

BMI COLOMBIA

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD

PLAN AZURE PLUS

DEDUCIBLES USD \$1,000.- Y USD \$2,500.-

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada “**LA ASEGURADORA**”, emite la presente póliza denominada **PLAN AZURE PLUS**. La póliza comprende la solicitud de seguro, el examen médico, la carátula del seguro, el presente documento y cualquier aditamento o enmienda que se emita al respecto.

Lea cuidadosamente la copia de la solicitud y del examen médico que aparecen adjuntos a esta póliza y notifique a la aseguradora en un plazo de diez (10) días hábiles de haber recibido la póliza si alguna información es incorrecta o está incompleta, o si alguna parte de su historia clínica ha cambiado posterior a la fecha de la solicitud o se ha omitido de la solicitud o del examen médico. La solicitud y/o el examen médico forman parte de la póliza, la cual se ha emitido con base a que las respuestas a todas las preguntas y que toda la información que aparece en la solicitud y/o examen médico sean correctas y estén completas a la fecha de inicio.

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

PARTE I - COBERTURA GENERAL

LA ASEGURADORA PAGARÁ LOS GASTOS MÉDICOS ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA EN LOS QUE SE HAYAN INCURRIDO CON CARÁCTER NECESARIO COMO RESULTADO DIRECTO DEL PADECIMIENTO POR EL (LOS) ASEGURADO(S), DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, DE LA ENFERMEDAD O DOLENCIA DE QUE SE TRATE.

EL PAGO SE LIMITARÁ A LOS GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS MÉDICAMENTE NECESARIOS, SEGÚN DEFINICIÓN DEL PRESENTE CONDICIONADO, Y A TRATAMIENTOS CUBIERTOS CERTIFICADOS POR LA ASEGURADORA.

LAS PRESTACIONES CONTRATADAS SE CUBREN LUEGO DE LOS PERÍODOS DE CARENCIA QUE EL CONTRATO SEÑALA, SUJETAS A LOS DEDUCIBLES ESTIPULADOS Y SU APLICACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, RESPETANDO LOS LÍMITES Y EXCLUSIONES MÁS ADELANTE DETALLADAS.

PARTE II - BENEFICIOS

1. COBERTURA MUNDIAL
2. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL
3. HONORARIOS MÉDICOS
4. PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS
5. EXÁMENES Y SERVICIOS DE LABORATORIO
6. CIRUGÍA AMBULATORIA
7. HABITACIÓN Y COMIDAS EN EL HOSPITAL

8. CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO
9. MATERNIDAD
10. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD
11. CUIDADO NEONATAL. (CON MATERNIDAD CUBIERTA)
12. PRESERVACIÓN DE LAS CÉLULAS MADRES DEL CORDÓN UMBILICAL. (CON MATERNIDAD CUBIERTA)
13. ENFERMERA EN EL HOGAR
14. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

15. TRASPLANTE DE ÓRGANOS
16. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA
17. CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO
18. SERVICIOS VIP
19. EXONERACIÓN DE PRIMA
20. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
21. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS
22. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE
23. TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE
24. HOSPICIO O CUIDADOS TERMINALES

PARTE III - DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1. COBERTURA MUNDIAL

1.1 TRATAMIENTO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

A. SERVICIOS HOSPITALARIOS

LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA. NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE ANUAL A SERVICIOS HOSPITALARIOS CUANDO EL TRATAMIENTO SEA PROPORCIONADO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

B. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO

DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE ANUAL, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

1.2 TRATAMIENTO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

A. SERVICIOS HOSPITALARIOS

DESPUÉS QUE EL DEDUCIBLE ANUAL HAYA SIDO SATISFECHO, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DEL BALANCE DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE.

LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE RESULTARÁN EN UNA REDUCCIÓN DEL CINCUENTA (50%) POR CIENTO DE LOS BENEFICIOS, EXCEPTO BAJO LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA.

B. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO

DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE ANUAL, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL 100% DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA.

2. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL

SERVICIOS HOSPITALARIOS: SON LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE SE PROPORCIONAN AL ASEGURADO SOLAMENTE CUANDO LOS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS APROPIADOS DE UN DIAGNÓSTICO NO PUEDAN SER SUMINISTRADOS COMO SERVICIOS A PACIENTES EXTERNOS Y SEA INGRESADO COMO PACIENTE REGISTRADO EN UN HOSPITAL, SEGÚN SE DEFINE ANTERIORMENTE, POR UN PERÍODO CONTINUO DE NO MENOS DE 24 HORAS, O POR UN PERÍODO DE MENOS DE 24 HORAS SOLAMENTE CUANDO EXISTA UNA OPERACIÓN PROGRAMADA. LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS INCLUYEN LOS COSTOS DE HABITACIÓN Y COMIDA, USO DE TODAS LAS INSTALACIONES MÉDICAS, ASÍ COMO TODOS LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS ORDENADOS POR UN FACULTATIVO, INCLUYENDO CUIDADOS INTENSIVOS, SI FUERA MÉDICAMENTE REQUERIDO.

3. HONORARIOS MÉDICOS

BMI COLOMBIA CUBRIRÁ LOS GASTOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS RESULTANTES DEL COBRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN MÉDICO. EN NINGÚN CASO DICHS HONORARIOS EXCEDERÁN DEL VALOR MÁXIMO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE SEGURO.

4. PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS

INCLUYEN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE VENDEN SOLAMENTE BAJO RECETA MÉDICA Y NO LA DE MEDICAMENTOS QUE SE PUEDEN ADQUIRIR SIN LA RECETA DE UN FACULTATIVO.

ESTE BENEFICIO APLICARÁ A LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS ADMINISTRADAS AL ASEGURADO MIENTRAS QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO Y QUE ESTÉN RELACIONADAS AL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO POR EL CUAL EL ASEGURADO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS FUERA DEL HOSPITAL, LAS CUALES SON GASTOS ELEGIBLE Y CERTIFICADOS, SERÁN CUBIERTAS AL 100% POR UN PERÍODO MÁXIMO DE 90 DÍAS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER SIDO DADO DE ALTA DEL HOSPITAL.

PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS FUERA DEL HOSPITAL, QUE NO ESTÉN RELACIONADAS A UNA HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA AMBULATORIA, QUEDARÁN CUBIERTAS HASTA US-\$2,000.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA CUANDO LAS MISMAS ESTÉN RELACIONADAS A UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA Y SOLAMENTE DENTRO DEL PAÍS DE RESIDENCIA.

LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS RECETADAS COMO QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS PARA EL TRATAMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS, SERÁN CUBIERTAS AL 100% SOLAMENTE CUANDO EL MEDICAMENTO SEA PRESCRITO PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER Y EL MEDICAMENTO SEA RECONOCIDO Y APROBADO COMO QUIMIOTERAPIA POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE LOS ESTADOS UNIDOS, SUJETO A PRE-AUTORIZACIÓN POR LA ASEGURADORA.

LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS DEBEN SER APROBADAS POR LA ASEGURADORA. PARA SER APROBADAS UNA COPIA DE LA RECETA MÉDICA Y EL RECIBO ORIGINAL

DESGLOSADO TIENE QUE ACOMPAÑAR EL RECLAMO.

5. EXÁMENES Y/O SERVICIOS DE LABORATORIO

INCLUYEN ANÁLISIS DE LABORATORIO Y LAS INVESTIGACIONES DE RADIOGRAFÍA Y DE MEDICINA NUCLEAR, LOS CUALES SE UTILIZAN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES.

EXÁMENES Y SERVICIOS DE LABORATORIO SE CONSIDERAN COMO PARTE DE LOS SERVICIOS PARA PACIENTES EXTERNOS, CUANDO ÉSTOS SEAN PROVEÍDOS U ORDENADOS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE LICENCIADO.

6. CIRUGÍA AMBULATORIA

ES CUALQUIER CIRUGÍA PRACTICADA EN LA SECCIÓN DE PACIENTE EXTERNO DE UN HOSPITAL EN LOS CASOS QUE NO SEA NECESARIA UNA ESTADÍA NOCTURNA; EN UNA ENTIDAD QUIRÚRGICA INDEPENDIENTE O EN UNA OFICINA MÉDICA QUE CUENTE CON FACILIDADES QUIRÚRGICAS. ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE ÚNICAMENTE A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE, DESPUÉS DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA. LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS PRESTADO FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE RESULTARÁN EN UNA REDUCCIÓN DEL CINCUENTA (50%) POR CIENTO DE LOS BENEFICIOS.

7. HABITACIÓN Y COMIDAS EN EL HOSPITAL

LA ASEGURADORA CUBRIRÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR LOS CARGOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS PORCONCEPTO DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN, SUMINISTRADOS DURANTE SU PERMANENCIA EN EL HOSPITAL.

8. CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO

SON LOS GASTOS INCURRIDOS E INCLUIDOS EN LA CUENTA DEL HOSPITAL POR LA ESTADÍA NOCTURNA DE UN ACOMPAÑANTE DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN

DEPENDIENTE. ESTE BENEFICIO ESTÁ LIMITADO A USD \$100.- POR DÍA.

9. MATERNIDAD

- A. LA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A EMBARAZOS EN LOS QUE LA FECHA DEL ALUMBRAMIENTO EN SÍ OCURRA POR LO MENOS A LOS DIEZ (10) MESES DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DEL RESPECTIVO ASEGURADO.
- B. TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO PRE- Y POSTNATAL, EL ALUMBRAMIENTO, ABORTO, LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO O DEL ALUMBRAMIENTO ESTÁN LIMITADOS AL MÁXIMO DE LOS BENEFICIOS DE MATERNIDAD QUE APARECEN EN ESTA PÓLIZA, A MENOS QUE SE TRATE DE UNA COMPLICACIÓN DE MATERNIDAD, TAL Y COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
- C. LOS ASEGURADOS QUE ANTERIORMENTE HABÍAN SIDO HIJOS DEPENDIENTES BAJO OTRA PÓLIZA CON EL ASEGURADOR TIENEN QUE HABER ESTADO ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA ANTERIOR POR UN MÍNIMO DE DIEZ (10) MESES PARA TENER DERECHO A ESTE BENEFICIO.
- D. ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE PARA LAS HIJAS DEPENDIENTES.
- E. ESTE BENEFICIO NO ESTÁ DISPONIBLE SI LA MATERNIDAD ES EXCLUIDA BAJO CUALQUIER OTRA PROVISIÓN DE ESTA PÓLIZA.

10. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD

SIGNIFICA EL CURSO ANORMAL DEL EMBARAZO Y POSTPARTO QUE IMPIDE QUE LA MADRE PUEDA TENER UN PARTO NORMAL BAJO CUIDADO MÉDICO REGULAR.

PARA PROPÓSITOS DE ESTE BENEFICIO, UNA CESÁREA ELECTIVA, O UNA CESÁREA DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, NO SON CONSIDERADAS COMPLICACIONES DE MATERNIDAD. ESTE BENEFICIO NO APLICA PARA COMPLICACIONES RELACIONADAS A CUALQUIER CONDICIÓN EXCLUIDA O NO CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD O DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO, QUE SURJAN DE UN EMBARAZO QUE SEA RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO DE

FERTILIDAD O CUALQUIER TIPO DE PROCEDIMIENTO DE FERTILIDAD ASISTIDA, O DE EMBARAZOS NO CUBIERTOS. MATERNIDADES QUE NO SE CONSIDEREN COMO COMPLICACIONES DE MATERNIDAD ESTARÁN LIMITADAS AL MÁXIMO DE LOS BENEFICIOS DE MATERNIDAD QUE APARECEN EN ESTA PÓLIZA.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD SERÁN CUBIERTAS SOLAMENTE CUANDO LA MATERNIDAD SEA CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA. ESTE BENEFICIO ESTÁ LIMITADO A USD \$100,000.- POR EMBARAZO.

