

suramericana



SEGURO DE SALUD
Plan Salud Personalizado

suramericana



SEGURO DE SALUD

Plan Salud Personalizado

SEGURO DE SALUD

Plan Salud Personalizado

COBERTURAS

- * HABITACIÓN.
- * UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- * HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS.
- * HONORARIOS QUIRÚRGICOS Y DE ANESTESIÓLOGO.
- * GASTOS HOSPITALARIOS.
- * PRÓTESIS. STENT, COIL, MARCAPASOS.
- * CIRUGÍAS AMBULATORIAS, FRACTURAS LUXACIONES Y ESGUINCES.
- * CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA.
- * HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL.
- * TRATAMIENTO POR CÁNCER Y LEUCEMIA.
- * EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
- * LABORATORIO CLÍNICO.
- * TERAPIAS.
- * URGENCIAS.
- * ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA.

EXCLUSIONES

1. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO O LABORATORIO CLÍNICO, TERAPIAS COMO CONSECUENCIA DE:
 - 1.1 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
 - 1.2 ALCOHOLISMO Y/O DROGADICCIÓN.
 - 1.3 ESTRABISMO, EXCEPTO PARA LOS ASEGURADOS QUE HAYAN NACIDO CON DERECHO AL AMPARO AUTOMÁTICO.
 - 1.4 DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.
 - 1.5 OBESIDAD DE CUALQUIER TIPO, INCLUYENDO LA OBESIDAD MORBIDA. BY PASS GÁSTRICO.
 - 1.6 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO LA ATENCIÓN DE URGENCIA POR ACCIDENTE Y SIEMPRE Y CUANDO EL SERVICIO SEA SOLICITADO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE. ENFERMEDADES PERIODONTALES Y SUS COMPLICACIONES, ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS DE LA MORDIDA O TRASTORNOS DEL DESARROLLO MANDIBULAR O MAXILAR.

NO SE CONSIDERARÁN ACCIDENTE LAS FRACTURAS DENTALES CAUSADAS POR LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS.
 - 1.7 MAMOPLASTIAS DE CUALQUIER TIPO. EXCEPTO AQUELLAS RECONSTRUCTIVAS A CONSECUENCIA DE CÁNCER DE SENO.
 - 1.8 DIETAS, ADELGAZAMIENTO, REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGÍA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ESCLEROTERAPIA, QUIROPRAXIA Y SIMILARES.
 - 1.9 RINOPLASTIA, CIRUGÍA ESTÉTICA, CIRUGÍA PLÁSTICA, EXCEPTO LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA FUNCIONAL COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.
 - 1.10 FERTILIDAD O INFERTILIDAD, LIGADURA DE TROMPAS, VASECTOMÍA, INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS, FECUNDACIÓN INVITRO, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.
 - 1.11 PATOLOGÍAS DEL FETO. ABORTO PROVOCADO, SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES.
 - 1.12 PRUEBAS GENÉTICAS. PRUEBAS DE ALERGIA O PARCHÉ.
 - 1.13 CHEQUEOS MÉDICOS O DE DIAGNÓSTICO, EXÁMENES DE INGRESO, CHEQUEOS EJECUTIVOS.
 - 1.14 COMPLICACIONES O SECUELAS DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
 - 1.15 ENFERMEDADES SICOLÓGICAS O SIQUIÁTRICAS, ENFERMEDADES MENTALES, ESTADOS DE DEMENCIA, PSICOTERAPIA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA O NEUROPSIQUIATRICA, ESTADOS DEPRESIVOS, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O DESCANSO. EXCEPTO LAS CONSULTAS EXTERNAS SIQUIÁTRICAS Y LOS TRATAMIENTOS SIQUIATRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, LIMITADO A UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO POR VIGENCIA ANUAL.
2. CONSECUCIÓN DE ÓRGANOS A TRASPLANTAR.
3. SUMINISTRO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AUDÍFONOS. APARATOS O EQUIPOS ORTOPÉDICOS.
4. PRÓTESIS, EXCEPTO LAS INDICADAS EN EL NUMERAL 1.6. DE LA CLÁUSULA III - COBERTURAS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual pertenece	Identificación Interna de la proforma
Código Clausulado	01/05/2011	1411	P	35	F-02-90-168
Código Nota técnica	01/05/2011	1411	NT- P	35	N-02-90-003

5. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL. LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR. ASÍ COMO LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO PARTICIPE DIRECTAMENTE EN HUELGA, MOTÍN, ASONADA, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN.
6. EL ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO, TRASTORNOS DEL SUEÑO, TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO DEL RONQUIDO, UVULOPALATOPLASTIA.
7. LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO PARTICIPE EN ACTOS ILÍCITOS.
8. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES O AMATEURS DE DEPORTES O ACTIVIDADES DENOMINADOS DE ALTO RIESGO Y/O EXTREMOS, TALES COMO: MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, PLANEADORES, VUELO EN COMETAS, ULTRALIVIANOS Y SIMILARES, PARAPENTE, BUNGEE JUMPING, PUENTING, RAFTING, DOWNHILL, PARACAIDISMO, ESCALAJE DE MONTAÑAS, ENTRE OTROS.
9. LOS MEDICAMENTOS, LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS Y LOS DISPOSITIVOS O INSUMOS MÉDICOS (INTERVENCIONES) EXPERIMENTALES O EN INVESTIGACIÓN.
10. LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA UN TRATAMIENTO AMBULATORIO (NO HOSPITALARIO), EXCEPTO LOS AMPARADOS EXPRESAMENTE POR LA PÓLIZA.
11. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS REALIZADOS EN INSTITUCIONES O POR PROFESIONALES NO AUTORIZADOS POR LA RESPECTIVA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL PARA LA PRÁCTICA Y/O REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS.
12. EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PROCESADOS EN EL EXTERIOR, INDEPENDIENTE DE QUE LA MUESTRA HAYA SIDO TOMADA EN COLOMBIA.
13. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS O COBERTURAS MÉDICO ASISTENCIALES NO DETERMINADAS O PREVISTAS EXPRESAMENTE DENTRO DE LAS COBERTURAS DE LA PRESENTE PÓLIZA.
14. LAS CONSULTAS, EXAMENES DE LABORATORIO Y/O DIAGNÓSTICO, LAS TERAPIAS O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO PROVENGAN DE UNA ORDEN DADA O DE UNA REMISIÓN HECHA POR EL MÉDICO PERSONAL.
15. TODOS LOS GASTOS EN EL EXTERIOR COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS, HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS, CONSULTAS MÉDICAS, TERAPIAS, EXÁMENES DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO, MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIO Y ATENCIÓN DE URGENCIAS.

