual o superior a tres (3) años continuos, gozarán de la cobertura para las enfermedades congénitas que se diagnostiquen y/o se manifiesten por primera vez una vez se haya cumplido dicho lapso de tres (3) años. Esta cobertura sólo aplica para atenciones en territorio colombiano.

2.8. Atención de urgencia durante viaje al exterior

2.8.1. Los servicios brindados por el prestador del servicio de atención de urgencia durante viaje al exterior que contrate **LA ASEGURADORA**, en adelante el prestador, se prestarán únicamente al **ASEGURADO**, quien para efectos de la cobertura contenida en este numeral se denominará el usuario, y son intransferibles a terceras personas. Para recibir los servicios asistenciales aquí

incluidos el usuario deberá exhibir la documentación personal que acredite su identidad y afiliación a seguros bolívar y que especifique a qué póliza corresponde.

2.8.2. Los servicios asistenciales se prestarán únicamente en los países donde el prestador del servicio presta sus servicios.

Los gastos incurridos por asistencias en los países donde el prestador del servicio no presta sus servicios serán reembolsados, sólo si corresponde, según los términos de las presentes condiciones generales.

2.8.3. Los servicios del prestador del servicio tendrán validez exclusivamente durante los primeros noventa (90) días consecutivos por cada viaje, independientemente de la cantidad de países que visite el usuario durante este periodo.

Para establecer el lapso de días se tomarán como base las fechas de salida y regreso al lugar de residencia.

Consecuentemente, la finalización de la vigencia implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en este anexo, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de la vigencia.

2.8.4. Para solicitar los servicios el usuario deberá contactar a la central operativa del prestador del servicio en Bogotá, indicar su nombre, su número de póliza de **SEGUROS BOLÍVAR, el lugar en que se encuentra y el motivo de la solicitud de asistencia. Las centrales operativas del prestador del servicio atienden las 24 horas. Los 365 días del año.**

2.8.5. El prestador del servicio se reserva el derecho de grabar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El usuario expresa conformidad con la modalidad indicada y la eventual utilización de las cintas magnetofónicas como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

2.8.6. Obligaciones del usuario: En todos los casos y para todos los servicios, el usuario se obliga a:

2.8.6.1. Recibir la autorización de una central operativa del prestador del servicio antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Cuando el usuario se desplace fuera del país, y requiera los servicios de asistencia al viajero, antes de iniciar cualquier acción o pago, deberá comunicarse telefónicamente con la central de asistencias del prestador del servicio en Bogotá al número designado para la atención exclusiva de los usuarios de **SEGUROS BOLÍVAR**, durante las 24 horas del día y proporcionar los siguientes datos:

- Su nombre y número de identificación o póliza, así como la vigencia de la misma.
- El lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde el prestador del servicio podrá contactar al usuario o su representante.
- Descripción del problema o dolencia que le aqueje y del tipo de ayuda que necesita.

- Así como cualquier otro dato que fuere necesario para el adecuado desarrollo de la asistencia.

Antes de prestar los servicios de asistencia el prestador del servicio podrá comprobar la veracidad de los anteriores datos.

La llamada podrá ser por cobrar y, en el caso de que tal sistema no fuere posible, el prestador del servicio reembolsará los gastos de comunicación contra presentación de las facturas de dichas comunicaciones.

Parágrafo - falta de notificación al prestador del servicio: En caso de que al usuario le fuera imposible la comunicación previa con el prestador del servicio para solicitar los servicios y autorizaciones respectivas, por encontrarse en peligro su vida, podrá recurrir a un prestador de servicios médicos del lugar donde se encuentre. En caso de que dicha urgencia requiera de la hospitalización del paciente, el usuario o su representante, deberá comunicarse con la central operativa del prestador del servicio en Bogotá dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la admisión al centro asistencial, a fin de notificar la novedad y proporcionar toda la información requerida, salvo caso fortuito o fuerza mayor la cual deberá ser justificada y probada por el usuario.

2.8.6.2. Si fuera imposible comunicarse con la central operativa para solicitar la autorización previa del prestador del servicio arriba mencionada, el usuario podrá recurrir al servicio médico de urgencia más próximo al lugar donde se encuentre. En todos estos casos el usuario deberá comunicar al prestador del servicio la urgencia sufrida y la asistencia recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de las veinticuatro (24) horas. De producido el evento, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación. No se efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situación de emergencia, si no se dio estricto cumplimiento al procedimiento indicado en las presentes condiciones generales.

2.8.6.3. Aceptar las soluciones propuestas e indicadas por el prestador del servicio.

2.8.6.4. Proveer la documentación que permita establecer la procedencia del caso, además de todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por el prestador del servicio y toda la información médica, inclusive la anterior al viaje, o de cualquier índole que eventualmente le sea necesaria al prestador del servicio para la prestación de sus servicios.

2.8.6.5. Entregar al prestador del servicio todos los billetes de pasaje que posea, en aquellos casos en que se solicite que el prestador del servicio se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los billetes de pasajes originales, o cuando el prestador del servicio provea la repatriación del usuario ya sea en caso de accidente grave o defunción. En todos los casos el prestador del servicio responderá solamente por la diferencia de tarifa que podría existir cuando correspondiese.