11. CUIDADO NEONATAL (CON MATERNIDAD CUBIERTA)

EL CUIDADO NEONATAL ABARCA LOS GASTOS DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS NECESARIOS, INCLUYENDO LA ATENCIÓN RUTINARIA, QUE SE PROVEEN AL (LOS) HIJO(S) RECIÉN NACIDO(S). EL CUIDADO NEONATAL TAMBIÉN INCLUIRÁ LOS GASTOS DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS NECESARIOS POR ENFERMEDAD Y/O CONDICIONES MÉDICAS Y DESÓRDENES DIAGNOSTICADOS DURANTE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE VIDA DEL(LOS) HIJO(S) RECIÉN NACIDO(S). LOS TRATAMIENTOS POR AQUELLAS CONDICIONES Y/O DESORDENES MÉDICOS DIAGNOSTICADAS DURANTE LOS PRIMEROS 90 DÍAS ESTARÁN SUJETAS A UN LÍMITE MÁXIMO DE POR VIDA DE DOSCIENTOS CINCUENTA MIL (US-\$250,000.-) DÓLARES POR HIJO. EL CUIDADO NEONATAL QUEDARÁ CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA SOLAMENTE CUANDO LA MATERNIDAD SEA CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA. LA ATENCIÓN RUTINARIA NEONATAL SERÁ CUBIERTA DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO HASTA LOS PRIMEROS TREINTA Y UN (31) DÍAS DE VIDA.

12. PRESERVACION DE LAS CÉLULAS MADRES DEL CORDÓN UMBILICAL NEONATAL (CON MATERNIDAD CUBIERTA)

SE REFIERE A LOS COSTOS DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO, PRUEBAS Y CRIOPRESERVACIÓN DE LAS UNIDADES DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL DE UN NIÑO RECIÉN NACIDO. ESTE BENEFICIO SE CUBRIRÁ HASTA USD \$1,500.- POR HIJO Y SOLAMENTE CUANDO LA MATERNIDAD ESTÉ CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA. LOS COSTOS POR ALMACENAMIENTO NO ESTÁN CUBIERTOS.

ESTE BENEFICIO SE PAGARÁ POR REEMBOLSO AL ASEGURADO SUJETO A LA PRESENTACIÓN DE LOS RECIBOS ORIGINALES JUNTO CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA ASEGURADORA Y EN LA MONEDA NACIONAL EN QUE FUERON FACTURADOS. ESTE BENEFICIO SERÁ CUBIERTO ÚNICAMENTE EN PAÍSES EN DONDE ESTE PROCEDIMIENTO ESTÉ DISPONIBLE. EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR CARGOS QUE EXCEDAN EL BENEFICIO MÁXIMO DE USD \$1,500.- POR NIÑO.

13. ENFERMERA EN EL HOGAR

SIGNIFICA LOS SERVICIOS MÉDICOS DE UNA ENFERMERA LICENCIADA POR EL GOBIERNO, EN EL HOGAR DEL ASEGURADO, PRESCRITOS POR UN MÉDICO Y RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON UNA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO Y ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO CUBIERTO BAJO LAS REGLAS, TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, SUJETO A LOS LÍMITES ESPECÍFICOS.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL HOGAR DEBEN SER APROBADOS POR LA ASEGURADORA.

14. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

ES EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA NECESARIO PARA RESTITUIR O REEMPLAZAR DIENTES SANOS PERDIDOS O DAÑADOS EN UN ACCIDENTE, SUMINISTRADO DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS DE SUFRIDO EL ACCIDENTE.

15. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

SE REFIERE AL COSTO DE TRASPLANTE DE RIÑÓN, CORAZÓN, HÍGADO, MÉDULA ÓSEA, CORNEA, PÁNCREAS O PULMÓN. NINGÚN OTRO TRASPLANTE ES CUBIERTO. ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE ÚNICAMENTE A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE BMI, DESPUÉS DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA. ESTE BENEFICIO ESTÁ LIMITADO A USD \$1,000,000.- POR ASEGURADO, DE POR VIDA. TAMBIÉN INCLUYE LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR LA RESECCIÓN DEL ÓRGANO DE UN MIEMBRO VIVO DE LA

FAMILIA DEL ASEGURADO PARA EL ASEGURADO HASTA UN MÁXIMO DEL USD \$10,000.-

16. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA

ES LA TRANSPORTACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA A UN HOSPITAL LOCAL.

17. CHEQUEOS MÉDICOS RUTINARIOS

SON LOS EXÁMENES MÉDICOS REALIZADOS POR UN MÉDICO LICENCIADO PARA EL CONTROL DE LA SALUD. ESTE BENEFICIO SE OFRECE DENTRO Y FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA HASTA UN MÁXIMO DE USD \$500.- POR PÓLIZA (GRUPO FAMILIAR), POR AÑO PÓLIZA. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO A PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS DENTRO DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO Y 60 DÍAS FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO.

18. SERVICIOS VIP

EXISTE UNA COBERTURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DENOMINADA VIP PARA CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRA DE VIAJE EN LOS EEUU, EL EQUIPO ESPECIALIZADO VIP ESTARÁ ATENTO PARA CONDUCIR AL ASEGURADO A SU LUGAR DE ALOJAMIENTO, HOSPITAL O CENTRO DONDE VA A RECIBIR TRATAMIENTO, PARA LO CUAL BMI TIENE ARREGLOS ESPECIALES CON DESTACADOS HOSPITALES DENTRO DE LOS EEUU, DONDE UN MIEMBRO DEL EQUIPO SE MANTENDRÁ PROCURANDO LA COMODIDAD, SEGURIDAD Y MEJOR ATENCIÓN AL ASEGURADO.

