

AMPAROS BASICOS.

CIRUGIAS AMBULATORIAS, TRATAMIENTO DE FRACTURAS LUXACIONES Y ESGUINCES,

TRATAMIENTO AMBULATORIO POR CANCER Y LEUCEMIA, FISIOTERAPIA, GASTOS POR DIA DE HOSPITALIZACION, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CAMA DE ACOMPAÑANTE, VISITAS PRE Y POST HOSPITALARIAS, VISITAS HOSPITALARIAS, GASTOS HOSPITALARIOS, HONORARIOS QUIRURGICOS, AYUDANTIA QUIRURGICA, ANESTESIOLOGO, PROTESIS, AMPARO DE MATERNIDAD, SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, TRASPLANTE DE ORGANOS, HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL, GASTOS FUNERARIOS, EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS.

EXCLUSIONES

1. ENFERMEDADES, ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS SIN EMBARGO SE CUBRIRAN LAS ENFERMEDADES CONGENITAS A LOS HIJOS QUE CUMPLAN CON LO ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA TERCERA, NUMERAL 3 (AMPARO AUTOMATICO).
2. ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA POLIZA.
3. HOSPITALIZACION QUE TENGA POR OBJETO EL DIAGNOSTICO.
4. CIRUGIA ESTETICA O CIRUGIA PLASTICA, A MENOS QUE SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE ATENDIDO Y CUBIERTO POR LA POLIZA.
5. TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y SE HAYA CONTRATADO EL ANEXO DE TRATAMIENTOS ESPECIFICOS FUERA DE HOSPITAL O CLINICA. NO SE CONSIDERARA ACCIDENTE LAS FRACTURAS DENTALES CAUSADAS POR LA INGESTION DE ALIMENTOS.

6. DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL, ESTRABISMO, SUMINISTRO DE ANTEOIOS, AUDIFONOS Y RESTITUCION DE PROTESIS DENTALES COMPLETAS E INCOMPLETAS.
7. ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD, PLANIFICACION FAMILIAR, PRUEBAS GENETICAS Y FECUNDACION INVITRO.
8. TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO POR ENFERMEDADES O DEFICIENCIAS MENTALES, ADICCION A LAS DROGAS Y/O ALCOHOLISMO, LESIONES DEBIDAS A LA LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O DESCANSO.
9. HOSPITALIZACION O TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO COMO CONSECUENCIA DE ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, REVOLUCION, REBELION, SEDICION, ASONADA, MOTINES, HUELGAS, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE Y LESIONES INMEDIATAS O TARDIAS CAUSADAS POR FISION O FUSION NUCLEAR.

LIMITACIONES DE COBERTURA

LA SEPTOPLASTIA Y/O RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL (NO ESTETICA) SE RECONOCERA A PARTIR DEL TERCER (3) AÑO DE VIGENCIA CONTINUA DE LA POLIZA O DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA MISMA, SIEMPRE Y CUANDO LA CAUSA NO CORRESPONDA A UN PADECIMIENTO PREVIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA O DEL INGRESO DEL ASECURADO A LA MISMA, SE RECONOCERA LA SEPTOPLASTIA Y/O RINOSEPTOPIASTIA, CUANDO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, EL CUAL DEBERA SER ATENDIDO COMO UNA URGENCIA DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA Y SE PRESENTEN LAS RADIOGRAFIAS CON SUS RESPECTIVAS LECTURAS EN LAS CUALES SE IDENTIFIQUE EL TRAUMA.

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. en adelante llamada SURAMERICANA asegura contra el riesgo de enfermedad o accidente a quienes más adelante se denominan ASEGURADOS, de acuerdo con las siguientes estipulaciones.

