
BMI COLOMBIA

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD-BMI PLAN COLECTIVO

Condiciones Generales

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada “**LA ASEGURADORA**”, emite la presente póliza denominada **BMI PLAN COLECTIVO**. 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.

Esta póliza cubre a grupos que consisten en individuos conectados o con afinidad común al Titular de la Póliza o Tomador y en donde exista una relación laboral de patrono/empleador, como también grupos afines con algún tipo de relación contractual con el Titular de la Póliza o Tomador.

El Plan Colectivo proporciona cobertura en la Red de Proveedores de BMI mostrada en las condiciones particulares. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores de BMI resultarán en una reducción de los beneficios que se especifica en las condiciones particulares, 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 CONDICIONADO GENERAL Y PARTICULAR, Y A TRATAMIENTOS CUBIERTOS CERTIFICADOS POR LA ASEGURADORA.

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

PARTE II-BENEFICIOS

- 1. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL.**
- 2. GASTOS PRE-POST HOSPITALARIOS.**
- 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. CARGOS EN EL HOSPITAL POR ENFERMERA ESPECIAL (SUJETO A APROBACIÓN DE LA ASEGURADORA.**
- 10. MATERNIDAD (DISPONIBLE SOLAMENTE PARA LAS OPCIONES CON MONTO DE DEDUCIBLES MENOR A USD 5.000).**

11. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD (DISPONIBLE SOLAMENTE PARA LAS OPCIONES CON MONTO DE DEDUCIBLES MENOR A USD 5.000).
12. CUIDADO NEONATAL. (CON MATERNIDAD CUBIERTA)
13. PRESERVACIÓN DE LAS CÉLULAS MADRES DEL CORDÓN UMBILICAL. (CON MATERNIDAD CUBIERTA)
14. ENFERMERA EN EL HOGAR.
15. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
16. TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
17. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA.
18. CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO.
19. COBERTURA MUNDIAL.
20. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES DE BMI.
21. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS.
22. TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE.
23. HOSPICIO O CUIDADOS TERMINALES.
24. ASISTENCIA¹ DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA
25. DESÓRDENES CONGÉNITOS
26. INDEMNIZACIÓN AL DONANTE VIVO
27. INMUNIZACIONES RUTINARIAS PARA DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS
28. TRATAMIENTO DE SIDA.
29. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO.

PARTE III-DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

1. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DENTRO 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

¹ La obligación de la Aseguradora respecto a La Asistencia de Servicios de Odontología se limita a la prestación del servicio a través de un tercero, que en este caso es Sigma Dental de Colombia Ltda., en virtud del acuerdo al que ha adherido la Aseguradora.

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.

2. GASTOS PRE-POST HOSPITALARIOS.

DE ACUERDO A LA TABLA DE BENEFICIOS DE LA PÓLIZA BMI RECONOCERÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE RADIOGRAFÍAS, EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO Y DE LABORATORIO SIMPLE, TERAPIAS Y HASTA 3 CONSULTAS PRE Y/O POST HOSPITALARIAS, SIEMPRE QUE LOS MISMOS HAGAN PARTE DE UN TRATAMIENTO MÉDICO - HOSPITALARIO O QUIRÚRGICO Y QUE SE EFECTÚEN FUERA DE LA HOSPITALIZACIÓN DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS ANTERIORES A LA FECHA DE HOSPITALIZACIÓN O TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO.

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 DICHOS HONORARIOS EXCEDERÁN DEL VALOR MÁXIMO ESTABLECIDO EN LA CARATULA 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 ELEGIBLES Y CERTIFICADOS, SERÁN CUBIERTAS AL 100% POR UN PERIODO 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 DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CLAUSULADO Y/O CARATULA DE SEGURO.

LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS RECETADAS COMO QUIMIOTERAPIA, INCLUYENDO LAS PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS PARA EL TRATAMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS, SERÁN CUBIERTAS AL 100% SOLAMENTE CUANDO SE CUMPLAN TODAS LAS SIGUIENTES CONDICIONES: (1) EL MEDICAMENTO SEA PRESCRITO PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER, (2) CUANDO EL MEDICAMENTO SEA RECONOCIDO, APROBADO Y ESPECÍFICAMENTE INDICADO PARA LA CONDICIÓN MÉDICA, COMO QUIMIOTERAPIA POR LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y ALIMENTOS (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) DE LOS ESTADOS UNIDOS, Y (3) CUANDO EL MEDICAMENTO HAYA SIDO PRE-AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA.

LAS PRESCRIPCIONES O MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS DEBERÁN SER APROBADAS Y COORDINADAS CON ANTICIPACIÓN POR LA ASEGURADORA Y SERÁN CONSIDERADAS SÓLO CUANDO SEA LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO Y/O CUANDO SE HAYAN AGOTADO OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO. LOS MEDICAMENTOS ESPECIALES QUE HAYAN SIDO APROBADOS SE LIMITAN A 30 DÍAS DE SUMINISTRO PARA PODER PROBAR SU EFECTIVIDAD Y USO SEGURO ANTES DE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO.

PRESCRIPCIONES O MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SON MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, ALTA COMPLEJIDAD Y/O ALTA PRESCRIPCIÓN "HIGH TOUCH" UTILIZADOS PARA TRATAR CONDICIONES COMPLEJAS, RARAS O CRÓNICAS COMO CÁNCER, ARTRITIS REUMATOIDE, HEMOFILIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE, ENTRE OTRAS ENFERMEDADES. ESTOS MEDICAMENTOS

PUEDEN REQUERIR MANEJO Y ADMINISTRACIÓN ESPECIALES (TÍPICAMENTE INYECCIÓN O INFUSIÓN), Y LOS PACIENTES QUE USAN UN MEDICAMENTO ESPECIALIZADO PUEDEN NECESITAR UNA SUPERVISIÓN CUIDADOSA DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PUEDA VIGILAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y ASEGURARSE DE QUE EL MEDICAMENTO ESTÁ FUNCIONANDO COMO ES DEBIDO. CUALQUIER MEDICAMENTO NO ADMINISTRADO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN SERÁ CONSIDERADO COMO MEDICAMENTO AMBULATORIO.

TODAS LAS DECISIONES CON RESPECTO A LA APROBACIÓN O COORDINACIÓN DEL BENEFICIO DE PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS SERÁN SOLAMENTE TOMADAS 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. EXAMENES 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. CIRUGIA 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 DEFINIDA POR BMI, DESPUÉS DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA. LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS PRESTADO FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES DEL

PLAN RESULTARÁN EN UNA HASTA REDUCCIÓN 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 POR CONCEPTO 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. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

9. CARGOS EN EL HOSPITAL POR ENFERMERA ESPECIAL (SUJETO A APROBACIÓN DE LA ASEGURADORA).

DE ACUERDO A LA TABLA DE BENEFICIOS DE LA PÓLIZA BMI RECONOCERÁ LOS GASTOS INCURRIDOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS POR CONCEPTO DE ENFERMERA ESPECIAL HOSPITALARIA FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA ,CUANDO SEA NECESARIA PARA EL PACIENTE AMPARADO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN SEGÚN ORDEN Y PERTINENCIA MÉDICA . LOS CUIDADOS DE ENFERMERA ESPECIAL DEBEN SER APROBADOS POR LA ASEGURADORA. ESTE BENEFICIO ESTA LIMITADO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

10. 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 LA ASEGURADORA 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.

LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO. ESTE BENEFICIO ESTA DISPONIBLE PARA LAS OPCIONES CON MONTO DE DEDUCIBLES MENOR A USD 5.000.

11. 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. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD SERÁN CUBIERTAS SOLAMENTE CUANDO LA MATERNIDAD SEA CUBIERTA BAJO ESTA PÓLIZA.

12. 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 POR HIJO DEFINIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO. 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.

13. PRESERVACION DE LAS CELULAS MADRES DEL CORDON 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 EL MONTO ESTABLECIDO

EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO 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 POR NIÑO.

14. 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 QUE SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

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

15. 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.