19. EXONERACIÓN DE PRIMAS

SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE ESTÉN CUBIERTOS BAJO LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA Y QUE OCURRAN O COMIENCEN DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, EL TITULAR DE PÓLIZA FALLECE O SE INCAPACITA TOTAL Y PERMANENTEMENTE Y NO PUEDE EJERCER LAS ACTIVIDADES NORMALES DE SU PROFESIÓN HABITUAL; Y SI EL TITULAR DE PÓLIZA, AL MOMENTO DE SU FALLECIMIENTO O DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO HA CUMPLIDO AÚN LOS 60 AÑOS; Y SI EN EL CASO DE INCAPACIDAD LA MISMA CONTINÚA POR UN PERÍODO SIN INTERRUPCIÓN DE SEIS (6) MESES Y HA SIDO

CERTIFICADO QUE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONTINUARÁ, LA ASEGURADORA MANTENDRÁ LA COBERTURA DE LA PÓLIZA PARA EL TITULAR DE PÓLIZA Y LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS BAJO LA MISMA, EXONERANDO LAS PRIMAS A PAGAR DURANTE UN PERÍODO DE DOS (2) AÑOS SEGUIDAMENTE DESPUÉS DE LA FECHA DEL FALLECIMIENTO O LA FECHA EN LA CUAL COMENZÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO PERMANEZCA TOTAL Y PERMANENTEMENTE INCAPACITADO. LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO, O EN EL CASO DE INCAPACIDAD, PRUEBAS DE LA INCAPACIDAD CONTINUA DEL TITULAR DE PÓLIZA, Y DE EXAMINAR, A SU PROPIO COSTO, AL TITULAR DE PÓLIZA. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR DE PÓLIZA, COMO RESULTADO DE LA CONDICIÓN LA CUAL CAUSÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL TITULAR DE PÓLIZA, LA ASEGURADORA CONTINUARÁ EXONERANDO LAS PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA POR EL RESTO DE LOS DOS AÑOS. EN CASO DE QUE EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE CONTRAIGA DE NUEVO MATRIMONIO, O PASE A VIVIR EN CONCUBINATO ESTE BENEFICIO CESARÁ AUTOMÁTICAMENTE PARA EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE Y PARA TODOS LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA.

20. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SIGNIFICA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TAL COMO SE DEFINE EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SI APLICA. LA COBERTURA ESTÁ LIMITADA AL TITULAR DE LA PÓLIZA QUE A LA FECHA DE INICIO SE ENCUENTRE ENTRE LOS 18 Y 59 AÑOS DE EDAD Y CUYA OCUPACIÓN PRINCIPAL O USUAL NO SEA AMA DE CASA O ESTUDIANTE. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

21. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS

LA COBERTURA DE ESTE BENEFICIO QUEDA SUJETA A QUE EL EQUIPO MÉDICO DURADERO SEA NECESARIO Y RAZONABLE PARA EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN, O PARA AYUDAR A

CORREGIR EL MALFUNCIONAMIENTO DE UNA PARTE DEL CUERPO. UN EQUIPO SE CONSIDERARÁ NECESARIO CUANDO SE ESPERE QUE SU CONTRIBUCIÓN HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN SEA SIGNIFICATIVA O CUANDO ÉSTE CONTRIBUYA CON LA MEJORÍA DE UNA MALFORMACIÓN DEL CUERPO. LAS PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS SON AQUELLOS APARATOS QUE RECETA UN MÉDICO PARA RECUPERAR LAS FUNCIONES O REEMPLAZAR PARTES DEL CUERPO DEBIDO A UNA LESIÓN O ENFERMEDAD CUBIERTA.

PARA EFECTOS DE COBERTURA, LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS DEBERÁN SER RECETADOS POR UN MÉDICO AUTORIZADO, DEBERÁN SOPORTAR EL USO REPETIDO, SERVIR UN PROPÓSITO MÉDICO TERAPÉUTICO, RESULTAR INÚTILES PARA UN INDIVIDUO EN AUSENCIA DE UNA ENFERMEDAD, LESIÓN, IMPEDIMENTO FUNCIONAL O ANOMALÍA CONGÉNITA Y QUE SU PROPÓSITO PRINCIPAL NO SEA EL DE ASISTIR AL PACIENTE EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE. AUNQUE UN PRODUCTO PUDIERA CLASIFICAR COMO UN EQUIPO MÉDICO DURADERO, ESTE NO NECESARIAMENTE SERÁ CUBIERTO EN TODOS LOS CASOS.

LOS EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS DEBERÁN SER APROBADOS Y COORDINADOS CON ANTICIPACIÓN POR LA ASEGURADORA Y LOS MISMOS DEBERÁN SER PROVISTOS POR LA ASEGURADORA O REEMBOLSADOS AL COSTO QUE HUBIESE INCURRIDO LA ASEGURADORA SI LOS HUBIERA COMPRADO A SUS PROVEEDORES. TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DE ESTE BENEFICIO SERÁN SOLAMENTE TOMADAS POR LA ASEGURADORA.

EL BENEFICIO DE EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS ESTÁ LIMITADO A USD \$10,000.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA.

22. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE.

EL PLAN AZURE PLUS PROVEE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED

DE PROVEEDORES PLAN AZURE EN AQUELLOS CASOS DONDE EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA ES REQUERIDO PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE LA VIDA O UNA LESIÓN SERIA. LOS CARGOS CUBIERTOS RELACIONADOS CON UNA ADMISIÓN DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE SERÁN PAGADOS HASTA UN MÁXIMO DE VEINTICINCO MIL DÓLARES (USD \$25,000.) POR INCIDENTE, DESPUÉS DE QUE EL DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO HAYAN SIDO SATISFECHOS. EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE TODOS LOS CARGOS MÉDICOS QUE EXCEDAN EL BENEFICIO DE VEINTICINCO MIL DÓLARES (USD \$25,000.-) EN SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE.

EN EL CASO QUE EL PROBLEMA NO SEA UNA EMERGENCIA TAL Y COMO SE DEFINE ANTERIORMENTE, EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR EL TOTAL DE LOS CARGOS INCURRIDOS.

23. TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE

SE DEFINE COMO LOS SERVICIOS Y COSTOS MÉDICOS QUE SE PROPORCIONAN AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE. EL TRATAMIENTO SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO ADQUIRIDA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA. LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES NO ESTÁN CUBIERTAS BAJO ESTE BENEFICIO:

- A) HERPES (TODO TIPO)
- B) VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)
- C) SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

ESTE BENEFICIO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO DE USD \$1,000.- POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA.

24. HOSPICIO Y CUIDADOS TERMINALES

SE DEFINE COMO EL CUIDADO DE APOYO A PACIENTES CON POCAS EXPECTATIVAS DE VIDA DEBIDO A UN DIAGNÓSTICO TERMINAL. LA ELEGIBILIDAD PARA ESTE BENEFICIO SE DETERMINA CUANDO EL MÉDICO DEL PACIENTE Y EL DIRECTOR MÉDICO DEL

HOSPICIO ESTÉN DE ACUERDO EN QUE LA EXPECTATIVA DE VIDA DEL PACIENTE ES DE MENOS DE 6 MESES, QUE NO EXISTA UN TRATAMIENTO MÁS AGRESIVO O QUE EL PACIENTE RECHACE TRATAMIENTO MÁS AGRESIVO LIMITÁNDOSE SUS EXPECTATIVAS DE VIDA. LAS CASAS DE HOGAR, ASILO DE ANCIANOS O CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL HOGAR NO SE CONSIDERAN PARTE DE ESTE BENEFICIO.

PARTE IV - EXCLUSIONES

LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS, ARTÍCULOS Y SUS GASTOS RELACIONADOS, QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTA PÓLIZA:

1. TODO TRATAMIENTO RELACIONADO CON CONDICIONES PRE-EXISTENTES NO DECLARADAS Y AQUELLAS ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDAS, SEGÚN CONSTA EN LA CARÁTULA DE SEGURO, SI LAS HUBIESE, A MENOS QUE SEA ENMENDADO.
2. COSTOS POR TRATAMIENTOS FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
3. COSTOS POR TRATAMIENTOS DENTRO DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
4. TRATAMIENTO QUE REQUIERA SER CERTIFICADO, PERO QUE NO HAYA SIDO CERTIFICADO POR LA ASEGURADORA.
5. TRATAMIENTO QUE EXCEDA LOS LÍMITES DE COBERTURA.
6. TODA PORCIÓN DE UN CARGO QUE ESTÉ EN EXCESO DE LO QUE CONSTITUYE UN CARGO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE POR ESE SERVICIO EN ESA ZONA.
7. TODO TRANSPORTE PARA OBTENER EL TRATAMIENTO MÉDICO, SALVO TRANSPORTE EN AMBULANCIA LOCAL.
8. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXCEPTO LOS INDICADOS EN ESTA PÓLIZA (INCLUYENDO VACUNACIONES, EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS, TESTIFICACIONES MÉDICAS CON PROPÓSITOS DE VIAJES O DE OBTENCIÓN DE EMPLEOS).

9. EXÁMENES RUTINARIOS DE OÍDOS Y VISTA, ASÍ COMO APARATOS O DISPOSITIVOS PARA SORDOS, LOS COSTOS DE ESPEJUELOS, LENTES DE CONTACTO, DESÓRDENES DE LA REFRACCIÓN, ESTRABISMO, Y QUERATOTOMÍA RADIAL Y DAMÁS PROCEDIMIENTOS Y/O DISPOSITIVOS PARA CORREGIR LA VISIÓN.
10. TODO TRATAMIENTO DENTAL, INCLUYENDO DIENTES POSTIZOS, CORONAS, EMPASTES Y PUENTES, EL CUIDADO DENTAL ORTODÓNTICO, ENDODÓNTICO Y PERIODONTAL, SALVO QUE CONSTITUYA TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
11. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS COMO SILLAS DE RUEDAS, CAMAS DE HOSPITALES, EQUIPOS REQUERIDOS PARA TERAPIA FÍSICA U OCUPACIONAL, COSTOS POR ADAPTACIÓN DE VEHÍCULOS, CUARTOS DE BAÑOS, RESIDENCIAS Y CUALQUIER OTRO EQUIPO MÉDICO DURADERO EXCEPTO COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
12. PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN QUIRÚRGICAMENTE NECESARIOS, EXCEPTO A COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
13. COSTOS POR ABORTO (Y SUS CONSECUENCIAS QUE SE HAYA REALIZADO POR RAZONES PSICOLÓGICAS O SOCIALES.
14. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES MENTALES O DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS, AUTISMO, APRAXIA, DISPRAXIA Y/O EL TRATAMIENTO POR UN PSICÓLOGO, PSIQUIATRA U OTRO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL; SECUELAS O EFECTOS SECUNDARIOS A LOS TRATAMIENTOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS.
15. LA CIRUGÍA ELECTIVA O COSMÉTICA, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO MÉDICO CUYO PRINCIPAL PROPÓSITO SEA EL EMBELLECIMIENTO, A NO SER QUE SEA NECESARIO POR MOTIVO DE LESIÓN, DEFORMIDAD O ENFERMEDAD QUE OCURRA POR PRIMERA VEZ MIENTRAS EL ASEGURADO ESTÉ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
16. CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA DEFORMIDADES NASALES O DEL TABIQUE QUE NO HAYAN SIDO CAUSADOS POR ACCIDENTE O TRAUMA. LA EVIDENCIA DE TRAUMA TENDRÁ QUE SER CONFIRMADO RADIOGRÁFICAMENTE (RAYOS X, ESCANOGRAFÍA DE TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA, ETC.).
17. LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SÍ MISMA, SUICIDO, ABUSO DEL ALCOHOL, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS.
18. TRATAMIENTO DE SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), EL SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LA ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH POSITIVO.
19. TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA Y/O CUALQUIER AUTO TERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS.
20. COSTO Y ADQUISICIÓN DE TRASPLANTE DE ÓRGANO, INCLUYENDO LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL DONANTE, EXCEPTO EN TRASPLANTES CUBIERTOS SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
21. COSTO DE ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE CORAZÓN ARTIFICIAL Y/O DISPOSITIVO MONO O BIVENTRICULARES.
22. GASTOS DE CUALQUIER CRIOPRESERVACIÓN Y/O LA IMPLANTACIÓN O RE-IMPLANTACIÓN DE CÉLULAS VIVAS.
23. TRATAMIENTO DE LESIONES CORPORALES Y/O ENFERMEDADES COMO RESULTADO DE UN ACTO DE GUERRA, O ACCIDENTE QUÍMICO O NUCLEAR; O DE PARTICIPACIÓN EN GUERRA, TURBA O REBELIÓN CIVIL O CUALQUIER ACTIVIDAD ILEGAL INCLUYENDO CUALQUIER LESIÓN O ENFERMEDAD PRODUCIDAS COMO RESULTADO DE ENCARCELAMIENTO.
24. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE SURJAN COMO RESULTADO DE SERVICIO ACTIVO EN LA POLICÍA O EN LAS FUERZAS ARMADAS.
25. CARGOS POR CONCEPTO DE SERVICIOS RESPECTO A LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE OBLIGACIÓN LEGAL DE PAGAR. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTE PÁRRAFO, EL CARGO QUE EXCEDA EL QUE SE HABRÍA INCURRIDO DE NO HABER EXISTIDO COBERTURA DE LA PÓLIZA, O QUE SE INCURRA POR UN SERVICIO QUE NORMAL O USUALMENTE SE DÉ GRATUITAMENTE, SE CONSIDERARÁ COMO UN CARGO CON