LIMITACIONES DE COBERTURA

SIEMPRE Y CUANDO, LAS COBERTURAS OFRECIDAS EN ESTA PÓLIZA, SE UTILICEN EN COLOMBIA Y LA CAUSA DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O AMBULATORIO Y/O DE LOS EXÁMENES Y/O TERAPIAS NO CORRESPONDA A UN PADECIMIENTO CIERTO, O A UNA EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA U OBEDEZCA A UNA DECLARACIÓN INEXACTA O DE LUGAR A UNA RETICENCIA, LOS EVENTOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN SE RECONOCERÁN DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS NO URGENTES: SE CUBREN A PARTIR DEL PRIMER (1er) DÍA DEL SÉPTIMO (7º) MES DE PERMANENCIA CONTÍNUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.
PARÁGRAFO: LAS CIRUGÍAS DE URGENCIA TENDRÁN COBERTURA DESDE EL PRIMER (1er) DÍA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
2. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS CON TÉCNICAS NUEVAS: LOS CASOS PARA LOS CUALES NO EXISTA CONVENIO, SE RECONOCERÁN A LAS TARIFAS DEL PROCEDIMIENTO CONVENCIONAL.
3. ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO: SE CUBRE A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.
4. SEPTOPLASTIA FUNCIONAL (NO ESTÉTICA), HERNIA INGUINAL, UMBILICAL Y EPIGÁSTRICA: SE CUBREN A PARTIR DEL PRIMER (1er) DÍA DEL TERCER (3er) AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.
PARÁGRAFO: A PARTIR DEL PRIMER (1er) DÍA DEL SÉPTIMO (7) MES DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA MISMA, SE RECONOCERÁ LA SEPTOPLASTIA, CUANDO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, EL CUAL DEBERÁ HABER SIDO ATENDIDO COMO UNA URGENCIA DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA Y SE ADJUNTEN LAS RADIOGRAFÍAS CON SUS RESPECTIVAS LECTURAS, EN LAS CUALES SE IDENTIFIQUE EL TRAUMA.
5. ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS: SE RECONOCERÁN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA III - NUMERAL 2.5. PARÁGRAFO SEGUNDO.
6. TERAPIAS: SE RECONOCERÁN MÁXIMO 45 POR VIGENCIA ANUAL.
7. ESTADOS COMATOSOS IRREVERSIBLES: SE CUBRE EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO HASTA POR UN MÁXIMO DE VEINTE (20) DÍAS CALENDARIO POR VIGENCIA ANUAL.
8. ACCESO DIRECTO A CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA ESPECIALIZADA: EL ASEGURADO SÓLO PODRÁ ACCEDER DIRECTAMENTE A LA CONSULTA ESPECIALIZADA CON SU MÉDICO PERSONAL, A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA U OFTALMOLOGÍA.

CUANDO EL ASEGURADO REQUIERA SER ATENDIDO POR UN MÉDICO DE UNA ESPECIALIDAD DIFERENTE A LAS ANTERIORES, DEBERÁ EXISTIR DE POR MEDIO

UNA REMISIÓN POR PARTE DE SU MÉDICO PERSONAL. EXCEPTO EN LAS ATENCIONES MÉDICAS DE URGENCIA.

CONDICIONES GENERALES

La Compañía Seguros de Vida Suramericana S.A., en adelante llamada Suramericana, con sujeción a las condiciones que a continuación se expresan, se obliga para con quienes aparecen en la póliza y se denominan los asegurados, a cubrirles en Colombia por conducto de los Profesionales e Instituciones Adscritas o en Convenio, los servicios de asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica, exámenes de laboratorio, de ayudas diagnósticas y tratamientos hospitalarios o ambulatorios, de conformidad con las coberturas y límites asegurados previstos en el cuadro de amparos (carátula de la póliza), realizados estando vigente esta y cuya causa directa sea una enfermedad originada o un accidente ocurrido durante la vigencia de la misma.

Por lo tanto, los accidentes ocurridos o las enfermedades originadas directa o indirectamente con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza, por tratarse de hechos ciertos, no son asegurables, por expresa disposición del artículo 1054 del código de comercio.

CLÁUSULA PRIMERA - DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se entenderá por:

1. TOMADOR.

Es la persona natural o jurídica que celebra para si misma y/o sus familiares, trabajadores o asociados, el contrato de seguro.

2. ASEGURADO.

Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece la póliza.

3. AFILIADO.

En los contratos colectivos, es la persona natural que tiene el carácter de cabeza de hogar.

4. PROFESIONALES E INSTITUCIONES ADSCRITAS O EN CONVENIO.

Son las personas naturales y jurídicas legalmente autorizados para la práctica de actividades médicas, o la prestación de servicios de salud, tales como: Médicos, Odontólogos, Terapeutas, Hospitales, Clínicas, Centros de Salud, Centros de Radiología y de Ayudas Diagnósticas, Laboratorios Clínicos, Centros de Ortopedia, que tienen convenio de prestación de servicios con Suramericana y figuran en el directorio de profesionales e instituciones en convenio.