16. TRASPLANTE DE ORGANOS.

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 POR ASEGURADO, DE POR VIDA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO. TAMBIÉN INCLUYE LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR LA RESECCIÓN DEL ÓRGANO DE UN MIEMBRO VIVO DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO PARA EL ASEGURADO HASTA EL MÁXIMO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

17. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA.

ES LA TRANSPORTACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA A UN HOSPITAL LOCAL. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

18. CHEQUEOS MEDICOS 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 Y HASTA EL MAXIMO ESTABLECIDO EN LA CARATULA DEL SEGURO SUJETO A UN PERIODO DE CARENCIA DE 1 AÑO POLIZA.

19. COBERTURA MUNDIAL.

19.1 TRATAMIENTO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

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, SOLAMENTE SI ASI SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARATULA DE SEGURO Y SOLAMENTE PARA PLANES CON DEDUCIBLES MENORES DE USD 10.000. CADA CASO SERA EVALUADO DE FORMA PARTICULAR.

B.SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO.

DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE ANUAL, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL PORCENTAJE DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS Y HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO PÓLIZA.

19.2 TRATAMIENTO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

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 DEL PLAN.

LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES DEL PLAN RESULTARÁN EN UNA REDUCCIÓN DE UN PORCENTAJE 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 PORCENTAJE ESTABLECIDO DE LOS GASTOS ELEGIBLES Y CERTIFICADOS Y HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO PÓLIZA.

20. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES DE BMI.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES DE BMI 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 DE BMI SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

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.

21. EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS.

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 ESTE 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 POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

22. 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 POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

23. HOSPICIO O 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.

24. ASISTENCIA DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA.

LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA RESPECTO A LA ASISTENCIA DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA SE LIMITA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A TRAVÉS DE UN TERCERO, QUE EN ESTE CASO ES SIGMA DENTAL DE COLOMBIA LTDA., EN VIRTUD DEL ACUERDO AL QUE HA ADHERIDO LA ASEGURADORA.

25. 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. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

26. INDEMNIZACIÓN AL DONANTE VIVO.

LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

27. INMUNIZACIONES RUTINARIAS PARA DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS.

SON VACUNAS ADMINISTRADAS POR UN MÉDICO LICENCIADO DURANTE UN CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO DE UN NIÑO. ESTE BENEFICIO SE OTORGA SOLAMENTE A DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN ESTADO CONTINUAMENTE CUBIERTOS BAJO ESTA PÓLIZA POR LO MENOS DURANTE UN (1) AÑO PÓLIZA, A MENOS QUE SE TRATE DE UN DEPENDIENTE NACIDO DE UNA MATERNIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

POSTERIORMENTE, ESTE BENEFICIO SE OTORGARÁ CADA AÑO PÓLIZA DE COBERTURA CONTINUA. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

28. TRATAMIENTO DE SIDA.

SE DEFINE COMO LOS SERVICIOS Y COSTOS MÉDICOS QUE SE PROPORCIONAN AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR/O RELACIONADAS CON EL VIRUS HIV POSITIVO. EL TRATAMIENTO SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO ADQUIRIDA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA Y SUJETO A UN PERÍODO DE ESPERA DE DOCE (12) MESES COMENZANDO EN LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA.

ESTE BENEFICIO NO ESTARÁ CUBIERTO A) CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO ADQUIRIDA AL UTILIZAR CUALQUIER TIPO DE DROGA INTRAVENOSA ILÍCITA; O B) CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ TOMANDO DROGAS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES. ESTE BENEFICIO ESTÁ DISPONIBLE ÚNICAMENTE DESPUÉS DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA Y DEBE SER AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA. LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

29. 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.

LAS SUMAS PAGADERAS POR ESTE BENEFICIO SE INDICAN EN EL CLAUSULADO Y/O CARÁTULA DEL SEGURO.

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 DE BMI, 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 DE BMI RESULTARÁN EN UNA REDUCCIÓN DE LOS BENEFICIOS.