CLAUSULA PRIMERA - DEFINICIONES:

1. **TOMADOR:** Es la persona natural o jurídica que celebra para sí misma, sus familiares o trabajadores el contrato de seguro.
2. **ASEGURADO:** Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece la póliza.
3. **ACCIDENTE:** Se entiende por accidente 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.
4. **ENFERMEDAD:** Es la alteración de la salud, según diagnóstico médico.
5. **HOSPITALIZACION:** Es el ingreso a una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria.
6. **MEDICO:** Es el profesional legalmente autorizado para la práctica de actividades médicas o quirúrgicas.
7. **ENFERMERA:** Es la profesional legalmente autorizada para la práctica de la enfermería.
8. **HOSPITAL O CLINICA:** Es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él servicios médicos y quirúrgicos.

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCION	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
FORMATO	01/01/2010	13 -18	P	05	F-02-90-102

9. **CANCER:** 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.

10. **PREEXISTENCIAS:** Son aquellas enfermedades, defectos o condiciones de salud existentes con anterioridad al ingreso del Asegurado a la póliza.

11. **PROTESIS Y APARATOS ORTOPEDICOS:** Se definen como elementos de este tipo aquellos cuya finalidad es la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.

12. **EVENTO MEDICO:** Comprende todas las hospitalizaciones o cirugías ambulatorias continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los asegurados, debida a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

Cada Evento Médico tendrá una duración de noventa (90) días contados a partir de la fecha en que se originó la primera hospitalización o se efectuó la primera cirugía.

Durante dicho Evento Médico se indemnizarán los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de las Coberturas establecidas en la Cláusula Tercera Numeral 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 Y 2.8, sin sobrepasar los valores asegurados.

Si la póliza se cancela encontrándose el asegurado hospitalizado, el Evento Médico terminará el día que el Asegurado salga del hospital o clínica o cumplidos los noventa días, lo que suceda primero.

13. **COPAGO:** Es la suma a cargo del Asegurado sobre el total facturado, por concepto de los servicios prestados.

CLAUSULA SEGUNDA - LOS ASEGURADOS

1. PERSONAS ELEGIBLES PARA INGRESAR A LA POLIZA

- a. El Tomador
- b. El cónyuge o compañero (a) permanente del Tomador.
- c. Los hijos solteros dependientes económicamente del Tomador.
- d. Los hermanos solteros dependientes económicamente del Tomador.
- e. Los padres dependientes económicamente del Tomador.
- f. Los trabajadores cuando el Tomador sea una Entidad Jurídica.

2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Podrán ingresar a la póliza las personas mayores de dos (2) meses y menores de sesenta y cinco (65) años. Los asegurados podrán permanecer en la Póliza sin tener un límite de edad para su retiro.

3. INCLUSION Y EXCLUSION DE ASEGURADOS

El Tomador podrá solicitar la inclusión o exclusión de asegurados durante la vigencia de la póliza.

CLAUSULA TERCERA - COBERTURA AMBULATORIA, HOSPITALARIA, MEDICA Y QUIRURGICA

Los asegurados tendrán derecho a las siguientes coberturas

y hasta las sumas pactadas, siempre y cuando la causa del tratamiento o de la muerte no corresponda a una exclusión y la póliza se encuentre vigente.

1. COBERTURA AMBULATORIA

1.1. Cirugías ambulatorias, Tratamiento de Fracturas, Luxaciones y Esguinces.

Se reconocerán los gastos incurridos por el asegurado de acuerdo con las coberturas establecidas en la Cláusula Tercera, Numeral 2.4.1, 2.5, 2.6, 2.7 Y 2.8.

1.2. Tratamiento ambulatorio por cáncer leucemia

Se reconozcan por periodos de ciento ochenta (180) días contados desde el día del diagnóstico positivo de Cáncer y hasta la suma asegurada, los gastos e incurra asegurado por exámenes de control, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia y similares.

Los honorarios del quimioterapeuta, radioterapeuta o cobaltoterapeuta, no podrán exceder del 25% de la suma asegurada.

1.3. Fisioterapia

Se reconocerá la Fisioterapia posterior a un tratamiento hospitalario o quirúrgico, con un límite máximo de treinta (30) sesiones por vigencia anual.