2.8.6.6. Otorgar la autorización para revelar la historia clínica del usuario (record release form).

2.8.7. Definición de "accidente": Se aclara a fines interpretativos, que en la presente cobertura se entiende por "accidente" el evento generativo de un daño corporal que sufre el usuario, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles, así como que la lesión o dolencia resultante se provocó directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa.

2.8.8. Asistencia médica: Los servicios de asistencia médica a ser brindados por el prestador del servicio se limitan exclusivamente al tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación normal del viaje, e incluyen:

2.8.8.1. Consultas médicas: Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista.

2.8.8.2. Atención por especialistas: Cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia del prestador del servicio y autorizada previamente por la central operativa del prestador del servicio.

2.8.8.3. Exámenes médicos complementarios: Cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia del prestador del servicio y autorizados por la central operativa del prestador del servicio.

2.8.8.4. Terapia de recuperación física: En los casos de traumatismos, si el departamento médico del prestador del servicio lo autorizara y habiendo sido prescripto por el médico tratante, el prestador del servicio tomará a su cargo hasta 10 (diez) sesiones de fisioterapia, kinesioterapia, etc. Según prescripción médica.

2.8.8.5. Medicamentos: El prestador del servicio se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta un máximo de usd 1.000 (mil dólares estadounidenses).

Cuando la medicación del prestador del servicio no esté prontamente disponible y el usuario de la póliza deba hacer uso de la misma en situaciones de emergencia, los desembolsos realizados por estos conceptos le serán reembolsados, solos y corresponde, contra la presentación de comprobantes fehacientes y únicamente hasta el límite indicado.

2.8.8.6. Odontología de urgencia: El prestador del servicio se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia limitada al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria, hasta un máximo de usd 300 (trescientos dólares estadounidenses).

2.8.8.7. Hospitalizaciones: Cuando el departamento médico del prestador del servicio así lo prescriba, se procederá a la hospitalización del usuario en el centro asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio del departamento médico del prestador del servicio. Dicha hospitalización estará a cargo del prestador del servicio durante todo el período de vigencia de la póliza, más 7 (siete) días complementarios. Los días complementarios son sólo para gastos de hotelería hospitalaria y siempre y cuando la suma máxima o monto máximo global no haya sido ya alcanzada.

2.8.8.8. Intervenciones quirúrgicas: Cuando sean autorizadas por el departamento médico y la correspondiente central operativa del prestador del servicio y en los casos de emergencia que requieran urgentemente este tratamiento.

Importante: Quedan expresamente excluidas del servicio de intervenciones quirúrgicas las intervenciones que requieran la implantación, reemplazo y/o reparación de prótesis, órtesis y/o síntesis o elementos afines a las mismas en los usuarios de 70 (setenta) o más años; como así también todos los gastos que se originasen antes, durante o después de la intervención quirúrgica, incluyendo pero no limitados a: estudios complementarios, honorarios médicos y/o asistenciales, terapia posquirúrgica, cambios de billetes aéreos, hotelería hospitalaria, etc.

2.8.8.9. Terapia intensiva y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones así lo requieran, y siempre con autorización del departamento médico y de la central operativa del prestador del servicio.

2.8.8.10. Límite de gastos de asistencia médica: El monto total de gastos por todos los servicios detallados en el presente numeral 2.8.8. No excederá el monto máximo global indicado en el numeral 2.8.21., "definición de monto máximo global" que forma parte integral de las presentes condiciones generales. En la mencionada cláusula se establece un monto máximo global de gastos aplicable en casos de enfermedad y otro monto máximo global aplicable en caso de accidente.

2.8.9. Traslados sanitarios: En casos de emergencia el prestador del servicio organizará el traslado al centro asistencial más próximo para que el usuario herido o enfermo reciba atención médica.

Cuando el departamento médico del prestador del servicio aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, se procederá a la organización del mismo, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la central operativa interviniente y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde haya ocurrido el evento. Un médico o enfermera, según corresponda, acompañará, cuando sea necesario, al herido o enfermo.

Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del departamento médico del prestador del servicio serán tenidas en cuenta para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del usuario. Si el usuario o sus familiares decidieran efectuar el traslado dejando de lado la opinión del departamento médico del prestador del servicio, ninguna responsabilidad recaerá sobre el prestador del servicio por dicha actitud, siendo el traslado, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y riesgo del usuario y/o sus familiares.

2.8.10. Repatriaciones sanitarias: Se realizará únicamente cuando el departamento médico del prestador del servicio estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del usuario, y como consecuencia de un accidente grave. La repatriación del herido se efectuará en avión de línea aérea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiese, sujeto a disponibilidad de plazas, hasta el país de residencia habitual del usuario. Esta repatriación deberá ser expresamente autorizada por la central operativa interviniente. Si el usuario o sus familiares decidieran efectuar la repatriación dejando de lado la opinión del departamento médico del prestador del servicio,

ninguna responsabilidad recaerá sobre el prestador del servicio por dicha actitud, siendo la repatriación, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y riesgo del usuario y/o sus familiares.