RESPECTO AL CUAL NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO.

26. MEDICINA COMPLEMENTARIA O ALTERNATIVA, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO TAXATIVA, CAPACITACIÓN EN AUTO ATENCIÓN, AUTO CUIDADO O AUTOAYUDA; MEDICINA Y CONSEJERÍA HOMEOPÁTICA; MODIFICACIONES DE ESTILO DE VIDA, MEDICINA ORIENTAL INCLUYENDO ACUPUNTURA; TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO; TERAPIA DE QUELACIÓN; MASAJE Y TERAPIAS HERBALES. TODO TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO ESTÉ CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDO O QUE SE CONSIDERE EXPERIMENTAL Y NO APROBADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE LOS ESTADOS UNIDOS.
27. COMPLICACIONES DE SERVICIOS NO CUBIERTOS, INCLUYENDO LOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE TODO PADECIMIENTO QUE SEA LA COMPLICACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN A LA SALUD QUE NO ESTÉ CUBIERTO.
28. TODO GASTO PARA LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA O FEMENINA, INVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN, CAMBIO DE SEXO, TRANSFORMACIÓN SEXUAL, INFERTILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, ISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA, INADECUACIDAD SEXUAL Y/O TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES, A NO SER A COMO SE DEFINE ANTERIORMENTE EN ESTA PÓLIZA.
29. MATERNIDADES Y CUIDADOS NEONATALES COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, EN EL CASO QUE EL EMBARAZO DURE MENOS DE 32 SEMANAS.
30. TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD Y/O CONDICIONES MÉDICAS DIAGNOSTICADAS DURANTE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE VIDA QUE EXCEDAN EL BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA DE USD \$250,000.-
31. TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD O EL CONTROL DE PESO, INCLUYENDO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTARIO.

32. CUIDADOS PODIÁTRICOS INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO TAXATIVA, CUIDADO DE LOS PIES EN CONEXIÓN CON CALLOS, JUANETE, *HALLUX VALGUS*, NEUROMA DE MORTON, PIES PLANOS, ARCOS DÉBILES, PIES DÉBILES, Y OTRAS QUEJAS SINTOMÁTICAS DE LOS PIES, INCLUYENDO ZAPATOS E INSERTOS ESPECIALES DE CUALQUIER TIPO O FORMA.
33. TRATAMIENTO POR MEDIO DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO, ESTIMULACIÓN DE CRECIMIENTO ÓSEO, O TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA HORMONA DEL CRECIMIENTO, SIN QUE IMPORTE LA RAZÓN POR LA CUAL SE DÉ LA RECETA.
34. INGRESO HOSPITALARIO ELECTIVO MÁS DE VEINTITRÉS (23) HORAS ANTES DE UNA CIRUGÍA.
35. TRATAMIENTO DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA Y DE TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN MANDIBULAR, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO TAXATIVA, ANOMALÍAS Y MALFORMACIONES DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA, SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS CRANIOMANDIBULARES Y DEMÁS PADECIMIENTOS DEL MAXILAR, DE LA MANDÍBULA O DE LA ARTICULACIÓN MANDIBULAR QUE CONECTA A LA MANDÍBULA CON EL CRÁNEO Y DEL CONJUNTO DE MÚSCULOS, NERVIOS Y DEMÁS TEJIDOS RELACIONADOS CON ESA ARTICULACIÓN.
36. PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS DE VENTA LIBRE, O SEA, QUE SE VENDEN SIN NECESIDAD DE RECETA, O PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS NO RECETADAS; PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS EXCEPTO COMO SE DEFINE BAJO ESTA PÓLIZA.
37. RECLAMACIONES Y COSTOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE OCURRAN DESPUÉS DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA, COMO RESULTADO DE ENFERMEDADES, ACCIDENTES O MATERNIDADES DURANTE EL PERÍODO DE AÑO PÓLIZA, CON EXCEPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE LA PÓLIZA HAYA SIDO RENOVADA.
38. TRATAMIENTO PARA LESIONES RESULTANDO DE LA PARTICIPACIÓN EN

COMPETENCIAS, DEMOSTRACIONES O ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES PROFESIONALES, PARA LO CUAL EL ASEGURADO RECIBA UNA COMPENSACIÓN MONETARIA O BENEFICIO FINANCIERO; Y/O COMPETENCIAS DE AFICIONADOS EN DEPORTES MOTORIZADOS QUE EXPONGAN AL PARTICIPANTE A PELIGRO O RIESGO.

PARTE V- LÍMITES

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza.