5. ACCIDENTE.

Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

6. ENFERMEDAD.

Es la alteración del estado normal de la salud, según diagnóstico médico.

7. TRATAMIENTO HOSPITALARIO.

Es el ingreso a una Institución Hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.

8. TRATAMIENTO AMBULATORIO.

Es el tratamiento médico y/o quirúrgico que no requiere

la hospitalización del paciente o ésta tiene una duración inferior a 24 horas.

9. MÉDICO.

Es el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades médicas o quirúrgicas.

10. MÉDICO PERSONAL.

Es el médico Pediatra (para los asegurados menores de 16 años) o especialista en Medicina Interna (para los asegurados mayores de 16 años), encargado de proporcionarle al asegurado la atención inicial, diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades agudas y/o crónicas, de brindarle el soporte en la promoción, mantenimiento y educación en salud y el apoyo necesario en la prevención de enfermedades.

El Médico personal será el encargado de la remisión del asegurado a otra especialidad médica, en los casos que así se requiera. Es decir, el asegurado no podrá acceder en forma directa a consulta externa especializada, sin el previo consentimiento y remisión de su médico personal. Excepto lo dispuesto en las Limitaciones de Cobertura Numeral 8.

11. GRUPO DE CUIDADO.

Es el equipo médico conformado por el Especialista (Médico Personal) y el médico general, cuya función primordial es la atención integral del paciente, gestionando sus necesidades individuales en salud, coordinando y direccionando al asegurado en los diferentes niveles de atención, cuando las condiciones médicas así lo requieran.

12. HOSPITAL O CLÍNICA.

Es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él servicios médicos y quirúrgicos.

13. PREEXISTENCIAS.

Son aquellas enfermedades, defectos o condiciones de salud existentes con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza y que por constituir un hecho cierto no son objeto de este contrato de seguro.

14. PRÓTESIS.

Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para mejorar el funcionamiento de una parte del mismo.

15. CÁNCER.

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por un incontrolado crecimiento, diseminación de células malignas e invasión de tejidos o leucemia. Se debe establecer el diagnóstico con base en los criterios de malignidad aceptados por las asociaciones patológicas.

16. CRISIS AGUDA.

Es el cambio rápido que sobreviene en una enfermedad de curso cíclico.

17. TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo del asegurado, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas.

18. ESTADOS COMATOSOS IRREVERSIBLES.

Son aquellos casos en los que sólo artificialmente se mantienen las funciones vitales aisladas del cuerpo, al haberse suprimido total e irreversiblemente la actividad cerebral.

19. EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO.

Son aquellos realizados a cualquier parte de tejido, secreción o excreción corporal, que se realiza para el diagnóstico o seguimiento de alguna patología.

20. GASTOS HOSPITALARIOS.

Son los gastos necesarios para el cuidado médico del asegurado mientras permanezca hospitalizado. Incluye el traslado en ambulancia terrestre en aquellos casos que el estado de salud del asegurado lo requiera.

21. ORTESIS:

Se define como Ortesis al dispositivo ortopédico que reemplaza parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física, invalidez o dismetría. Sirve para sostener, alinear ó corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

22. COPAGO.

Es una suma fija a cargo del asegurado para las coberturas que así lo establecen en la carátula de la póliza. Los copagos se modificarán anualmente a partir del primero (1ro) de enero de cada año.

23. PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN EN PÓLIZAS COLECTIVAS.

Son períodos fijados por Suramericana y el Tomador para ingresar a la póliza nuevos asegurados que no fueron inscritos desde la iniciación del contrato.

24. EXPERIMENTAL O EN INVESTIGACIÓN.

- a. Intervenciones: Se definen como intervenciones los medicamentos, las pruebas diagnósticas, los procedimientos médicos o quirúrgicos y los dispositivos o insumos médicos.
- b. Práctica usual: Se denomina “práctica usual” al uso de intervenciones avaladas por guías de práctica clínica basadas en evidencia médica o al uso de la intervención

por la mayoría de la comunidad médica en ausencia de lo anterior.