- 2.8.11. Acompañamiento de menores:** Si un usuario viajara como única compañía de un(os) menor(es) de quince años, siendo también éste (éstos) usuario(s) de una póliza, y se encontrara imposibilitado para ocuparse del (de los) mismo(s) por causa de enfermedad o accidente, el prestador del servicio organizará el desplazamiento sin cargo de un familiar, a su exclusivo criterio, para que el mismo陪伴 al (a los) menor(es) de regreso al lugar de su residencia permanente.
- 2.8.12. Traslado de un familiar:** En caso de que la hospitalización del usuario, autorizada por el departamento médico del prestador del servicio, sea superior a 10 (diez) días y, según el exclusivo criterio del prestador del servicio, se prevea que la hospitalización continuará por un lapso similar, el prestador del servicio se hará cargo de un billete aéreo, clase económica, sujeto a disponibilidad de lugar, para que un familiar del usuario lo陪伴, siempre que el mismo se encuentre solo en el extranjero. Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que todo el período de hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia de la póliza.
- 2.8.13. Gastos de alojamiento de un familiar:** Como complemento del servicio descrito en el numeral anterior, el prestador del servicio reembolsará al familiar elegido los gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento). Dichos gastos tendrán un monto máximo global de usd 500 (quinientos dólares estadounidenses).
- 2.8.14. Viaje de regreso:** El prestador del servicio se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del usuario, cuando su pasaje original sea de ida y vuelta y de tarifa reducida con fecha fija o limitada de regreso, y no se pueda respetar dicha fecha por razones de enfermedad o accidente del usuario, habiendo sido asistido por el prestador del servicio y con autorización de la central operativa correspondiente. Quedan excluidas las patologías mencionadas en la condición tercera "exclusiones" numeral 3.24., desde el numeral 3.24.1. Hasta el numeral 3.24.13 inclusive de las presentes condiciones generales. Igual beneficio regirá si el usuario debiera regresar a su país de residencia habitual y permanente por fallecimiento en el mismo de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente. En ambos casos las circunstancias que den lugar a este beneficio serán comprobadas y aceptadas a exclusivo criterio del prestador del servicio. El servicio de viaje de regreso no será posible de reembolso, ni se brindará fuera del período de vigencia de la póliza.
- 2.8.15. Gastos de hotel por convalecencia:** El prestador del servicio reembolsará gastos de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento), con autorización de la central operativa interviniante, cuando el médico tratante prescriba reposo forzoso luego de una hospitalización. Para obtener este beneficio el usuario deberá haber estado hospitalizado por un período mínimo de 5 (cinco) días, y siempre que dicha hospitalización haya sido organizada y a cargo del prestador del servicio. Dichos gastos tendrán un monto máximo global de usd 500 (quinientos dólares estadounidenses).
- 2.8.16. Traslado de ejecutivos por emergencias:** En el caso que el usuario se encontrara en viaje de negocios en el exterior y el mismo fuera hospitalizado, con autorización del prestador del servicio, en el

extranjero por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su viaje profesional, el prestador del servicio tomará a su cargo el pasaje de la persona que la empresa del usuario designe a fin de reemplazar al usuario hospitalizado. Este pasaje ha de ser adquirido en la misma clase en la cual adquirió el pasaje el ejecutivo a ser reemplazado y estará sujeto a disponibilidad de las líneas aéreas. El reemplazante deberá ser también, al momento de iniciar el viaje y durante toda la duración del mismo.

2.8.17. Transmisión de mensajes urgentes: El prestador del servicio se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones contempladas en las presentes condiciones.

2.8.18. Asistencia en caso de robo o extravío de documentos, billetes aéreos y/o tarjetas de crédito: El prestador del servicio asesorará al usuario en el caso que le hayan sido robados o haya extraviado sus documentos, billetes aéreos o tarjetas de crédito.

2.8.19. Regreso anticipado por siniestro grave en el domicilio: En caso de siniestro grave (incendio, explosión, robo con daños y violencia, etc.) en el domicilio del usuario cuando éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación, y su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, el prestador del servicio tomará a su cargo el pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda o el costo de un nuevo pasaje en clase turista desde el lugar en que el usuario se encuentre hasta su domicilio.

El evento que generara dicha asistencia deberá ser fehacientemente acreditado mediante la denuncia policial correspondiente. Cuando se haya brindado este servicio, el usuario deberá transferir al prestador del servicio el cupón no utilizado del boleto aéreo original o su contravalor.

2.8.20. Repatriación funeraria: En caso de fallecimiento del usuario, el prestador del servicio organizará la repatriación funeraria y tomará a su cargo los gastos del féretro necesario para el transporte, trámites administrativos y transporte hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia, por el medio que el prestador del servicio considere más conveniente. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados dentro del país de residencia del usuario fallecido e inhumación no estarán a cargo del prestador del servicio. Este servicio se brindará únicamente si la intervención del prestador del servicio es solicitada en forma inmediata al fallecimiento. El prestador del servicio se exime y no será responsable por el traslado de los restos, ni efectuará devolución alguna por este concepto en caso de que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que el prestador del servicio.

2.8.21. Definición de "monto máximo global": Entiéndase por "monto máximo global" a la suma de gastos que por todo concepto el prestador del servicio abonará o reembolsará al usuario. El monto máximo global por evento en enfermedad o accidente en los estados de la comunidad Schengen y sus colonias será de : 30.000 euros y en los demás países será de usd 25.000 (veinticinco mil dólares estadounidenses).

Los límites y servicios enunciados en las cláusulas 2.8.8. A 2.8.19. Inclusive serán considerados a cuenta del monto máximo global.