2. COBERTURA HOSPITALARIA

Mientras el asegurado permanezca hospitalizado tendrá derecho a las siguientes coberturas:

2.1. GASTOS POR DIA DE HOSPITALIZACION

Comprende los gastos que se causen por pensión diaria (incluyendo habitación, dieta alimenticia y servicio general de enfermería).

2.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se reconocen los gastos por Día en la Unidad de Cuidados Intensivos. Mientras el Asegurado permanezca en dicha Unidad, no se reconocerán los Gastos por Día de Hospitalización, la Cama de Acompañante ni los Honorarios del Intensivista.

2.3. CAMA DE ACOMPAÑANTE

Si no se hace uso de esta cobertura, podrá ser utilizada como adición a los Gastos por día de Hospitalización.

2.4. GASTOS POR VISITAS MEDICAS

Comprende los honorarios médicos diarios por atención al asegurado hospitalizado y se reconocerán de la siguiente forma:

2.4.1. Visitas pre y/o post - Hospitalarias

Se reconocerá hasta el valor y el número de visitas indicadas en la carátula de la póliza.

2.4.2. Visitas Hospitalarias

Por Tratamiento Médico Hospitalario sin Cirugía

Se reconocerá hasta el valor y el número de visitas diarias indicadas en la carátula de la póliza.

Por Cirugía y Tratamiento Médico Simultáneo

Si como consecuencia de una complicación debida a una intervención quirúrgica o a cualquier otra enfermedad, el asegurado requiere atención médica por parte de uno o

varios médicos de diferente especialidad a la del cirujano, se reconocerá una visita médica diaria por especialidad.

2.5. GASTOS HOSPITALARIOS

Son los gastos necesarios para el cuidado del Asegurado mientras permanezca hospitalizado. Se reconocerán los derechos de sala de cirugía, los elementos y suministros quirúrgicos, los exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, la instrumentación, materiales de anestesia, medicamentos, sangre, plasma y sus derivados, sala de recuperación, material de osteosíntesis, ambulancia terrestre en caso de emergencia y alquiler de muletas, silla de ruedas y caminador.

Adicionalmente se encuentran incluidos dentro de esta cobertura los medicamentos, los exámenes de laboratorio y los rayos x, que se realicen dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio de la hospitalización y/o posteriores a la salida del hospital o clínica, siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó el tratamiento hospitalario.

ENFERMERA ESPECIAL: Cuando posterior a una hospitalización o cirugía el Asegurado requiera por prescripción médica, del cuidado especial de una Enfermera, se reconocerá por día hasta el 40% del valor asegurado para visita médica hospitalaria, con un máximo de 20 días por Evento Médico.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO: Cuando la hospitalización sea superior a quince (15) días ininterrumpidos, la cobertura de Gastos Hospitalarios se restablecerá automáticamente para cubrir los gastos ocasionados desde el día dieciséis (16) en adelante hasta que termine la hospitalización.

El restablecimiento de los Gastos Hospitalarios será por una (1) sola vez por cada Evento Médico.

2.6. HONORARIOS QUIRURGICOS.

La suma a reconocer por este concepto se obtiene de multiplicar el valor asegurado en Honorarios Quirúrgicos por el porcentaje asignado para la cirugía practicada.

Los porcentajes establecidos para cada cirugía se encuentran en la Relación de Procedimientos Quirúrgicos.

2.6.1 Cuando se practiquen dos o más cirugías en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión y durante el mismo acto quirúrgico se reconocerán de la siguiente forma:

- Para la cirugía que tenga el mayor porcentaje de indemnización en la Relación de Procedimientos Quirúrgicos, se reconocerá hasta el 100% del porcentaje asignado.
- Para la segunda cirugía se reconocerá un porcentaje igual al 50% del asignado en la relación de procedimientos quirúrgicos y del 25% para las cirugías restantes.

2.6.2 Cuando se requieran varias intervenciones quirúrgicas que afecten distintos campos operatorios, cada una de ellas se pagará independientemente, de acuerdo con el porcentaje estipulado por la Relación de Procedimientos Quirúrgicos.