- Todos los beneficios están sujetos al Deducible Anual según consta en la Carátula de seguro.
- **El beneficio máximo por Asegurado, Por Año Póliza, es de USD \$3,000,000.-**
- Habitación y Comidas en el Hospital será cubierta al 100% dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Fuera de la Red de Proveedores Plan Azure, Habitación y Comidas en el Hospital está limitada a USD \$800.- por día.
- Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Hospitalizado limitados a USD \$100.- por día.
- Sección de Cuidados Intensivos será cubierta al 100% dentro de la Red de Proveedores Plan Azure. Fuera de la Red de Proveedores Plan Azure, Sección de Cuidados Intensivos está limitada a USD \$2,400.- por día.
- Máximo de estancia en el Hospital es ilimitado.
- Beneficios por Maternidad hasta USD \$5,000.- por cada embarazo.
- Complicaciones de Maternidad están limitados a USD \$100,000.- por embarazo.
- Cuidado Neonatal limitado a USD \$250,000.- por niño, de por vida.
- Preservación de las Células Madres del Cordón Umbilical está limitado a USD \$1,500.- por niño.
- Cuidado de Enfermera en el Hogar hasta 30 días por Año Póliza.
- Trasplante de Órgano está limitado a USD \$1,000,000.- por Asegurado, de por vida.
- Servicio Local de Ambulancia será cubierto al 100%.
- Chequeo Médico Rutinario limitado a USD \$500.- por Póliza (grupo familiar), por Año Póliza.
- Exoneración de Prima (2 años).

- Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Azure limitado a USD \$25,000.- por incidente.
- Incapacidad Total y Permanente USD \$50,000.- Este beneficio se otorga solo al Titular de Póliza.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos están limitados a USD \$10,000.- por Asegurado, por Año Póliza.
- Tratamiento de Enfermedad Sexualmente Transmisible limitado a USD \$1,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

PERÍODO DE CARENCIA

La cobertura dentro del país de residencia del asegurado, durante los primeros 30 días de inicio de la Póliza, se limitará exclusivamente a accidentes o enfermedades infecciosas. Para los demás casos la cobertura iniciará una vez transcurridos los primeros treinta días a partir de la fecha de inicio de la Póliza.

La cobertura fuera del país de residencia del asegurado, durante los primeros 60 días a partir de la fecha de inicio de la póliza, se limitará exclusivamente a accidentes o enfermedades infecciosas. Para los demás casos la cobertura iniciará una vez transcurridos los primeros sesenta días a partir de la fecha de inicio de la Póliza.

La cobertura de maternidad sólo será aplicable a partos que ocurran una vez se cumplan diez (10) meses después de la fecha de inicio de la póliza.

PARTE VI - PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

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

Todas las decisiones que precisen de capacitación u opinión profesional, independiente de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con dicha capacitación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán la exclusiva responsabilidad del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir qué

atención médica se debe dar o recibir y cuándo y cómo se debe proveer dicha atención. La Aseguradora es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Aseguradora no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado.

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estadías en el Hospital así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Aseguradora podrá hacer disponible este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. La Aseguradora podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Aseguradora que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos

alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, o un representante de este mismo que sea aceptable a la Aseguradora y al Médico del Asegurado.

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

C. Segunda Opinión Quirúrgica

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

PARTE VII – TÉRMINOS Y DEFINICIONES

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al

representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica.

Las siguientes definiciones se aplican a la presente Póliza:

ACCIDENTE se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra dentro del período del Año Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima y fuera del control de la misma.

AÑO POLIZA es el período de cobertura de un Asegurado comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

ASEGURADO es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

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

Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a, individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad o sexo, de emisión, ocupación, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.

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

CONDICIONES PRE-EXISTENTES son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas después de la Fecha de Inicio original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya

expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en la Carátula de Seguro.

Tratamiento por Condiciones Pre-existentes no declaradas no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Aseguradora podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

DEDUCIBLE ANUAL es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos.

DEPENDIENTE significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en concubinato con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos no tengan más de 18 años de edad a la Fecha de Inicio de la cobertura o la Fecha de Vencimiento, a no ser que dichos hijos sean solteros y residan con el Titular de Póliza, en cuyo caso podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24.

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

DESÓRDENES CONGÉNITOS o Enfermedades son trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios. Los Desórdenes Congénitos bajo esta Póliza serán cubiertos como cualquier otra Enfermedad, siempre y cuando no hayan sido diagnosticados ni manifestados antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

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

EMERGENCIA se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.

ENFERMEDAD se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio de la Póliza y durante el Año Póliza.

FECHA DE INICIO es la fecha de entrada en vigor que se especifica en la Carátula de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.

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

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS

Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Aseguradora. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

HOSPITAL es cualquier institución legalmente licenciada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra enclavado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

LESIÓN significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

MÉDICAMENTE NECESARIO se refiere a tratamiento, servicio, o suministro médico que la Aseguradora determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:

A. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;

- B. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
- C. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- D. No se le reconoce médica ni científicamente;
- E. Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.

MÉDICO es cualquier persona legalmente licenciada para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento.

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

NOTIFICACIÓN es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

MONEDA

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

PAÍS DE RESIDENCIA

(1) La República de Colombia, o (2) el País donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año civil o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio. Ninguna persona, a no ser un estudiante Dependiente a tiempo completo, podrá residir en los Estados Unidos durante más de 180 días en el transcurso de cualquier plazo de 365 días.

SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en el salón de primeros auxilios y en el salón de

emergencias de un Hospital que se proveen diariamente.

Los Servicios de Paciente Externo también incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis al 100% únicamente cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores Plan Azure, sujeto a la pre-autorización por la Aseguradora. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.

Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados por proveedores de Servicio de Paciente Externo o por Médicos fuera de la Red de Proveedores Plan Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

TITULAR DE PÓLIZA es el tomador bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

RED DE PROVEEDORES PLAN AZURE es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores Plan Azure. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores Plan Azure, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

PARTE VIII - ADMINISTRACION

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la póliza es anual.

2. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En los términos del artículo 1076 del Código de Comercio, el Asegurado estará obligado a declarar a la Aseguradora, al dar la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

De igual modo, en el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros según establece el artículo 1092 del Código de Comercio, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus

respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad.

3. DEDUCIBLE

El deducible anual según consta en el Carátula de seguro será aplicado por asegurado, por año póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por año póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del año póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del año póliza.

En caso de accidente el cual sea tratado en el país de residencia, en el que más de un asegurado cubierto bajo esta póliza sufra una lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por año póliza con respecto a los asegurados lesionados. No se aplicará deducible anual a lo siguiente: tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente, maternidad, complicaciones de maternidad, preservación de las células madres del cordón umbilical y chequeos médicos rutinarios.

4. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o servicios de paciente externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un accidente o emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir el tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la aseguradora en un plazo de 72 horas de haber comenzado el tratamiento. La falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción de los beneficios, que inclusive podría llegar al cincuenta (50%) por ciento de los mismos, cuando quiera que esta falta de notificación acarree perjuicios a la Aseguradora, en los términos del artículo 1078 del Código de Comercio.

5. ELEGIBILIDAD

Personas residentes en la República de Colombia serán elegibles para la cobertura. La edad máxima de inscripción será los 70 años de edad. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad, a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Aseguradora de la Solicitud de Seguro. Los solicitantes de 65 años o más serán elegibles para su inscripción sujeto a la aprobación

por la Aseguradora de la solicitud de seguro y de un examen médico realizado mediante el formulario médico de la Aseguradora.

a. Recién Nacidos

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza están automáticamente cubiertos hasta el límite específico tal y como se especifica bajo la sección de Cuidado Neonatal, sujetos a que el Formulario de Adición y el pago de la prima sean enviados a la Aseguradora dentro de un plazo de noventa (90) días de haber ocurrido el nacimiento. De no cumplirse con este requisito, se deberá completar una solicitud de seguro para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

b. Dependientes

Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado, quedarán aprobados sin necesidad de suscripción para un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza anterior que les daba cobertura a través de la Aseguradora. La solicitud de los Dependientes se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos Dependientes. Si un hijo Dependiente se casa, deja de ser estudiante a tiempo completo o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Titular de Póliza por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.

6. PAGO DE LA PRIMA

El Titular y/o Tomador es el responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni

tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

7. PERIODO DE GRACIA

Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes de la Fecha de Vencimiento, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de 30 días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para que la Póliza pueda ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán efectivo en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras ésta no haya sido renovada.

8. TÉRMINO DE PÓLIZA

Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

9. DECLARACIÓN FALSA DE LA EDAD

Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Aseguradora quedará limitada a la Devolución como se define en esta Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

10. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Aseguradora revoca la Póliza una vez que ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Aseguradora devengará definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de siniestro total, indemnizable a la luz del contrato, la prima se entenderá totalmente devengada por la Aseguradora. Si el siniestro fuere parcial, se tendrá por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del seguro. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza.

11. PRUEBA DE RECLAMACIÓN

La prueba escrita de Reclamación, incluyendo reclamación por Maternidad, deberá someterse a la consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. El incumplimiento de efectuar dicha reclamación, dentro del plazo fijado en el reglamento, invalidará la reclamación. Los recibos originales deben enviarse junto con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora y en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos. El beneficio de Maternidad es pagadero después del parto. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con las tasas de cambio del mercado libre, vigentes en el momento que la Aseguradora reciba la reclamación debidamente documentada por el Asegurado.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora.

12. PAGOS DE RECLAMACIONES

Siempre que sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Titular de Póliza ya no vive, la Aseguradora pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza. Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Asegurado será hecho en la misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores por el Asegurado.

13. DOCUMENTOS PARA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

El Asegurado o beneficiarios deberán en caso de siniestro, presentar los documentos que acrediten la ocurrencia y la cuantía de la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio. Se podrán adjuntar, entre otros, los siguientes documentos:

- Formulario de reclamo debidamente diligenciado
- Originales de las órdenes y facturas de exámenes
- Resultados de los exámenes
- Orden y facturas de medicinas
- Protocolo operatorio y
- Facturas de honorarios médicos.

14. EXÁMENES FÍSICOS

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

15. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al Asegurador.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de seguro.
3. Al vencimiento de la vigencia establecida en la Carátula de seguro.
4. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley.
5. Por incumplimiento del Tomador o Asegurado de estar afiliado al Plan Obligatorio de Salud de él y/o los beneficiarios, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.

16. CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Aseguradora se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos

durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente en la próxima Fecha de Vencimiento. Si el Titular de la Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en los Estados Unidos mientras esta Póliza se encuentra en efecto, la Aseguradora, a su propia discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

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

17. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Aseguradora considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud.

No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

- A) Obtenga el pago de la prima vencida atrasada y
- B) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación.

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de Rehabilitación, o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza.

18. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN

Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

1. La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
2. El Asegurado acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
3. No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Titular de Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de 30 días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se

expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. La Aseguradora tendrá el derecho de ajustar las primas y cambiar la Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza para la Clasificación al momento de cada renovación, modificaciones que serán informadas y puestas a disposición del Tomador - Asegurado de manera previa.

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

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 85 del Decreto 2353 de 2015 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.

20. LESIONES EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

En caso de que los asegurados de esta póliza sufran lesiones causadas en accidente de tránsito, el amparo de este contrato de seguro se afectará únicamente después de haberse agotado las coberturas propias del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT).

21. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y demás normas que la adicionen, modifiquen, complementen o deroguen.

ART. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el Asegurador, antes de celebrarse el

contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

22. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

El Tomador, Asegurado o Beneficiario se obligan a actualizar anualmente la información relativa a su actividad laboral, comercial, financiera y demás contenida en el formulario de vinculación a clientes.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con LA ASEGURADORA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la vigencia del contrato que aparece en la póliza y al momento de la renovación de la misma.

23. NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables.

24. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

Firma Autorizada