EXPERIMENTAL O EN INVESTIGACIÓN:

Una intervención se considerará experimental o en investigación, hasta que la evidencia médica de calidad publicada sobre sus riesgos, beneficios, seguridad y eficacia sean suficientes para establecerlos como práctica clínica usual.

La evidencia médica debe provenir únicamente de publicaciones de estudios clínicos realizados por investigadores independientes, revisados por pares, en donde se pueda evaluar críticamente la validez científica.

Por lo tanto una intervención se considera experimental o en investigación cuando cumple al menos con una de las siguientes categorías:

- a. Experimentales y en investigación: No se conoce el riesgo absoluto en humanos. Su uso es exclusivo a estudios clínicos.
- b. No experimentales pero aún en investigación: Se conoce su seguridad y efectividad pero no se ha establecido la equivalencia a intervenciones similares o a la práctica usual. Se puede considerar el uso clínico de éstas intervenciones en contextos muy especiales, idealmente dentro de un ensayo clínico, pero el cubrimiento por las pólizas no será mayor al costo de la práctica usual.

CLÁUSULA SEGUNDA - LOS ASEGURADOS

1. PERSONAS ELEGIBLES PARA INGRESAR A LA PÓLIZA (MENORES DE 60 AÑOS)

- a. El Tomador en los contratos familiares y el Afiliado en los contratos colectivos.
- b. El trabajador cuando el Tomador sea una entidad jurídica.
- c. El cónyuge o compañero (a) permanente del Tomador o del Afiliado.
- d. Los hijos solteros dependientes económicamente del Tomador o del Afiliado.
- e. Los padres dependientes económicamente del Tomador o del Afiliado.

2. EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA

En las Pólizas Familiares no existirá edad límite de permanencia. En las pólizas colectivas sólo se limitará la permanencia a los hijos solteros, dependientes económicamente del afiliado, quienes podrán permanecer en la póliza como asegurados hasta finalizar la anualidad en que cumplan los treinta y cinco (35) años de edad.

3. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

El Tomador en los contratos familiares, el Tomador o el Afiliado en los contratos colectivos, podrán solicitar la inclusión de nuevos asegurados durante la vigencia de la Póliza y en el caso de ser aceptados, su ingreso se efectuará a partir del día en que el contrato inicie una nueva mensualidad.

4. AMPARO AUTOMÁTICO DEL RECIÉN NACIDO

Los niños que nazcan durante la vigencia de esta póliza y cuya madre biológica haya estado asegurada por un período

mínimo y continuo de 27 semanas anteriores a la fecha del parto quedarán amparados automáticamente desde su nacimiento y deberán cancelar la prima correspondiente.

El Recién asegurado, tendrá derecho a la cobertura de las patologías congénitas siempre y cuando se hubiere solicitado su cobertura y pagado la prima correspondiente entre la semana 12 de gestación y la fecha de su nacimiento.

5. EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

El Tomador en los contratos familiares, el Tomador o el Afiliado en los contratos colectivos, podrán solicitar en cualquier momento mediante comunicación escrita la exclusión de uno o varios asegurados y su retiro se hará efectivo a partir de la fecha en que Suramericana reciba dicha comunicación.

CLÁUSULA TERCERA – COBERTURAS

Las coberturas que son objeto del presente contrato, se cubrirán expresamente en especie, a través del equipo médico y las instituciones en convenio concertado para tal fin, para lo cual Suramericana pondrá a disposición de los asegurados un directorio de Médicos e Instituciones Adscritas o en convenio. Estos podrán ser actualizados (retiros o ingresos), sin que para ello tenga que mediar el consentimiento de los asegurados o del tomador.

1. TRATAMIENTO HOSPITALARIO

1.1. Habitación.

Cubre los gastos que se causen por pensión diaria en Habitación Individual Sencilla (incluye habitación, dieta alimenticia y servicio general de enfermería).