2.6.3 Si una cirugía se realiza en varias etapas se considerará como una sola intervención.

Si durante el mismo Evento Médico alguno de los asegurados requiere ser reintervenido por la misma causa o causas relacionadas entre sí, se reconocerá hasta el 50% del

porcentaje asignado para dicha cirugía en la Relación de Procedimientos Quirúrgicos.

Cuando una cirugía sea bilateral y no se define como tal en la Relación de Procedimientos Quirúrgicos, el porcentaje de la cirugía unilateral se incrementará en un 40%.

Si una determinada operación efectuada al Asegurado no se encuentra contemplada en la Relación de Procedimientos Quirúrgicos, el porcentaje a aplicar será igual al indicado para la cirugía que más se le asemeje, según acuerdo entre el cirujano y el Médico de SURAMERICANA.

En ningún caso se indemnizará más de dos (2) veces el valor asegurado en la cobertura de Honorarios Quirúrgicos, por evento Médico.

2.7. AYUDANTIA QUIRURGICA

Para las cirugías que tengan un porcentaje igual o superior al 30% en la Relación de Procedimientos Quirúrgicos y que requieran de la Ayudantía Quirúrgica, se reconocerá hasta un 15% de la suma a que tenga derecho el asegurado por Honorarios Quirúrgicos de acuerdo con la cirugía practicada.

2.8. ANESTESIOLOGO

Se reconocerá hasta la suma resultante de aplicar el porcentaje para anestesiólogo a los Honorarios Quirúrgicos a que tenga derecho el Asegurado por la cirugía practicada de acuerdo con la Relación de Procedimientos Quirúrgicos.

3. PROTESIS

Se reconocerán por vigencia anual y hasta la suma asegurada las prótesis que requiera el asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Bajo este amparo estarán cubiertas únicamente las siguientes

Prótesis: Marcapasos. Prótesis Valvulares, Articulares y Oculares, Lentes Intraoculares y Reemplazos de Miembros Superiores e Inferiores.

Si el asegurado requiere del remplazo de una prótesis, ésta se reconocerá siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que la prótesis inicial haya sido reconocida por SURAMERICANA
- b) Que haya transcurrido un período mínimo y continuo de cinco años de vinculación del asegurado a la póliza, posteriores a la colocación de la prótesis a ser reemplazada.

4. AMPARO DE MATERNIDAD

4.1. Parto Normal o por Cesárea

Tendrán derecho las mujeres que hayan estado aseguradas en esta póliza por un período mínimo y continuo de doscientos setenta (270) días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo.

Este amparo se indemnizará de acuerdo con las siguientes coberturas y hasta los valores indicados en la carátula de la póliza.

Gastos por Día de Hospitalización - Cama de Acompañante - Gastos Hospitalarios - Honorarios Quirúrgicos - Anestesiólogo.

4.2. Complicaciones del Embarazo

Se reconocerán las complicaciones del embarazo de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Tercera - Numeral 2, excluyendo los Numerales 2.4.1 y 2.7. (Visitas Pre y Posthospitalarias y Ayudantía Quirúrgica).

4.3 Gastos del Recién Nacido

Se reconocerán hasta la suma pactada, los gastos hospitalarios en que incurra el tomador por concepto del tratamiento médico o quirúrgico que requiera el recién nacido, hasta cumplir los dos meses de edad.

AMPARO AUTOMÁTICO: Los niños que nazcan durante la vigencia de la póliza y la madre haya estado asegurada por un período mínimo y continuo de 270 días, quedarán amparados automáticamente al cumplir dos (2) meses de edad, sin el pago adicional de primas, hasta terminar la vigencia anual en la cual cumpla los dos (2) meses de nacido. Para vigencias posteriores, deberá solicitarse su inclusión.

Adicionalmente tendrán derecho a que se le reconozcan los tratamientos como consecuencia de enfermedades congénitas, siempre y cuando no exista interrupción del seguro entre el momento de la inclusión automática y el tratamiento médico o quirúrgico.

Los honorarios de la atención perinatólogica no tendrán cobertura.

5. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) DEFINICIONES:

1. Todo asegurado que tenga una prueba serológica positiva para H I V confirmada con WESTERN BLOT y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo), menor de 200/mm³ o un porcentaje de linfocitos totales CD4 menor del 14%.
2. Todo asegurado que tenga una prueba serológica positiva para H I V confirmada con WESTERN BLOT y que tenga además cualquiera de las siguientes condiciones asociadas:
 - Candidiasis de la traquea, bronquio o pulmones
 - Candidiasis del esófago
 - Cáncer invasivo del cuello uterino
 - Coccidiodomicosis extrapulmonar o diseminada
 - Criptococosis extrapulmonar
 - Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración)
 - Citomegalovirus (diferente de la infección hepato - esplénica o ganglionar)
 - Citomegalovirus : retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual)
 - Encefalopatía relacionada con el VIH
 - Herpes Simplex : úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración: o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
 - Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
 - Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración)
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 - Linfoma de Burkitt

- Linfoma inmunoblástico
- Linfoma primario del cerebro
- Mycobacterium avium - intracelulares o Mycobacterium Kansasii, diseminados o extrapulmonares
- Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)
- Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares
- Neumonía linfoidea intersticial y/o hiperplasia pulmonar linfoide
- Neumonía por P. Carinii
- Neumonías bacterianas recurrentes
- Salmonella (no tifoidea), bacteriana recurrente
- Sarcoma de Kaposi
- Síndrome de consunción causado por HIV
- Toxoplasmosis cerebral

COBERTURA: Este amparo sólo cubrirá los gastos incurridos por el Asegurado dentro del territorio Colombiano.

Todos los gastos relacionados con el diagnóstico positivo y el tratamiento del SIDA y sus complicaciones, se reconocerán sólo por este amparo.

Mediante este amparo se reconocen los gastos en que incurra el Asegurado como consecuencia del tratamiento hospitalario y/o ambulatorio por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) , sujetos a una suma máxima por vigencia anual. El diagnóstico positivo de SIDA debe ser confirmado por primera vez, a partir del inicio de vigencia de este amparo.

No tendrán cobertura los estudios de control cuyo resultado sea negativo, el transporte en ambulancia cuando el perímetro de movilización sea superior a 100 Km, ni los gastos para acompañante cuando el paciente sea mayor de 12 años.

6. TRASPLANTE DE ORGANOS

DEFINICION: 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.

COBERTURA: Este amparo sólo cubrirá los gastos incurridos por el Asegurado dentro del territorio Colombiano y en ningún caso tendrá restablecimiento de los valores asegurados para un retrasplante.

Mediante este amparo se aseguran los gastos en que incurra un asegurado como consecuencia del trasplante de un órgano, de acuerdo con las siguientes coberturas y hasta los valores indicados en la carátula de la póliza. El diagnóstico positivo de la necesidad del trasplante debe ser confirmada por primera vez, a partir del inicio de vigencia de este amparo y siempre y cuando la enfermedad o accidente que la cause no obedezca a un padecimiento previo.

Los órganos cuyo trasplante está cubierto por la póliza son los siguientes:

Hígado, Riñón, Corazón, Médula Osea, Riñón y Páncreas, Corazón y Pulmón.

No tendrán cobertura los gastos originados como consecuencia del estudio de posibles donantes ni la cirugía para la donación del órgano, así se encuentre asegurado en la póliza el posible donante.

A) Diagnóstico de Trasplante

Se encuentran cubiertos los gastos en que incurra el asegurado por los exámenes de diagnóstico, pruebas de laboratorio y rayos X, que conduzcan al diagnóstico positivo del trasplante.

B) Hospitalización para Tratamiento Quirúrgico del Trasplante

Se reconocerán los gastos relacionados con el acto quirúrgico del trasplante como: Habitación, Unidad de Cuidados Intensivos, Derechos de Sala de Cirugía, Elementos y Suministros Quirúrgicos, Exámenes de Laboratorio; Imágenes Diagnósticas, Instrumentación, Sangre, Plasma y sus Derivados, Sala de Recuperación y Honorarios Médicos.