Los límites mencionados son por usuario y por evento una vez agotado el límite correspondiente cesará toda responsabilidad por parte del prestador del servicio, no teniendo el usuario derecho a ninguna prestación ni reembolso relacionados con los servicios cuyo límite de gastos se ha agotado, con prescindencia del lapso pendiente de vigencia del viaje realizado.

Importante: franquicia: cada vez que se brinda asistencia médica a un usuario, por un nuevo evento, serán a cargo del usuario los primeros usd 100 (cien dólares o su equivalente en moneda local) como franquicia del gasto que dicha asistencia origine, o de su posterior reembolso, si correspondiere.

2.8.22. Localización de equipajes: El prestador del servicio asistirá al usuario en el exterior con todos los medios a su alcance para localizar equipajes extraviados que hayan sido despachados en la bodega del mismo vuelo internacional en el que viaja el usuario, sin que esto implique ninguna responsabilidad por parte del prestador del servicio.

Se proveerá al usuario de etiquetas para la identificación de sus equipajes. Es requisito mantener estas etiquetas adheridas o sujetas al equipaje durante todo el viaje, a efectos de facilitar la identificación del mismo en caso de extravío.

2.8.23. Asistencia legal y anticipo de fondos para fianzas: En los países donde el prestador del servicio brinda su asistencia, pondrá a disposición del usuario que lo solicite, un abogado que se haga cargo de su defensa civil o criminal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente. El prestador del servicio adelantará los importes o se hará cargo de los honorarios y gastos hasta usd 4.000 (cuatro mil dólares estadounidenses).

Si el usuario fuera detenido por imputársele responsabilidad criminal en un accidente, podrá recurrir al prestador del servicio para obtener un préstamo a fin de afrontar la fianza que le fuera exigida para su libertad condicional. Dicho préstamo no podrá exceder de usd 10.000 (diez mil dólares estadounidenses).

Si el usuario, fuera del caso previsto en el párrafo precedente, requiriese asistencia legal para realizar reclamos o hacer demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz de accidente, el prestador del servicio pondrá a su disposición un abogado que lo asesore en la emergencia planteada, siendo a cargo del usuario la contratación de los servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

En todos los casos el abogado designado por el prestador del servicio será el agente del usuario sin que se pueda reclamar al prestador del servicio responsabilidad o indemnización alguna en su contra por haber propuesto al citado profesional.

CONDICIÓN TERCERA: EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

3.1. Tratamiento médico o quirúrgico para atención psiquiátrica, por eventos tales como adicciones, crisis conversivas, así como los tratamientos psicológicos.

3.2. Tratamiento médico o quirúrgico por intento de suicidio o lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO** a sí mismo, sea cual fuere su estado emocional o anímico al causarse la lesión.

3.3. Chequeos médicos ejecutivos con o sin hospitalización.

3.4. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas. Salvo para los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por esta póliza y cuya inclusión en la misma se haya realizado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento. Así como para los asegurados cubiertos conforme el numeral 2.7. -cobertura de enfermedades congénitas- de la condición segunda de esta póliza.

3.5. Enfermedades contraídas antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, conocidas o no conocidas por el tomador o asegurado, así como sus secuelas o consecuencias.

3.6. Accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso del **ASEGURADO** en la póliza, así como sus secuelas o sus consecuencias.

3.7. Rinoplastia o tratamientos o cirugías estéticas o plásticas, salvo las de tipo reconstructivo por accidente o enfermedad cubierta por esta póliza. Mamoplastías, excepto aquellas reconstructivas como consecuencia de cáncer de seno cubierto por esta póliza. También quedan excluidos los tratamientos para adelgazar sean médicos, quirúrgicos o farmacológicos. Se excluyen además los tratamientos de cualquier modalidad para cualquier tipo de obesidad así sean médicaamente necesarios.

3.8. Atención odontológica en general, tal como: implantología, cirugía oral y maxilo facial, rehabilitación oral, tratamiento de articulación temporomandibular, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, ortopedia maxilar, odontología general, pediátrica y estética.

No se considera accidente las fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos o por morder objetos no comestibles.

3.9. Exámenes y corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía, astigmatismo, así como el suministro de anteojos, lentes de contacto u otros elementos para corregir la visión.

3.10. Los dispositivos externos para la audición y las consultas para su adaptación y seguimiento.

3.11. Estudios o tratamientos de fertilización, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, planificación familiar, pruebas genéticas, fecundación in vitro o cambio de sexo parcial o total.

3.12. Vacunas o tratamientos inmunológicos como las inmunoterapias, así como las consecuencias que se deriven de ellos.

3.13. Tratamientos ambulatorios para el tratamiento de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que no hayan desarrollado SIDA.