Si al momento de ser hospitalizado, el asegurado se ve obligado o voluntariamente toma una habitación de mayor valor a la contratada, el sobre costo correrá por su cuenta.

1.2. Unidad de Cuidados Intensivos.

Mientras el asegurado se encuentre en esta Unidad no se reconocerán los gastos por Habitación.

1.3. Honorarios Médicos por Tratamiento Hospitalario.

1.4. Honorarios Quirúrgicos y de Anestesiólogo.

1.5. Gastos Hospitalarios.

1.6. Material de Osteosíntesis. Prótesis. Stent, Coil, Marcapasos.

Previa autorización por parte de Suramericana, se reconocerá como suma máxima por vigencia anual la indicada en la carátula de la póliza, para los Stent, los Coil, los Marcapasos, el material de osteosíntesis y las siguientes prótesis: Articulares, Valvulares, Intraluminales Venosas o Arteriales, Oculares, de Extremidades Superiores e Inferiores y las Prótesis Mamarias para la reconstrucción del seno como consecuencia de cáncer.

1.6.1. Reemplazo de Prótesis

Si el asegurado requiere del reemplazo de una Prótesis, de las amparadas por la póliza, ésta se reconocerá siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que la Prótesis inicial haya sido reconocida por la póliza de Salud de Suramericana.
- b) Que haya transcurrido un período mínimo de tres (3) años

entre la fecha de colocación de la prótesis anterior y la fecha en la cual vaya a ser reemplazada, y

- c) Que durante todo este período el asegurado haya permanecido continuamente en la póliza.

1.7. Maternidad.

Tendrán derecho al amparo de maternidad:

1.7.1 Para Pólizas Colectivas:

Las aseguradas cuyo embarazo se inicie después de treinta (30) días calendario de su ingreso a la póliza.

1.7.2 Para Pólizas Familiares:

- a) Que el embarazo se inicie después de 30 días de su ingreso a la póliza, siempre y cuando desde el inicio del embarazo hasta su terminación hayan dos (2) o más personas aseguradas, o
- b) Que el embarazo se inicie a partir del segundo año de vigencia continua de la asegurada en la póliza, cuando se encuentre como única asegurada.

2. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS.

Bajo esta cobertura se reconocerán única y exclusivamente:

2.1. Consulta médica

Las consultas con el Médico Personal estarán sujetas a copago.

La Consulta médica producto de una remisión de parte del Médico Personal, estará eximida del copago.

2.2. Cirugías y Tratamientos de Fracturas.

Se reconocerán los gastos incurridos por concepto de las siguientes coberturas establecidas en la Cláusula III – Numerales 1.4., 1.5 y 1.6. (Honorarios Quirúrgicos y de Anestesiólogo, Gastos Hospitalarios y Material de Osteosíntesis, Prótesis, Stent, Coil, Marcapasos).

Parágrafo: Si como consecuencia de un accidente el asegurado requiere de una Ortesis como parte del tratamiento inicial e inmediato a la urgencia, se reconocerán los gastos incurridos por el asegurado, con una suma máxima equivalente al 75% de un (1) SMMLV. Quedan expresamente excluidas las Ortesis post quirúrgicas.

2.3. Tratamiento por Cáncer o Leucemia.

Se reconocerán los gastos incurridos por el asegurado por concepto único y exclusivo de las sesiones de Quimioterapia, Radioterapia, Cobaltoterapia, Hormonoterapia y Similares.

2.4. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

2.5. Exámenes de Diagnóstico y de Laboratorio Clínico.

Parágrafo primero: La Prueba de esfuerzo se reconocerá siempre y cuando sea médicamente necesaria según pertinencia médica.

Parágrafo segundo: Se reconocerán como máximo tres Ecografías Obstétricas por vigencia anual, excepto en aquellos casos de embarazos de alto riesgo, en los cuales se autorizarán las ecografías obstétricas necesarias, según pertinencia médica.