Se encuentran incluidos dentro de este amparo siempre y cuando se relacionen directamente con la cirugía del trasplante los gastos causados por Exámenes de Control, Medicamentos, Retrasplante o cualquier complicación médico quirúrgica como consecuencia del Trasplante, que se efectúen dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en la cual se realizó el trasplante.

Los Retrasplantes se reconocerán siempre y cuando se realicen dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del trasplante.

C) Transporte del Órgano a Trasplantar

Se reconocerán hasta la suma indicada en la póliza, los gastos causados por el transporte del órgano a trasplantar.

D) Gastos de Acompañante

Cuando el trasplante deba efectuarse en un Departamento diferente al del domicilio del asegurado, se reconoce para un familiar acompañante la suma diaria indicada en la carátula de la póliza hasta por un máximo de 30 días.

E) Transporte de los Restos Mortales

Se reconocerán hasta la suma indicada en la póliza, los gastos causados por el transporte de los restos mortales del Asegurado, desde la ciudad donde se efectuó el trasplante hasta la ciudad de domicilio del Asegurado.

7. HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL

Se reconocerán por vigencia anual y hasta la suma indicada para este amparo, los gastos en que incurra el Asegurado como consecuencia de un tratamiento por Diálisis o Hemodiálisis.

8. GASTOS FUNERARIOS

Se reconocerán hasta la suma asegurada los gastos en que se incurra por razón del fallecimiento de cualquiera de los asegurados durante la vigencia de la póliza. Dentro de los gastos se incluye el traslado de los restos mortales.

9. EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS

En caso del fallecimiento o la Incapacidad total y permanente del Tomador que se encuentre asegurado en la póliza, SURAMERICANA exonerará del pago de primas hasta

finalizar la vigencia anual en curso a las personas que figuren en ese momento como asegurados en la póliza. siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos por la ley 100, en lo relacionado con la Seguridad Social en Salud.

Se entiende por Incapacidad Total y Permanente, la lesión o enfermedad que impida realizar totalmente cualquier trabajo lucrativo y que persista por un período continuo no inferior a ciento ochenta días (180).

SURAMERICANA tendrá derecho de revisar al Asegurado cuantas veces lo requiera razonablemente.

CLAUSULA CUARTA - PRESENTACION DE LAS RECLAMACIONES.

1. **Reclamación:** El TOMADOR deberá presentar a SURAMERICANA la reclamación, diligenciada en los formularios suministrados por ésta, acompañada de las facturas médicas y hospitalarias en originales, debidamente canceladas. Adicionalmente SURAMERICANA podrá solicitar las lecturas y resultados de los exámenes de diagnóstico, laboratorio y Rx, historias clínicas u odontológicas, placas radiográficas odontológicas, certificado de defunción, fotocopia de cédula, registro civil de nacimiento, resultados de anatomías patológicas y pruebas hematológicas, certificación de incapacidad del médico tratante, certificados de indemnización de otras Aseguradoras y denuncia por pérdida de documentos.

Cuando ocurra el fallecimiento de cualquiera de los asegurados, a los formularios de reclamación se deberán adjuntar las facturas en original de los gastos de entierro o cremación, debidamente canceladas.

Toda indemnización que SURAMERICANA deba efectuar en virtud del presente contrato será pagada al TOMADOR 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.

2. **Coexistencia de Seguros:** 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 de los límites establecidos como amparos básicos del seguro por Evento Médico.

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

3. **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.

CLAUSULA QUINTA - 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 encubierto por culpa, hechos o circunstancias que implique agravación objetiva del estado del riesgo. Si la Inexactitud o Reticencia provienen de error inculparable 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.