3.14. Tratamientos hospitalarios por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

- 3.15.** Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de actos de guerra civil o internacional, sea declarada o no, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil, golpe de estado civil o militar, asonada, terrorismo o lesiones causadas por fisión o fusión nuclear.
- 3.16.** Cualquier evento médico cuya causa tenga como origen la participación comprobada del **ASEGURADO** en una actividad delictiva o sea consecuencia de la misma.
- 3.17.** Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
- 3.18.** Cualquier tratamiento derivado de consulta de medicina alternativa, medicina no tradicional o medicina experimental.
- 3.19.** Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.
- 3.20.** Salvo que el **ASEGURADO** haya ingresado a la póliza antes de cumplir los nueve (9) años de edad, se excluye todo tratamiento médico o quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal que no sean consecuencia de un accidente. La prueba del mismo deberá confirmarse por medio de radiografías, tomadas al asegurado dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia y con el resumen de la historia clínica expedido por la entidad hospitalaria en donde recibió la atención.
- 3.21.** Honorarios profesionales por servicios ordenados o prestados por el cónyuge o compañero (a) permanente o por familiares del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad.
- 3.22.** Los gastos de viaje o transporte para recibir servicios médicos, con excepción de los ocasionados por transporte terrestre o transporte aéreo de emergencia definidos en los numerales 2.3.5. - transporte terrestre- y 2.3.6. -transporte aéreo de emergencia- de la condición segunda -coberturas- objeto de esta póliza.
- 3.23.** Estudios, tratamientos o enfermedades causadas directa o indirectamente por sustancias biológicas y/o químicas, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos derivados de actos terroristas.
- 3.24.** En caso de urgencia durante viaje al exterior no se cubrirán:
 - 3.24.1.** Las enfermedades crónicas o preexistentes -conocidas o no por el usuario- padecidas con anterioridad al inicio del viaje.

Al respecto el prestador del servicio solamente pagará -a su exclusivo criterio- por la primera consulta clínica que permita determinar la preexistencia de la enfermedad y sólo hasta un monto máximo de usd 300 (trescientos dólares estadounidenses). Tampoco se tomarán a cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección actual que motiva la asistencia.

- 3.24.2.** Toda intervención quirúrgica que requiera la implantación y/o reparación de prótesis, órtesis y/o síntesis o elementos afines a las mismas en los usuarios de 70 (setenta) o más años.
- 3.24.3.** Las asistencias por enfermedades endémicas y/o epidémicas en países con emergencia sanitaria en caso que el viajero no haya procedido a seguir las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.
- 3.24.4.** Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de empresa criminal del usuario.
- 3.24.5.** Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes de intento de suicidio o de intención de cometer suicidio o causadas intencionalmente por el usuario a sí mismo.
- 3.24.6.** Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- 3.24.7.** Enfermedades, lesiones, afecciones o consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o atención dada por personas o profesionales no pertenecientes al equipo médico o farmacéutico del prestador del servicio.
- 3.24.8.** Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, jet ski, wave runner, moto de nieve, cuatriciclos, vehículos todo terreno, snowboard, skate, parasail, buceo, aladeltismo, alpinismo, ski y / u otros deportes invernales fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
- 3.24.9.** Viajes aéreos en aviones no destinados al transporte público.
- 3.24.10.** Partos. Controles, exámenes y complicaciones de gestación.
Abortos, cualquiera sea su etiología. Las atenciones por maternidad, o por parto o sus complicaciones, no son consideradas como atenciones de urgencia durante viaje al exterior.
- 3.24.11.** Cualquier tipo de enfermedad mental.
- 3.24.12.** Controles de tensión. Hipertensión arterial y sus consecuencias.
- 3.24.13.** Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas.
- 3.24.14.** Se encuentran excluidos además los siguientes gastos:

3.24.14.1. Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, salvo que sean previa y expresamente autorizadas por el departamento médico del prestador del servicio.

3.24.14.2. Gastos de prótesis, órtesis, síntesis de todo tipo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.

3.24.14.3. Gastos de hotel, restaurante y gastos de taxis, a menos que hayan sido expresamente autorizados por el centro operativo del prestador del servicio.

3.24.14.4. En los casos de hospitalización se encuentran excluidos todos los gastos de acompañantes.

3.24.15. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad de base, y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, el prestador del servicio queda eximida de prestar sus servicios.

3.24.16. Circunstancias excepcionales: El prestador del servicio está expresamente liberado, exento y excusado de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el cliente sufra daños por caso fortuito o de fuerza mayor, tales como catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, etc.; así como problemas y/o demoras que resulten ya sea por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación.

Cuando elementos de esta índole intervinesen y una vez superados los mismos el prestador del servicio se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible.

3.24.17. En ningún caso el prestador del servicio prestará los servicios de asistencia al viajero establecidos en el presente anexo, ni efectuará reembolso de gastos de ningún tipo, en tanto y en cuanto el usuario solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afeción a cualquier otra empresa, antes, durante o después de haberlas solicitado al prestador del servicio.

CONDICIÓN CUARTA: PERÍODOS DE CARENCIA

LA ASEGURADORA reconocerá los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO**, por los eventos médicos ocasionados por las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertos por la póliza, no sean preexistentes y una vez se haya cumplido el período de carencia indicado para cada una de ellas, el cual empieza a contarse desde el primer día de inclusión del asegurado en la póliza.

Las enfermedades con período de carencia son las siguientes:

| Enfermedad | Período de Carencia |
|------------------------------------|---------------------|
| Enfermedad coronaria | 6 meses |
| Vasectomía y Pomeroy | 6 meses* |
| Cálculos biliares (en la vesícula) | 12 meses |
| Cálculos urinarios o renales | 12 meses |
| Cistocele o rectocele | 12 meses |
| Hernias de cualquier tipo | 12 meses |
| Miomatosis uterina (miomas) | 12 meses |
| Várices | 12 meses |
| SIDA | 12 meses |
| Escleroterapia | 12 meses |

*En la red de LAASEGURADORA no aplica reembolso

CONDICIÓN QUINTA: DEFINICIONES

Todos los términos definidos a continuación aplican para el presente clausulado.