2.6. Terapias.

Se reconocerán las siguientes terapias: físicas (músculo-esquelética), del lenguaje, respiratorias, cardíacas, ortópticas y pélvicas, hasta el número de sesiones indicadas en la carátula de la póliza.

2.7. Atención Médica Domiciliaria – PAMD.

Es un programa de atención médica para aquellos asegurados que dada la naturaleza de su enfermedad pueden ser tratados en su casa, sin alejarlo del entorno familiar.

Este servicio se prestará sólo en los casos que exista acuerdo entre el equipo, médico tratante, asegurado y familia, con aceptación de SURAMERICANA, previa evaluación médica.

Bajo este programa el asegurado tendrá derecho a: Servicios médicos, medicamentos, exámenes de laboratorio y diagnóstico, los cuales les serán prestados exclusivamente por conducto de los Profesionales e Instituciones de la salud adscritos para este fin a SURAMERICANA.

Este servicio sólo será prestado en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla.

2.8. Urgencias Ambulatorias por Enfermedad o Accidente- Hospitalización inferior a 24 horas.

CLÁUSULA CUARTA - EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

Suramericana no responderá en ningún caso por perjuicios civiles de cualquier orden que puedan derivarse de un tratamiento o intervención equivocada o defectuosa por parte de alguno de los Profesionales e Instituciones Adscritas, en desarrollo del presente contrato.

CLÁUSULA QUINTA – PRIMAS Y AJUSTE DE TARIFAS.

1. Cálculo y Pago. Las primas están calculadas para períodos de un (1) año con pago anual y deben cancelarse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de entrega de la póliza, o si fuera el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
2. Pago Fraccionado. El Tomador puede optar por el pago anual, semestral, trimestral o mensual de la prima.
3. Falta de Pago. El no pago oportuno de la prima producirá la terminación automática del contrato, quedando a salvo el derecho de Suramericana de exigir el pago de la parte devengada de ella y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.
4. Ajuste de Tarifas. Cuando uno cualquiera de los asegurados cumpla la edad correspondiente a cualquiera de los rangos de edad definidos en la nota técnica para este producto, se ajustará la tarifa correspondiente al asegurado. El reajuste se hará efectivo en la fecha de la siguiente renovación.

CLAUSULA SEXTA – CAUSALES PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La póliza podrá darse por terminada de forma unilateral, de acuerdo con las normas establecidas en el código de comercio o por alguna de las siguientes causas consideradas como un incumplimiento contractual por parte del Tomador o del asegurado frente al Asegurador:

1. Por presentación de documentos fraudulentos o alterados al solicitar un reembolso o una autorización de Servicios.
2. Por usar o permitir el uso indebido de los carnes de asegurado.
3. Cuando se verifique que no se encuentra afiliado al sistema Contributivo de Seguridad Social en Salud.

CLÁUSULA SEPTIMA – SOLICITUD DE AUTORIZACIONES PARA PROCEDIMIENTOS AMPARADOS POR LA PÓLIZA

El Tomador y/o Asegurado presentará a Suramericana la respectiva solicitud de servicios para el o los procedimientos médicos a realizarse, para lo cual será necesario diligenciar el formulario suministrado por ésta.

Adicionalmente Suramericana podrá solicitar las lecturas y resultados de los exámenes de diagnóstico, laboratorio y Rx, historias clínicas u odontológicas, certificado de defunción, fotocopia de cédula, registro civil de nacimiento, resultados de anatomías patológicas y pruebas hematológicas, certificados de indemnización de otras Aseguradoras y/o denuncia por pérdida de tales documentos.

REEMBOLSOS: Sólo se efectuarán reembolsos en aquellos casos donde el servicio médico cubierto por la póliza haya sido prestado en una ciudad donde no exista convenio. En estos casos el reembolso se efectuará a las tarifas pactadas entre Suramericana y los Médicos y/o Instituciones Adscritas o en Convenio.