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 DEL SEGURO, SI LAS HUBIESE, A MENOS QUE SEA ENMENDADO.

2. COSTOS POR TRATAMIENTOS FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PRIMEROS N DÍAS (N=0;30;60) 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 N DÍAS (N=0;30;60) 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 O TRANSPORTACIÓN AÉREA DE EMERGENCIA MÉDICA SI ESTÁN INCLUIDAS COMO COBERTURAS.

8. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXCEPTO LOS INDICADOS EN LA COBERTURA DE CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO. (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 LO OFRECIDO EN LAS COBERTURAS DE TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y ASISTENCIA DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA.

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, SALVO SI ESTÁ INCLUIDO COMO COBERTURA BAJO ESTA POLIZA.

12. PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN

QUIRÚRGICAMENTE NECESARIOS, SALVO SI ESTÁ INCLUIDO COMO COBERTURA BAJO ESTA POLIZA.

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 TENGA ESTA COBERTURA.

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, SALVO SI ESTÁ INCLUIDO COMO COBERTURA BAJO ESTA POLIZA.

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, SALVO LO OFRECIDO EN LA COBERTURA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

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, DISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA, INADECUACIDAD SEXUAL Y/O TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES, SALVO LO OFRECIDO EN LA COBERTURA TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE.

29. MATERNIDADES Y CUIDADOS NEONATALES SALVO SI ESTÁ INCLUIDO COMO COBERTURA BAJO ESTA POLIZA.

30. MATERNIDADES Y CUIDADOS NEONATALES COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, EN EL CASO QUE EL EMBARAZO DURE MENOS DE 32 SEMANAS.

31. TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD Y/O CONDICIONES MÉDICAS DIAGNOSTICADAS DURANTE LOS PRIMEROS 90 DÍAS DE VIDA QUE EXCEDAN EL BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA, SIEMPRE Y CUANDO EL CUIDADO NEONATAL ESTE INCLUIDO COMO COBERTURA BAJO LA POLIZA, SALVO LO OFRECIDO EN LA COBERTURA DE DESÓRDENES CONGÉNITOS.

32. TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD O EL CONTROL DE PESO, INCLUYENDO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTARIO.

33. 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.

34. 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.

35. INGRESO HOSPITALARIO ELECTIVO MÁS DE VEINTITRÉS (23) HORAS ANTES DE UNA CIRUGÍA.

36. 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.

37. PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS DE VENTA LIBRE, O SEA, QUE SE VENDEN SIN NECESIDAD DE RECETA, O PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS NO RECETADAS, SALVO LO OFRECIDO EN LA COBERTURA DE PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS.

38. 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.

39. 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.

40. RECLAMACIONES Y COSTOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE OCURRAN DESPUÉS DE LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO DEJE DE ESTAR EN SERVICIO ACTIVO O DEJE DE SER UN EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO.

PARTE V-LIMITES

Esta Póliza está sujeta a los límites establecidos en las condiciones particulares y/o carátula del seguro.

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 del respectivo Asegurado cubierto bajo la póliza.

La cobertura de Cheques Médicos se otorga al Empleado o Asegurado Principal y a su cónyuge asegurado, o en casos especiales al grupo familiar, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante 1 Año Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará como Servicio de Paciente Externo cada Año Póliza de cobertura continua.

La cobertura de Inmunizaciones se otorga solamente a Dependientes menores de 18 años, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante

un (1) Año Póliza, a menos que se trate de un Dependiente nacido de una Maternidad cubierta por esta Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará cada Año Póliza de cobertura continua.

La cobertura de Tratamiento de SIDA será cubierto solamente cuando la Enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio de la Póliza y sujeto a un período de espera de doce (12) meses comenzando en la Fecha de Inicio del respectivo Asegurado cubierto bajo la póliza.

Las Condiciones médicas Pre-existentes declaradas serán cubiertas sujeto al período de espera indicado en la carátula del seguro, a menos que se indique lo contrario o sean señaladas en la carátula del seguro.

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 proveyendo 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-TERMINOS 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 y las mostradas en las condiciones particulares si fuere necesario 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.

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.

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

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. Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS son los exámenes médicos realizados por un Médico licenciado para el control de la salud. Este beneficio se ofrece de acuerdo a lo establecido en el clausulado y/o carátula del seguro.

CIRUGIA 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 estará disponible únicamente a través de la Red de Proveedores que defina BMI, después de notificar a la Aseguradora. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores resultarán en una reducción de los beneficios.

CLASIFICACION 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 la Póliza y/o Carátula

correspondiente, 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 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 o sean señaladas en carátula del seguro. Las sumas pagaderas por Condiciones Pre-existentes declaradas, no excluidas, serán indicadas en el clausulado y/o carátula del seguro.

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

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. Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

CUIDADO NEONATAL 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 desórdenes médicos diagnosticadas durante los primeros 90 días estarán sujetos a lo establecido en el clausulado y/o carátula del seguro. 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.

DEDUCIBLE ANUAL es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos. El Deducible Anual según consta en la Carátula del Seguro será aplicado por Asegurado, 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.

DEPENDIENTE significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en concubinato con el asegurado principal de la póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el asegurado principal de la póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del asegurado principal de la 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 asegurado principal de la 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.

DESORDENES CONGENITOS 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.

Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

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.

EMPLEADO significa el Asegurado principal quién está en Servicio Activo.

EMPLEADOR quiere decir el Titular de la Póliza o Tomador.

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.

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

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 que se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

Los cuidados de Enfermera en el Hogar deben ser aprobados por la Aseguradora.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS

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 este 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.

Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

EXAMENES 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.

FECHA DE INICIO es la fecha de entrada en vigor que se especifica en el Carátula del 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 PRE-POST HOSPITALARIOS De acuerdo a la tabla de beneficios de la Póliza BMI reconocerá los gastos incurridos por el asegurado por concepto de Radiografías, Exámenes especializados de Diagnóstico y de Laboratorio Simple, terapias y hasta 3 consultas pre y/o post hospitalarias, siempre que los mismos hagan parte de un tratamiento médico - hospitalario o quirúrgico y que se efectúen fuera de la hospitalización dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de hospitalización o treinta (30) días siguientes a la terminación del tratamiento hospitalario.

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.

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.

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.

INDEMNIZACIÓN AL DONANTE VIVO Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

INMUNIZACIONES RUTINARIAS PARA DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS

INMUNIZACIONES RUTINARIAS son vacunas administradas por un Médico licenciado durante un chequeo médico rutinario de un niño. Este beneficio se otorga solamente a Dependientes menores de 18 años, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un (1) Año Póliza, a menos que se trate de un Dependiente nacido de una Maternidad cubierta por esta Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará cada Año Póliza de cobertura continua. Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

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

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 la Aseguradora 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.

Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

MEDICAMENTO 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.

MEDICO 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.

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. El pago de la prima se realizara en dólares expresados a la TRM vigente.

NOTIFICACION 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.

PAIS DE RESIDENCIA

(1) La Republica 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.

POLIZA MAESTRA es el contrato de seguro el cual es emitido al Titular de la Póliza o Tomador según ha sido definido en esta Póliza.

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 elegibles y certificados, serán cubiertas al 100% por un periodo 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, quedaran cubiertas de acuerdo a lo establecido en el clausulado y/o caratula de seguro.

Las Prescripciones Facultativas recetadas como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Facultativas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora.

Las Prescripciones o Medicamentos Especializados deberán ser aprobadas y coordinadas con anticipación por la Aseguradora y serán consideradas sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los

medicamentos especiales que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento.

Prescripciones o Medicamentos Especializados son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción "high touch" utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas como cáncer, artritis reumatoide, hemofilia y esclerosis múltiple, entre otras enfermedades. Estos medicamentos pueden requerir manejo y administración especiales (típicamente inyección o infusión), y los pacientes que usan un medicamento especializado pueden necesitar una supervisión cuidadosa de un proveedor de atención médica que pueda vigilar los efectos secundarios y asegurarse de que el medicamento está funcionando como es debido. Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones Facultativas serán solamente tomadas 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.