- 5.1. Accidente:** Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del **ASEGURADO** que produzca lesiones en su integridad física. Esta definición no opera para el amparo de urgencia durante viaje al exterior.
- 5.2. Aparato ortopédico:** Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, mejorar la función de las partes móviles del cuerpo, con excepción de aquellos en los que no se ha demostrado científicamente su eficacia o que buscan únicamente mejoras estéticas.
- 5.3. Asegurado:** Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura.
- 5.4. Asegurado principal:** En las pólizas individuales es quien sea designado como tal en la solicitud del seguro. En las pólizas colectivas es la persona que tenga un vínculo con el tomador distinto al de la contratación del seguro.
- 5.5 Atención ambulatoria:** Es el ingreso del **ASEGURADO** a un centro de atención de salud legalmente establecido, para recibir tratamiento médico, paramédico y/o quirúrgico, con una permanencia de menos de veinticuatro (24) horas en él.
- 5.6. Crisis psicótica:** Cuando se presenta el primer episodio de psicosis que cumple los criterios establecidos por el DSM-IV. Según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV) la psicosis se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: Ideas delirantes, alucinaciones,

lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Según el manual solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. No se considera psicosis si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad médica asociada.

5.7.-Costo usual y acostumbrado: Es el valor que la **ASEGURADORA** reconoce a los profesionales e instituciones de su red de proveedores en el territorio nacional, por un servicio médico igual o similar, dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio al **ASEGURADO**.

5.8. Deducible: Es el valor que se estipula en el contrato que no está cubierto por la póliza, y por lo tanto está a cargo del **ASEGURADO**, sobre el total facturado por concepto de los servicios prestados cubiertos por la póliza.

5.9. Emergencia médica: Es toda situación imprevista que requiere una atención médica y/o quirúrgica inmediata, consistente en establecer un criterio diagnóstico y/o actitud terapéutica, evitando de esta manera un riesgo vital.

5.10. Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

5.11. Enfermedad congénita: Se entenderá por un padecimiento congénito, todo aquello que está presente antes del nacimiento. En general anomalías o enfermedades, aun cuando no sean reconocibles en el neonato y su manifestación clínica tenga lugar durante la vida post natal, incluso en la segunda o tercera infancia y aún en la edad adulta. Puede ser de tipo hereditario (cromosomopatías) o adquirido (tóxicos o infecciones).

5.12. Enfermera(o): Es el profesional legalmente autorizado, para ejercer la práctica de la enfermería.

5.13. Evento médico: Es todo acto médico que comprende todas las atenciones ambulatorias, hospitalarias o quirúrgicas, que requiera cualquiera de los **ASEGURADOS** por concepto de una enfermedad, accidente o maternidad cubierto por la póliza.

5.14. Experimental: Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica nacional y/o internacional; y se encuentran bajo estudio, investigación, periodo de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico.

5.15. Gasto médicamente necesario: Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del **ASEGURADO**, el cual no debe exceder en alcance, duración e intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y, además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica.

Al decir "no exceder en alcance, duración e intensidad", se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el **ASEGURADO** con los procedimientos o tratamientos realizados.

- 5.16. Habitación privada:** Es el lugar del centro hospitalario donde permanece el **ASEGURADO** para recibir el tratamiento médico, el cual consta de habitación individual sencilla. No se considera habitación privada la habitación con sala.
- 5.17. Hospitalización:** Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, o la atención en el domicilio del **ASEGURADO** dada por un proveedor legalmente constituido para tal fin, previa prescripción médica avalada por **LA ASEGURADORA**, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas. Duraciones inferiores se considerarán como atención ambulatoria.
- 5.18. Hospitalización domiciliaria:** Es la atención médica multidisciplinaria que se presta a un **ASEGURADO** que requiere cuidados hospitalarios en su domicilio para el manejo integral de su enfermedad, con la misma calidad técnico científica de una institución hospitalaria. Tiene como fin promover el bienestar del **ASEGURADO** en su propio entorno para contribuir en la recuperación de su salud y mejorar la calidad humana de la asistencia hospitalaria, al llevar a cabo las actividades en el domicilio habitual del **ASEGURADO**, ya que la atención es prestada a través de un equipo de profesionales médicos y paramédicos que cumplen las mismas funciones y actividades que se desarrollan en el centro hospitalario.
- 5.19. Indemnización:** Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligado a pagar **LA ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.
- 5.20. Institución hospitalaria:** Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente autorizada por los organismos gubernamentales competentes para prestar el servicio requerido por el **ASEGURADO**. No se consideran instituciones hospitalarias, para efecto de este seguro, los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, clínicas neuropsiquiátricas, instituciones dedicadas al tratamiento de adicción a las drogas o al alcohol e instituciones similares.
- 5.21. Material de osteosíntesis:** Implementos utilizados para fijar entre sí los extremos de un hueso fracturado tales como: anillos, placas, alambres, clavos y tornillos.
- 5.22. Medicamentos administrados:** Son las dosis de medicamentos formulados por el médico tratante, adquiridos y consumidos por el **ASEGURADO**.
- 5.23. Obesidad:** Estado de salud anormal en el cual hay un exceso serio de grasa corporal que se ve acompañada por un incremento de peso del cuerpo.
- 5.24. Patología aguda:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se

manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible y tiene una aparición súbita y curso rápido.