En los casos de excepción donde Suramericana deba efectuar algún reembolso en virtud del presente contrato este será pagado al Tomador en las pólizas familiares o al Afiliado en las pólizas colectivas o, en su defecto, a quien demuestre fehacientemente haber hecho los pagos que la sustenten, para lo cual tendrá Suramericana un (1) mes, contado a partir de la fecha en la cual se acreditó con todas las pruebas necesarias la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

CLÁUSULA OCTAVA – SUMA ASEGURADA

Teniendo en cuenta que los seguros de daños por disposición legal son meramente indemnizatorios, del valor a pagar por la presente póliza estarán excluidos los valores reconocidos por otros seguros tales como: SOAT o coberturas del Régimen de Seguridad Social.

CLÁUSULA NOVENA - PÉRDIDA DEL DERECHO A INDEMNIZACIÓN

La mala fe del Tomador, o de cualquiera de los asegurados en la reclamación o en la comprobación del derecho al pago del siniestro, causará su pérdida.

CLÁUSULA CLÁUSULA DÉCIMA - COEXISTENCIA DEL SEGURO

Cuando cualquier asegurado estuviere amparado por otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, deberá declararlo al presentar la reclamación, quedando Suramericana autorizada para pagar la indemnización, con las otras aseguradoras o la misma compañía, en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos y sin exceder su responsabilidad dentro de los límites establecidos por la póliza.

La inobservancia de esa obligación, acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

CLÁUSULA ONCE - RETICENCIA O INEXACTITUD.

EL TOMADOR está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Suramericana. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Suramericana, la hubieran 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 incubierto hechos o circunstancias que implique agravación objetiva del estado del riesgo. Si la Inexactitud o Reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no será nulo pero Suramericana sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la prima estipulada en el contrato represente con respecto a la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

CLÁUSULA DOCE – RENOVACIONES.

El contrato tiene una duración de 365 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición. Se renovará automáticamente por períodos anuales, salvo que Suramericana envíe comunicación escrita informando la no renovación, con una antelación de diez (10) días calendario a la fecha de la finalización de la vigencia. A criterio de Suramericana, y de acuerdo con su experiencia, se reajustarán las tarifas anualmente. Al Tomador se le informarán las nuevas tarifas que regirán a partir de la fecha de la renovación, por lo menos con diez (10) días calendario de anticipación a la fecha de expiración de la vigencia del contrato.

No obstante lo anterior, la renovación quedará sujeta al pago oportuno de la prima correspondiente a la nueva vigencia, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Quinta - Primas

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – SUBROGACIÓN.

Por el solo hecho del pago de los servicios de atención médica, quirúrgica u hospitalaria, Suramericana se subroga automáticamente, por ministerio de la ley, en el monto pagado mas la corrección monetaria, en los derechos del asegurado contra terceras personas responsables del siniestro, para lo cual, el asegurado deberá adjuntar las pruebas necesarias que para las acciones resultantes requiera Suramericana.

La renuncia del Asegurado a su derecho contra terceros responsables del siniestro, le acarreará la pérdida del derecho a la prestación del servicio.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - PRUEBAS MEDICAS.

Mientras esté pendiente cualquier reclamación Suramericana, asumiendo los costos tendrá derecho a hacer examinar a los asegurados cuando y cuantas veces lo requiera razonablemente; así mismo a solicitar los documentos que considere necesarios.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.

Los asuntos no previstos en las Cláusulas anteriores, se regirán por la ley Colombiana, teniendo presente lo dispuesto por el Artículo 1140 del Código de Comercio, en el sentido de que éste es un seguro de carácter indemnizatorio y que, salvo lo aquí dispuesto, le son aplicables las normas propias de los "Seguros de Daños".



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

.....
Oficina principal: Carrera 64 B N° 49A-30 Medellín - Colombia. Teléfono: (4) 260 2100

www.suramericana.com