PRESERVACION DE LAS CELULAS MADRES DEL CORDON UMBILICAL

Se refiere a los costos de recolección, procesamiento, pruebas y criopreservación de las unidades de sangre del cordón umbilical de un niño recién nacido. Las sumas pagaderas por estos beneficios se indican en el clausulado y/o CARÁTULA DEL SEGURO. 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 establecido en el clausulado y/o Carátula del seguro.

RED DE PROVEEDORES BMI es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos

que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores BMI. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores BMI, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

SERVICIO ACTIVO Se considera que un empleado está en Servicio Activo si él/ella están trabajando activamente a tiempo completo en el lugar del negocio del Empleador o en cualquier otro lugar que el negocio del Empleador requiera que él/ella deban ir.

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.

Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

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 de BMI, 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 de BMI resultarán en una reducción de los beneficios.

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.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA es la transportación médica de emergencia a un Hospital local.

TITULAR DE LA POLIZA O TOMADOR significa el contratante del Asegurado o en el caso de un grupo que no sea formado por empleados y el mismo haya sido aceptado por la Aseguradora, la organización patrocinadora, a través de la cual el plan es ofrecido, puesto en efecto y administrado, a la que se le emite la Póliza y que es responsable por el pago de las primas y el reporte de adiciones y cancelaciones.

TRASPLANTE DE ORGANOS 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. También incluye los gastos médicos ocasionados por la resección del órgano de un miembro vivo de la familia del Asegurado para el Asegurado. Las sumas pagaderas por estos beneficios se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

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)

Las sumas pagaderas por estos beneficios se indican en el clausulado y/o CARÁTULA DEL SEGURO.

TRATAMIENTO DE SIDA Se define como los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia del Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo. El tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio de la Póliza y sujeto a un período de espera de doce (12) meses comenzando en la Fecha de Inicio de la Póliza.

Este beneficio no estará cubierto a) cuando la enfermedad haya sido adquirida al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita; o b) cuando el Asegurado esté tomando drogas, medicamentos o tratamientos experimentales. Este beneficio está disponible únicamente después de notificar a la Aseguradora y debe ser autorizado por la Aseguradora. Las sumas pagaderas por este beneficio se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

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.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores de BMI 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 de BMI se indican en el clausulado y/o carátula del seguro.

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.

PARTE VIII-ADMINISTRACION

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la póliza es anual.

2. COORDINACION 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 de la aseguradora 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 la carátula del seguro será aplicado por asegurado, 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.

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

Empleados trabajando para el Empleador o Titular de la Póliza, quién esté en Servicio Activo y quién resida 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 Asegurado principal.

En casos particulares sujetos a la aprobación de la aseguradora esta póliza cubre a grupos que consisten en individuos conectados o con afinidad común al Titular de la Póliza o Tomador y en donde exista una relación laboral de patrono/empleador, como también grupos afines con algún tipo de relación contractual con el Titular de la Póliza o Tomador.

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 Asegurado principal 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 Titular y/o Tomador 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. TERMINO DE POLIZA

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. DECLARACION 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 el Titular de la Póliza o Tomador, Asegurado o la Aseguradora revoca la póliza una vez que esta

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.

11. PRUEBA DE RECLAMACION

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 Asegurado Principal 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 Asegurado Principal. 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. EXAMENES FISICOS

La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Aseguradora para obtener dichos informes y expedientes. 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. TERMINACION DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión del Titular de Póliza o Tomador o Asegurado Principal, en cualquier momento, mediante aviso escrito a la Aseguradora.
2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula del seguro.
3. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula del seguro.

4. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley.

5. Por incumplimiento del Tomador o Asegurado de 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. CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA

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.

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

17. REHABILITACION DE LA POLIZA

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. 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.

19. 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).

20. 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 o Asegurado principal está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Aseguradora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Aseguradora, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o Asegurado, el contrato no será nulo, pero la Aseguradora sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si la Aseguradora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente

21. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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

22. 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

23. 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.

Representante Legal

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.