CLAUSULA SEXTA - PRIMAS

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 la entrega de la póliza . o si fuera el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
2. **Pago Fraccionado:** De acuerdo con la tarifa y a la celebración del contrato o en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, EL TOMADOR puede optar por el pago Semestral o Mensual de la prima. El pago Semestral tendrá un recargo del ocho por ciento (8%) y el mensual del doce punto ocho por ciento (12.8%), en ambos casos sobre la prima total anual.
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. **Primas Pendientes:** En caso de que se encuentren primas pendientes de pago y se presente una reclamación, estando

la Póliza vigente, se deducirá del valor a indemnizar, el total de las primas pendientes de pago al momento de la reclamación.

CLAUSULA SEPTIMA - RENOVACIONES

El presente contrato se renovará automáticamente por períodos anuales y a criterio de SURAMERICANA, de acuerdo con su experiencia se podrán reajustar los beneficios pactados en un porcentaje máximo al incremento del Índice de Precios al Consumidor (IPC). No obstante lo anterior, la Renovación quedará sujeta al pago oportuno de la prima correspondiente a la nueva vigencia , de acuerdo con las estipulaciones de la Cláusula Séptima.

CLAUSULA OCTAVA - REHABILITACION

Hasta sesenta (60) días después de terminado el seguro por falta de pago oportuno de una prima o una de sus fracciones, EL TOMADOR puede solicitar su Rehabilitación , reservándose SURAMERICANA el derecho de aceptarla. Para tal efecto se deberá presentar el formulario de Rehabilitación, las pruebas médicas que SURAMERICANA solicite y pagar las primas que se hayan causado a la fecha.

CLAUSULA NOVENA - PRUEBAS MEDICAS

Mientras esté pendiente cualquier reclamación SURAMERICANA y 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.

CLAUSULA DECIMA

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".

ANEXOS OPCIONALES

EL ASEGURADO QUEDA CUBIERTO POR LOS SIGUIENTES AMPAROS QUE SE CONTRATEN ADICIONALMENTE Y SE ENCUENTREN CONSIGNADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

ESTOS ANEXOS ESTAN SUJETOS A LAS CONDICIONES GENERALES, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA POLIZA FAMILIAR DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA.

ANEXO DE CONSULTA EXTERNA

Este anexo tiene un copago del 20% en honorarios de consulta médica externa y en los gastos misceláneos.

1. **Honorarios por Consulta Médica Externa**
Se reconocerá por cada consulta médica externa hasta el 80% del valor facturado, sin sobrepasar el 80% del valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.
2. **Gastos Misceláneos**
Se reconocerán al 80%, los gastos en que incurra el asegurado por los siguientes conceptos, sin sobrepasar la suma asegurada por vigencia anual.
 - a. Exámenes de laboratorio, audiometrías, campimetrías, ecografías, radiografías, electrocardiogramas, espirometrías, electromiografías, electroencefalogramas e impedanciometrías.
 - b. Terapia Respiratoria. Por cada sesión, se reconocerá hasta un máximo del 40% de la suma asegurada por Consulta Externa.
 - c. Infiltraciones.

ANEXO DE RENTA DIARIA

Se reconoce por Renta Diaria la suma indicada en la carátula de la póliza, a la persona asegurada que se encuentre incapacitada totalmente para desempeñar todas las actividades propias de su trabajo como consecuencia de un tratamiento hospitalario o quirúrgico.

La cobertura que por este anexo se brinda es la siguiente:

1. **Renta Diaria por tratamiento Médico hospitalario (sin cirugía)**
Se indemniza la suma pactada por cada día que el asegurado permanezca hospitalizado. Si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica el asegurado continúa incapacitado, se le indemnizará la suma pactada hasta por un número igual de días al que estuvo hospitalizado, sin sobrepasar el número de días que haya sido incapacitado por el médico tratante.
2. **Renta Diaria por Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio**
Se indemnizará la suma diaria pactada por cada cinco por ciento (5%) del porcentaje a que tenga derecho el asegurada de acuerdo con la cirugía practicada, sin sobrepasar el número de días de incapacidad decretada por el médico tratante.
3. **Renta Diaria por tratamiento Quirúrgico con Hospitalización.**
Se aplicará la resultante que sea mayor en número de días de incapacidad, de uno de los dos procedimientos anteriores.
En ningún caso la incapacidad podrá exceder de trescientos sesenta y cinco (365) días en total.
SURAMERICANA no indemnizará así se haya contratado el presente Anexo si por efecto de contrato laboral, pacto sindical o patronal, el Asegurado así no esté desempeñando sus actividades laborales, siguiere devengando su sueldo.
No se indemnizará Renta Diaria por aquellos tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con el Embarazo y/o sus complicaciones.