5.25. Período de carencia: Se entiende como el lapso contado a partir del inicio de la vigencia de la póliza y durante el cual el **ASEGURADO** no tiene la cobertura.

5.26. Preexistencia conocida: Enfermedad, malformación o afección ocurrida y originada y cuyos síntomas y/o signos clínicos se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de la inclusión del **ASEGURADO** en la misma, independientemente de que su diagnóstico se realice durante la ejecución del contrato.

5.27. Preexistencia no conocida: Enfermedad, malformación o afección originada y cuyos síntomas y/o signos clínicos no se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de la inclusión del **ASEGURADO** en la misma.

5.28. Prótesis: Sustituto artificial de una parte faltante o fallante del cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura.

Para efectos de la cobertura de prótesis, únicamente se cubrirán aquellas que no se encuentren en fase experimental y se estén comercializando dentro del portafolio de las casas con representación nacional.

5.29. Retransplante: Es el transplante practicado a una persona a la que previamente se le había realizado el transplante del mismo órgano.

5.30. Sida cubierto por la póliza (síndrome de inmunodeficiencia adquirida): Padece SIDA cubierto por la póliza toda persona que cumpla las siguientes condiciones:

1. Que presente una prueba serológica positiva para VIH confirmada con Western Blot.
2. Que presente cualquiera de las enfermedades asociadas y aceptadas como tales internacionalmente por la organización mundial de la salud en el momento de la ocurrencia del evento médico.
3. Que el mismo sea proveniente de una infección por VIH adquirida durante el tiempo de permanencia del **ASEGURADO** en la póliza.

5.31. Tomador: Es la persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y al que le corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo los que por su naturaleza correspondan al **ASEGURADO**.

5.32. Trasplante: Es un tratamiento médico complejo que permite que órganos, tejidos o células enfermos de una persona puedan reemplazarse por órganos, tejidos o células sanos de la misma o de otra persona. en algunos casos esta acción sirve para salvarle la vida; en otros, para mejorar la calidad de vida o ambas cosas.

5.33. Tratamiento ambulatorio: Son los gastos en que incurre el **ASEGURADO**, suministrados fuera de una institución hospitalaria o dentro de ella durante un periodo de tiempo menor de veinticuatro (24) horas, tales como honorarios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, hemodiálisis y diálisis peritoneal.

5.34. Tratamiento de rehabilitación: Es el conjunto de atenciones que buscan a través de terapia física, respiratoria, del lenguaje u ocupacional entre otras, recuperar o aminorar el deterioro de la función de un órgano o sistema.

5.35. Urgencia: Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. (Decreto 412 de 1992 Min. Salud pública).

CONDICIÓN SEXTA: AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 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 cambia de E.P.S. o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a la aseguradora, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

Parágrafo - Garantía de conducta.

El tomador o **ASEGURADO** asumen como garantía de conducta mantener vigente su afiliación y cotización al régimen contributivo de salud, esto es, una vinculación y pago a una entidad prestadora de servicios de salud (o la entidad que haga sus veces según el marco legal vigente) que cubra el plan obligatorio de salud (o el conjunto de servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud que haga sus veces según el marco legal vigente).

Si durante la vigencia de este contrato o al momento de la renovación, el tomador o **ASEGURADO** principal pierde su calidad de afiliado al régimen contributivo de salud o a un régimen de excepción si es el caso, **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro de forma inmediata, reintegrando las primas pagadas y no devengadas según sea el caso sin que por ello se entienda que se ha dado por terminado sin justa causa el contrato de seguro, ni que se estén vulnerando sus derechos como consumidor financiero, por tratarse de una causal objetiva, por la inobservancia de una exigencia legal que constituye prerequisito para la vigencia del contrato de seguro.

La anterior garantía se pacta en razón de la naturaleza de plan complementario de salud que tiene este seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA: ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

El tomador o **ASEGURADO** principal conoce que tiene la facultad de elegir en el momento de requerir la utilización de los servicios médicos, si emplea los contratados por esta póliza o los del plan obligatorio de salud P.O.S., al cual se encuentra afiliado.

CONDICIÓN OCTAVA: SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En el caso de cualquier evento médico, **LA ASEGURADORA** o el **ASEGURADO**, si lo consideran necesario, podrán solicitar una segunda opinión médica, previa a la realización del tratamiento o procedimiento médico, la cual será pagada en su totalidad por **LA ASEGURADORA**, y el **ASEGURADO** estará en la obligación de colaborar para su realización. en caso de que la segunda opinión no coincida con la recomendación médica inicial, **LA ASEGURADORA** podrá solicitar una tercera opinión y el **ASEGURADO** estará en la obligación de colaborar para su realización.

CONDICIÓN NOVENA: PERSONAS ASEGURABLES

Además del **ASEGURADO** principal, pueden inscribirse como asegurados de esta póliza, mediante el pago de la prima respectiva, su cónyuge o compañero permanente y los familiares del asegurado principal o de su cónyuge o compañero permanente que se indican a continuación:

Padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos, siempre y cuando en el momento de realizarse la solicitud del seguro no hayan cumplido los sesenta (60) años de edad.