ANEXO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Cubre los excedentes a cargo del Asegurado como consecuencia de un tratamiento médico hospitalario y/o quirúrgico, los cuales no han sido reconocidos en su totalidad por la Póliza Familiar de Hospitalización y Cirugía.

A. Definiciones

- a. **Valor Asegurado Máximo:** Se reconocerá como valor asegurado máximo, por vigencia anual y por Asegurado hasta la suma indicada en la carátula de la póliza.
- b. **Porcentaje de Reembolso:** El porcentaje máximo de reembolso para los excedentes a cargo del Asegurado generados por las coberturas de la póliza seran del 80%.

B. AMPAROS

Este anexo cubre hasta el Valor Máximo indicado en la carátula de la póliza, únicamente para los excedentes originados por las siguientes coberturas de la CLAUSULA TERCERA - NUMERALES 2.1., 2.2., 2.4.2., 2.5., 2.6. y 2.8.

(Gastos por Día de Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Honorarios por Visitas Médicas Hospitalaria, Gastos Hospitalarios, Honorarios Quirúrgicos y Honorarios de Anestesiólogo).

1. Gastos por Día de Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.

Se reconocerán al 80% los excedentes a cargo del Asegurado, sin exceder la suma indicada en la carátula de la póliza para estos amparos.

2. Gastos Hospitalarios, Honorarios por Visitas Médicas Hospitalarias, Honorarios Quirúrgicos y Honorarios del Anestesiólogo.

Se reconocerán al 80% los excedentes a cargo del Asegurado.

ANEXO DE EXAMENES DE DIAGNOSTICO

Se reconocerán por vigencia anual y hasta la suma asegurada, el 80% de los gastos en que incurra el Asegurado por los exámenes de diagnóstico enunciados a continuación.

En los casos que así lo ameriten se reconocerá un (1) día de Hospitalización, sin sobrepasar la suma pactada para Gastos por Día de Hospitalización.

EXAMENES DE DIAGNOSTICO CUBIERTOS

Aortografía, Arteriografía de cualquier tipo, Artroscopias, Biopsias, Broncoscopias, Cateterismo Cardiaco, Cavografía, Cistoscopia, Colonoscopia, Coronariografía, Densitometría Osea, Duplex, Endoscopia, Escanografía, Esplenopografía,

Estudio Electro Fisiológico, Flebografía, Gammagrafía, Gastroscopia, Holter, Laparoscopia, Laringoscopia, Linfografía, Mielografía, Monitoreo Fetal, Neumoencefalografía, PH Metría, Pletismografía, Rectosigmoidoscopia, Resonancia Nuclear Magnética, Triplex, Uretroscopia, Urodinamia, Urografía y Ventriculografía.

La prueba de esfuerzo se reconocerá posterior a un tratamiento Médico Hospitalario o Quirúrgico.

ANEXO DE TRATAMIENTOS ESPECIFICOS FUERA DEL HOSPITAL O CLINICA

Se reconocerán por vigencia anual y hasta la suma asegurada, el total de los gastos en que incurra el Asegurado por los tratamientos médicos relacionados con los siguientes padecimientos:

Poliomielitis, Tétanos, Diabetes, Epilepsia, Hepatitis, Hiper e Hipotiroidismo, Lupus, Tuberculosis, Cirrosis Hepática, Difteria, Fiebre Reumática, Glaucoma, Litiasis , Ulcera Péptica y Tratamientos Odontológicos derivados de Accidentes cubiertos por la Póliza.

La suma asegurada estará distribuida de la siguiente forma:

- 40% para Honorarios Médicos,
- 40% para Exámenes de Control y
- 20% para Medicamentos.