La persona no tendrá la calidad de **ASEGURADO** hasta que **LA ASEGURADORA** acepte por escrito su inclusión como **ASEGURADO** en la póliza.

El tomador podrá solicitar la inclusión de nuevos asegurados durante la vigencia de la póliza y en caso de ser aceptados, su ingreso se efectuará a partir del día en que se inicie una nueva mensualidad.

CONDICIÓN DÉCIMA: RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de asegurados se podrá tramitar en cualquier momento durante la vigencia del seguro.

Si la prima es de pago anual o semestral el valor de la prima no devengada será devuelto al tomador de la póliza.

En todos los casos la solicitud de retiro de asegurados debe estar acompañada del carné de cada **ASEGURADO** a retirar.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA: PAGO DE PRIMAS

11.1. Obligación de pago, períodos de pago y recargo por fraccionamiento

De la prima: El tomador de la póliza está obligado al pago de la prima dentro de los términos establecidos en esta condición.

Las primas son anuales, pero podrán ser pagadas en fracciones semestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes, según la periodicidad de pago, liquidados sobre el valor de la prima anual.

La prima inicial debe pagarse en el momento de la entrega de la póliza.

Si los pagos son fraccionados, las cuotas posteriores a la primera, así como la primera cuota de las anualidades siguientes a la primera, deben cancelarse el día en que se inicia la fracción correspondiente. No obstante lo anterior, la aseguradora otorga un período de gracia para el pago de la prima, de un mes contado a partir del día en que inicia la fracción correspondiente.

11.2. Falta de pago de la prima: Si la prima no fuere pagada dentro del plazo establecido en el numeral anterior, una vez vencido éste, se producirá la terminación automática del contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO E INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL CONTRATO

La cobertura contenida en el presente contrato, entra en vigencia en el día y hora indicada en la carátula de la póliza, una vez se haya firmado el contrato y **LA ASEGURADORA** haya recibido el valor de la primera prima.

Cuando la primera prima sea pagada mediante convenio de descuento, mientras ingresa el valor de la misma a **LA ASEGURADORA**, la cobertura contenida en el presente contrato se otorgará únicamente para enfermedades infecciosas agudas o accidentes, desde el día y hora indicados en la carátula de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA: COBERTURA ININTERRUMPIDA

Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del **ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, ésta se renovará automáticamente, salvo que se presente alguno de los siguientes dos supuestos y no opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza:

13.1. El **ASEGURADO** manifieste en cualquier momento, su intención de dar por terminado el contrato de seguro, o

13.2. El **ASEGURADO** manifieste, con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la vigencia de la póliza, su voluntad de que ésta no se renueve por una nueva vigencia.

La póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de ajustar las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual en cada vigencia remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente al nuevo valor asegurado y nuevo valor de prima para la anualidad.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA: CAUSALES DE NULIDAD

El tomador o **ASEGURADO** principal está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por **LA ASEGURADORA** la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato, con sujeción al artículo 1058 y concordantes del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

En caso de que la presente póliza no sea renovada a la fecha de la terminación de su vigencia y, el **ASEGURADO** se encuentre recibiendo los servicios por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir los costos por los conceptos definidos en la condición primera, generados por la atención médica en curso. Por lo tanto, los costos de un evento médico que se causen con posterioridad a la fecha de terminación de la vigencia de este contrato, no estarán cubiertos aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA: RESPONSABILIDAD CIVIL

Los perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al **ASEGURADO**, que puedan derivarse de un diagnóstico o tratamiento o intervención equivocada o defectuosa, serán responsabilidad de los profesionales o instituciones que presten los servicios.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el tomador o **ASEGURADO** principal cede a **LA ASEGURADORA** los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de los servicios médicos prestados al **ASEGURADO**, faculta automáticamente a la aseguradora para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el asegurado se compromete a entregar a **LA ASEGURADORA** las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES

Salvo el aviso del evento médico, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA: RECLAMACIONES

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

El **ASEGURADO** autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA: CONVERSIÓN AUTOMÁTICA

Cuando **LA ASEGURADORA** genere un nuevo producto de salud, el **ASEGURADO** autoriza a **LA ASEGURADORA**, si **LA ASEGURADORA** lo desea, para que a la terminación de su vigencia anual, esta póliza se convierta automáticamente en el nuevo producto.

Para el efecto, **LA ASEGURADORA** enviará al **ASEGURADO**, por lo menos con noventa (90) días de anticipación a la fecha de renovación de ésta póliza, a la última dirección registrada en el contrato de seguro y por correo certificado, las condiciones en que se modifica este contrato, para que el asegurado por lo menos con treinta (30) días de antelación a la fecha de renovación de esta póliza, manifieste por escrito a **LA ASEGURADORA** su voluntad de aceptar la conversión.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA: 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 afectara únicamente después de haberse agotado las coberturas propias del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT).

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA: PAGO A PROVEEDORES

El tomador o **ASEGURADO** principal autoriza a **LA ASEGURADORA** a cancelar directamente al proveedor el valor de los servicios prestados con cargo a la póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA: CAMBIO DEL PROVEEDOR PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LA ASEGURADORA podrá cambiar en cualquier momento los proveedores escogidos para la prestación de los servicios cubiertos por la póliza.



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal