

Póliza de Seguro de Salud Total Help MD

Condiciones Generales

CLÁUSULA PRIMERA

AMPARO BASICO

LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., EN ADELANTE LIBERTY, CUBRE LOS COSTOS INCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA POR LOS RUBROS ENUNCIADOS MAS ADELANTE, CON SUJECION AL DEDUCIBLE Y A LOS LIMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES. SALVO LOS EVENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS.

ESTAS COBERTURAS ESTARAN SUJETAS A LAS DISPOSICIONES QUE OPERAN PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DENTRO DE LA RED DE INSTITUCIONES EN CONVENIO CON LIBERTY O POR FUERA DE ELLA.

LOS GASTOS CAUSADOS POR CONCEPTO DE HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS DENTRO DE LA RED DE INSTITUCIONES MEDICAS Y HOSPITALARIAS EN CONVENIO DE SERVICIOS, VIGENTE CON LIBERTY, TENDRAN COBERTURA ILIMITADA.

LOS GASTOS CAUSADOS POR FUERA DE LA RED DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y MEDICOS EN CONVENIO DE SERVICIOS, VIGENTE CON LIBERTY, SE RECONOCERAN DE ACUERDO CON LOS VALORES ASEGURADOS DEFINIDOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES GENERALES.

LOS GASTOS CAUSADOS POR CONCEPTO DE HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS EN EL EXTERIOR SE RECONOCERAN DE ACUERDO CON LOS COSTOS ACOSTUMBRADOS EN LA CIUDAD DE BOGOTA, COMO CIUDAD DE REFERENCIA.

COBERTURAS

I. GASTOS HOSPITALARIOS

1. HABITACION
2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O CUIDADO INTERMEDIO
3. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
4. URGENCIAS POR ACCIDENTE.
5. EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO.
6. EXAMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE, RX, TERAPIAS E INFILTRACIONES
7. MATERNIDAD
8. AMPARO AL RECIEN NACIDO
9. GASTOS PRE Y POSTHOSPITALARIOS

10. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PERMANENTES
11. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA.

II. HONORARIOS PROFESIONALES

1. HONORARIOS QUIRURGICOS
2. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO
3. HONORARIOS POR AYUDADNTIA QUIRURGICA
4. HONORARIOS PROFESIONALES POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS NO QUIRURGICOS.
5. HONORARIOS MEDICOS POR TRATAMIENTOS MEDICOS SIMULTANEOS
6. HONORARIOS POR TERAPIAS
7. TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS POR ACCIDENTE.

III. OTRAS COBERTURAS

1. TRATAMIENTO DE CANCER
2. TRASPLANTE DE ORGANOS
3. TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
4. TRATAMIENTO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES
5. TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR
6. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZON
7. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES
8. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES CONGENITAS Y GENETICAS
9. REEMPLAZOS ARTICULARES
10. GASTOS FUNERARIOS
11. EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS
12. CUIDADOS EN CASA.
13. APARATOS ORTOPÉDICOS.
14. DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL.
15. APOYO PSICOLOGICO EN CASO DEL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGENITA O MUERTE DE UN FAMILIAR

IV. ANEXO DE ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA LIBERTY

V. ANEXO DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES LIBERTY.

VI. ANEXO DE ASISTENCIA ODONTOLOGICA

VII. AMPAROS OPCIONALES

- ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR.
- CONSULTA MEDICA AMBULATORIA.
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION E INCAPACIDAD DOMICILIARIA.
- URGENCIAS POR ENFERMEDAD.
- RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA DE SEGURO DE SALUD TOTAL HELP MD.
- COBERTURA EN EL EXTERIOR.

LA DEFINICION DE CADA UNO DE LOS ANTERIORES CONCEPTOS Y EL ALCANCE DE LOS MISMOS APARECEN ESPECIFICADOS EN LA CLAUSULA CUARTA - COBERTURAS - Y EN LA CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA DE ESTAS CONDICIONES GENERALES Y EN CADA UNO DE LOS ANEXOS Y AMPAROS OPCIONALES QUE SE DESCRIBEN EN LA PARTE FINAL DE ESTE CLAUSULADO.

CLÁUSULA SEGUNDA

EXCLUSIONES GENERALES DE LA POLIZA

ESTA POLIZA NO LE CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES QUE TENGAN ORIGEN O ESTEN RELACIONADAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. LAS PATOLOGIAS O AFECCIONES PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SUSCRIPCION DE ESTE CONTRATO O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO, SEAN ESTAS AGUDAS O CRONICAS. CUANDO LA PATOLOGIA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE, QUEDARAN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGIAS RELACIONADAS CON ELLA.
2. LA CIRUGIA ESTETICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGIA RECONSTRUCTIVA U ORTOPEDICA. SE EXCEPTÚAN LA CIRUGIA RECONSTRUCTIVAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO RESULTADO DEL CÁNCER.
3. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE: ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS O SICOLOGICAS, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES CRONICAS, ESTADOS DEPRESIVOS, EXCEPTO LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS HOSPITALARIOS PARA EL MANEJO DE LAS CRISIS AGUDAS, EN CUYO CASO RECONOCEREMOS MÁXIMO 50 DÍAS POR VIGENCIA ANUAL, DENTRO DE ESTE TRATAMIENTO NO SE RECONOCERÁ NINGUN GASTO PRE Y POSTHOSPITALARIO.
4. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR DROGADICCION, FARMACODEPENDENCIA, O ALCOHOLISMO Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTROPICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACION MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGIA; ASI COMO TAMPOCO LOS GASTOS INCURRIDOS PREVIAMENTE A ESTOS TRATAMIENTOS.
5. LOS EXAMENES, CIRUGIAS, EXTRACCIONES, OBTURACIONES Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL O A NIVEL GINGIVAL, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA POLIZA. TAMPOCO SE RECONOCERAN LOS GASTOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA POLIZA, CUYA ATENCIÓN INICIAL SE PRESTE DESPUÉS DE LOS 15 DIAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

NO RECONOCEMOS EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE DISTONIAS MIOFACIALES POR MAL POSICIÓN DENTARIA Y/O ANOMALÍAS DE CRECIMIENTO DE MAXILARES, TRATAMIENTO DE CUALQUIER INDOLE DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MAXILAR

LOS TRATAMIENTOS POR FRACTURAS DENTALES COMO CONSECUENCIA DE LA INGESTION DE ALIMENTOS NO ESTAN CUBIERTAS COMO TAMPOCO LA RESTITUCION DE PROTESIS DENTALES COMPLETAS O INCOMPLETAS, ASI SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
6. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR VICIOS DE REFRACCION VISUAL, ESTRABISMO. SUMINISTRO DE ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO.
7. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD. LIGADURA DE TROMPAS, VASECTOMIA, INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS, FECUNDACION IN VITRO, IMPOTENCIA O DISFUNCION ERÉCTIL, CAMBIOS DE SEXO.
8. EL SUMINISTRO DE APARATOS O EQUIPOS ORTOPEDICOS, AUDIFONOS, BRAGUEROS, SILLAS DE RUEDAS, EQUIPOS PARA TERAPIA FÍSICA OCUPACIONAL, MULETAS, ORGANOS PARA TRASPLANTE NI LOS

- COSTOS PARA LA ADQUISIÓN DE LOS MISMOS, MEDIAS ANTIEMBOLICAS, PAÑALES, LECHE MATERNIZADA, FAJAS Y CABESTRILLOS, SALVO QUE ESTOS ELEMENTOS SEAN MEDICAMENTE REQUERIDOS Y LIBERTY LOS HAYA AUTORIZADO PREVIAMENTE.
9. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELION, REVOLUCION, ASONADA, MOTIN O CONMOCION CIVIL CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.
 10. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRACTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACION NO COMERCIAL, MONTAÑISMO, BOXEO Y OTROS SIMILARES.
 11. LAS HOSPITALIZACIONES Y LOS TRATAMIENTOS AMBULATORIOS QUE TENGAN POR OBJETO CHEQUEOS MEDICOS DE RUTINA (SIN QUE EXISTA UNA RELACION DIRECTA DE ESTOS CON UNA PATOLOGÍA EN TRATAMIENTO Y SOPORTADA MEDIANTE HISTORIA CLINICA), EXAMENES DE TAMISAJE (O SCREENING) O CHEQUEOS EJECUTIVOS Y PRUEBAS GENETICAS.
 12. EL TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO U HOSPITALARIO PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGUN LOS CRITERIOS ETICOS LEGALES, CLINICOS Y PARACLINICOS ACTUALES PARA EL DIAGNOSTICO DE MUERTE CEREBRAL
 13. LAS LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/ O INTENTO DE SUICIDIO.
 14. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR DIETAS, ADELGAZAMIENTO. DESORDENES ALIMENTICIOS COMO BULIMIA O ANOREXIA, REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGIA, CAMARA HIPERBARICA, ESCLEROTERAPIA, QUIROPRAXIA, ACNE Y CUALQUIER TIPO DE ALOPECIA. ADEMÁS LAS TERAPIAS O TRATAMIENTOS REALIZADOS CON TOXINA BOTULÍNICA (BOTOX), SIN IMPORTAR SU ORIGEN.
 15. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACION DE UN EVENTO NO AMPARADO POR LA POLIZA.
 16. EL ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO O
 - AMBULATORIO DEL RONQUIDO O UVULOPALATOPLASTIA.
 17. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIATRICA.
 18. LOS TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA O CUALQUIER PERSONA QUE NO TENGA LA CALIDAD DE MEDICO DE ACUERDO CON SU DEFINICION, Y CUALQUIER AUTOTERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCION DE MEDICINAS.
 19. EN LOS TRASPLANTES DE ORGANOS, EL COSTO DEL ORGANO. SIN EMBARGO, CUBRIMOS LOS SERVICIOS MEDICOS REQUERIDOS POR EL DONANTE DEL ORGANO PARA EL TRASPLANTE AL ASEGURADO, ASI COMO TAMBIEN CUBRIMOS LOS GASTOS DE PRESERVACION Y TRANSPORTE DEL ORGANO A TRANSPLANTAR.
 20. LA MATERNIDAD, LAS COMPLICACIONES ANATOMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO, SI AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO LA PERSONA ESTA EMBARAZADA, O NO CUMPLE CON EL TIEMPO ESTABLECIDO EN LAS LIMITACIONES DEFINIDAS EN LA CLAUSULA TERCERA DE ESTAS CONDICIONES.
 21. EL ABORTO Y SUS CONSECUENCIAS, SALVO QUE SEA MEDICAMENTE REQUERIDO Y LEGALMENTE APROBADO.
 22. LOS SERVICIOS O TRATAMIENTOS AMBIENTALES, EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES A LARGO PLAZO, EN BALNEARIOS, EN HIDROCLINICAS, EN BAÑOS TERMALES, EN INSTITUCIONES DE REHABILITACION, EN SANATORIOS, CLINICAS DE REPOSO O ASILO DE ANCIANOS Y TODAS AQUELLAS OTRAS QUE NO SEAN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS SEGUN SE DEFINE EN ESTA POLIZA. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, ESTARAN AMPARADOS LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS DE REHABILITACIÓN QUE SURJAN A CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, CUANDO ESTOS SEAN SUMINISTRADOS EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.
 23. CUALQUIER TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO SEA MEDICAMENTE REQUERIDO O QUE SEA CONSIDERADO COMO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO POR LA CIENCIA MÉDICA.
 24. AQUELLOS GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO CUANDO ESTOS NO HAYAN SIDO SOLICITADOS O AUTORIZADOS

POR UN PROFESIONAL MEDICO.

25. LA ATENCIÓN MEDICA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS DE DIFICULTADES DE APRENDIZAJE O RELACIONADAS TALES COMO DISLEXIA, O PROBLEMAS DE CONDUCTA COMO EL TRASTORNO DE LA HIPERACTIVIDAD POR DEFICIT DE ATENCIÓN O ALTERACIONES HORMONALES CON REPERCUSIÓN EN EL CRECIMIENTO Y/O DESARROLLO.
26. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.
27. LA MASTOPLASTIA DE REDUCCIÓN O AUMENTO CON FINES ESTETICOS Y/O FUNCIONALES Y/O ANATOMICOS, EXCEPTO EN CASOS DE PACIENTES CON GIGANTOMASTIA JUVENIL QUE, PREVIA APROBACIÓN DE LIBERTY, PROVOQUE EVIDENTES TRASTORNOS A NIVEL DE LA COLUMNA CERVICAL Y DORSAL EVIDENCIADO EN ESTUDIOS CLINICOS Y DE IMÁGENES Y A CONDICION DE QUE DICHAS PACIENTES ESTEN ASEGURADAS EN LA POLIZA DESDE ANTES DE LOS 13 AÑOS DE EDAD.
28. LOS IMPUESTOS, GASTOS DE COBRANZA, MICROFILM, HISTORIAS CLINICAS Y OTROS COSTOS NO DEFINIDOS NI RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN DECLARADA.
29. LAS URGENCIAS POR ENFERMEDAD, SALVO QUE SE TENGA CONTRATADO EL AMPARO OPCIONAL DE URGENCIAS POR ENFERMEDAD O QUE LA MISMA SE ATIENDA A TRAVÉS DEL SERVICIO PRESTADO POR EL ANEXO DE ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA LIBERTY.

PARÁGRAFO 1:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LOS NUMERALES 1 Y 17 DE ESTA CLÁUSULA Y AQUELLAS EXCLUSIONES PARTICULARES ESTABLECIDAS EN LOS DOCUMENTOS QUE HACEN PARTE DEL CONTRATO, LIBERTY RECONOCERÁ POR DICHOS CONCEPTOS, UN VALOR ASEGURADO EQUIVALENTE A UN (1) SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE (S.M.M.L.V) POR EVENTO Y POR VIGENCIA.

PARÁGRAFO 2:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 12 DE ESTA CLÁUSULA, EL ESTADO COMATOSO IRREVERSIBLE Y/O ENFERMEDADES EN ESTADO TERMINAL TENDRÁN COBERTURA INTRAHOSPITALARIA, O DOMICILIARIA POR UN MÁXIMO DE CINCUENTA (50) DÍAS POR

VIGENCIA ANUAL, SIEMPRE QUE LA CONSECUENCIA DEL MISMO NO TENGA SU ORIGEN EN ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES GENERALES O PARTICULARES APLICABLES AL SEGURO AL QUE ACCEDE ESTE CONDICIONADO.

PARÁGRAFO 3:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 6, LIBERTY RECONOCERÁ LAS CIRUGÍAS REFRACTIVAS EN LOS SIGUIENTES CASOS, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE AL MOMENTO DE REALIZARLE EL TRATAMIENTO:

1. PARA LOS ASEGURADOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE PÓLIZA DE LIBERTY Y CUYA PERMANENCIA EN LA MISMA HAYA SIDO CONTINUA DESDE SU NACIMIENTO. PARA ESTE CASO, LIBERTY RECONOCERÁ EL 100% DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y MÉDICOS INCURRIDOS.

2. PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE A PARTIR DEL AÑO 2012, LLEVEN MÁS DE CINCO (5) AÑOS DE PERMANENCIA CONTINUA EN LA PÓLIZA DE LIBERTY Y SIEMPRE Y CUANDO HAYAN ADQUIRIDO LA ENFERMEDAD DE REFRACCIÓN VISUAL ESTANDO ASEGURADOS EN ELLA. PARA ESTOS CASOS SE RECONOCERÁ EL 50% DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS Y MÉDICOS.

ESTE BENEFICIO SE OTORGARÁ UNA SÓLA VEZ, INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE RENOVACIONES QUE HAYA TENIDO LA PÓLIZA Y LA COBERTURA SE PRESTARÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN COLOMBIA EN LA RED DE INSTITUCIONES Y MÉDICOS EN CONVENIO CON LIBERTY. POR NINGÚN MOTIVO SE EFECTUARÁN REEMBOLSOS DE GASTOS INCURRIDOS POR ESTE CONCEPTO.

PARAGRAFO 4:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 4, LIBERTY RECONOCERÁ, A LOS HIJOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y PARTIR DEL TERCER AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA EN LA MISMA Y POR UN MÁXIMO DE (1) MES AL AÑO, ÚNICAMENTE LOS TRATAMIENTOS DERIVADOS DE DROGADICCIÓN.

ESTA COBERTURA SE PRESTARÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN LA RED DE INSTITUCIONES Y MÉDICOS EN CONVENIO CON LIBERTY.

PARÁGRAFO 5:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LA EXCLUSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 8, LIBERTY RECONOCERÁ LOS APARATOS ORTOPÉDICOS QUE REQUIERA UN ASEGURADO CON DISCAPACIDAD PERMANENTE ADQUIRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**EXCLUSIONES PARTICULARES
APLICABLES AL ANEXO DE
ASISTENCIA MEDICA
DOMICILIARIA LIBERTY**

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO LAS PRESTACIONES DERIVADAS DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑIA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGUN SU DEFINICION LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑIA.
2. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.
3. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN EN SU TENTATIVA.
4. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.
5. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLOGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTION VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TOXICAS, NARCOTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCION MEDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES Y/O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIATRICO DE CARACTER AGUDO CRONICO.
6. LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.
7. LO RELATIVO Y DERIVADO DE GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, EL PARTO Y/O SUS COMPLICACIONES.
8. LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRACTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICION.
9. LA ASISTENCIA Y GASTOS A LOS OCUPANTES DEL VEHICULO ASEGURADO TRANSPORTADOS GRATUITAMENTE MEDIANTE "AUTOSTOP" O "DEDO" (TRANSPORTE GRATUITO OCASIONAL)

QUEDAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA OBJETO DEL PRESENTE ANEXO LAS CONSECUENCIAS DE LOS HECHOS SIGUIENTES:

1. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
2. LOS FENOMENOS DE LA NATURALEZA DE CARACTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUCCIONES VOLCANICAS, TEMPESTADES CICLONICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
3. HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTIN O TUMULTO POPULAR.
4. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
5. LOS DERIVADOS DE LA ENERGIA NUCLEAR RADIATIVA.
6. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASION DE LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN APUESTAS, RIÑAS O DESAFIOS.

**EXCLUSIONES PARTICULARES
APLICABLES AL ANEXO DE
ASISTENCIA ODONTOLOGICA**

ESTE ANEXO NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS CON EVENTOS QUE TENGAN ORIGEN O ESTEN RELACIONADOS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ESTETICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DENTAL, COMO EL CASO DEL LABIO LEPORINO.
2. LOS TRATAMIENTOS ORIGINADOS EN ENFERMEDADES MENTALES Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTROPICAS, ALCOHOLICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACION MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGIA.
3. LOS EXAMENES, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL NO CUBIERTOS POR LOS AMPAROS DE LA POLIZA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUYO TRATAMIENTO ODONTOLOGICO Y QUIRURGICO HAYA SIDO CUBIERTO POR ESTA, EN CUYO CASO SE EXCLUYEN LOS APARATOS DE PRÓTESIS, SU IMPLANTACION Y RESTAURACION.
4. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELION, REVOLUCION, ASONADA, MOTIN O CONMOCION CIVIL CUANDO EL

ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.

5. LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
6. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD
7. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA
8. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.
9. LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUIRÚRGICOS U HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ETICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
10. LAS LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/ O INTENTO DE SUICIDIO.
11. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
12. LOS PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN DOMICILIARIA
13. LOS TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL IMPORTADO NO RECONOCIDO EN COLOMBIA Y EN EL PLAN DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA; PRÓTESIS, IMPLANTES, REHABILITACIÓN ORAL, DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, SERVICIOS DE ORTODONCIA Y/O ORTOPEDIA FUNCIONAL; SERVICIOS CON METALES PRECIOSOS Y/O CUALQUIER TIPO DE PORCELANAS O CERÁMICA (PROSTODONCIA Y/O REHABILITACIÓN), ODONTOLOGÍA COSMÉTICA.
14. LOS PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED DEFINIDA.
15. LOS JUEGOS PERIAPICALES COMPLETOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATAMIENTOS

ESPECIALIZADOS, CARILLAS PARA CAMBIOS DE FORMA, TAMAÑO O COLOR DE LOS DIENTES, O EL CAMBIO DE AMALGAMAS QUE SE ENCUENTREN ADAPTADAS Y FUNCIONALES POR RESINAS, ASÍ MISMO RESTAURACIONES PARA SENSIBILIDAD DENTAL, BLANQUEAMIENTOS DE DIENTES NO VITALES, REPARACIÓN DE PERFORACIONES DENTALES, SALVO LAS CAUSADAS POR LOS ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED, REMODELADO OSEO Y PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL.

16. LOS SERVICIOS QUE NO HAYAN SIDO PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED.

CLÁUSULA TERCERA

LIMITACIONES DEL AMPARO BASICO

1. MATERNIDAD: LOS GASTOS QUE GENERE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, SE RECONOCERÁN A TODAS LAS MUJERES ASEGURADAS EN LA POLIZA. SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE 30 DÍAS DESPUÉS SU INGRESO A LA MISMA Y QUE DESDE EL INICIO DEL EMBARAZO HASTA SU TERMINACIÓN HAYA DOS (2) O MÁS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA. CUANDO SEA UNA SOLA LA ASEGURADA, EL EMBARAZO SE RECONOCERÁ SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE SE INICIE A DESPUES DEL MES 12 DE VIGENCIA CONTINUA DE LA ASEGURADA EN LA PÓLIZA.

EN LAS PÓLIZAS COLECTIVAS SE RECONOCERÁN SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE 30 DÍAS DESPUÉS DE HABER INGRESADO LA ASEGURADA A LA PÓLIZA.

2. A PARTIR DEL SÉPTIMO MES DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA SE INDEMNIZARÁN CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE: AMIGDALITIS, ADENOIDITIS, FIMOSIS Y PROSTATITIS.
3. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA SE INDEMNIZARÁN CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE: CATARATAS, PROLAPSOS UTERINOS, HISTERECTOMÍAS, HERNIAS: INGUINAL, UMBILICAL, EPIGÁSTRICA Y DISCAL.

IGUALMENTE, A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA SE RECONOCERÁN LAS PRUEBAS DE

ALERGIA O PRUEBAS DE PARCHÉ; ASÍ COMO TAMBIÉN EL EXAMEN DE DIAGNÓSTICO PET SCAN, SIEMPRE Y CUANDO EL MISMO NO SEA DE TAMISAJE.

4. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL TERCER AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA SE INDEMNIZARÁN LA SEPTOPLASTIA Y LA RINOSEPTOPLASTIA. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, ESTAS, EN TODOS LOS CASOS, SÓLO SE INDEMNIZARÁN CUANDO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR REPORTE MÉDICO Y RADIOLÓGICO DEL DÍA DEL ACCIDENTE.

DE IGUAL MANERA SE INDEMNIZARÁN A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL TERCER AÑO EN LA PÓLIZA, LOS EVENTOS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y SUS COMPLICACIONES.

5. DURANTE CADA VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA SE RECONOCERÁN MÁXIMO HASTA DOS (2) SESIONES DE TERAPIA FOTODINÁMICA.

LIMITACIONES APLICABLES AL ANEXO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

1. LOS BENEFICIOS OTORGADOS EN ESTE ANEXO PARA EL AMPARO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, SÓLO TENDRÁN OPERANCIA CADA SEIS (6) MESES Y UNO (1) POR SEMESTRE.
2. PARA EL AMPARO DE URGENCIAS SE PODRÁ ACCEDER DE MANERA ILIMITADA, Y TENDRÁ COBERTURA SIEMPRE Y CUANDO LA AFECCIÓN DENTAL SEA DEFINIDA Y CONSIDERADA POR EL ODONTÓLOGO GENERAL COMO UNA URGENCIA.

CLÁUSULA CUARTA

COBERTURAS

Sujeto a las exclusiones y limitaciones, si cualquiera de las personas aseguradas bajo la presente póliza requiere, por orden médica ser hospitalizada por enfermedad para tratamiento o cirugía, o si a consecuencia de un accidente requiere atención médica con o sin internación hospitalaria, LIBERTY, indemnizará los gastos que se causen dentro de la vigencia de la póliza y por los siguientes conceptos:

I. GASTOS HOSPITALARIOS

1. HABITACION

Comprende la habitación diaria sin límite de días de internamiento durante la vigencia de la póliza.

2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O CUIDADO INTERMEDIO.

Comprende los gastos facturados por la institución hospitalaria incluyendo dentro de ellos todos los medios necesarios para la supervisión del paciente tales como aparatos de monitoreo, servicio de enfermería, suministro de oxígeno y soporte ventilatorio entre otros, sin límite de idas de internamiento durante la vigencia.

Mientras el asegurado permanezca en la unidad de cuidados intensivos, bajo este amparo no se reconocerán gastos por idas de habitación, cama de acompañante, ni honorarios del médico intensivista, los cuales se entienden incluidos dentro del servicio de la unidad.

3. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Bajo este rubro se indemnizarán los siguientes conceptos:

- A. **ALIMENTACION:** La dieta normal suministrada por la institución hospitalaria al paciente y ordenada médicamente.
- B. **CAMA DE ACOMPAÑANTE:** La utilización de un tercero para acompañar al paciente.
- C. **SERVICIO GENERAL DE ENFERMERIA:** Servicio suministrado normalmente por la institución hospitalaria.
- D. **ENFERMERA ESPECIAL:** Sin límite de idas y medicamento requerida y prescrita por el médico tratante se reconocerá la enfermera especial intrahospitalaria o posthospitalaria.
- E. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Derecho de sala de cirugía, instrumentación, material de cirugía, elementos de anestesia, exámenes de laboratorio, radiológicos y de diagnóstico, vendajes, yesos, medicamentos, material de osteosíntesis, plasma sanguíneo, transfusiones, oxígeno, respiradores artificiales.
- F. **PRÓTESIS:** Reconoceremos cualquier aparato aprobado científicamente y construido para reemplazar artificialmente la falta de un órgano o

parte de él, con la finalidad de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. se incluye bajo este amparo los marcapasos, stent, válvulas cardíacas y prótesis articulares entre otras, ajustadas a la definición.

4. URGENCIAS

Bajo el concepto de Gastos Hospitalarios, las urgencias que se reconocen, son las derivadas directamente de un accidente.

5. EXAMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO

Cuando por orden médica sea requerida la realización de exámenes especiales para diagnóstico, LIBERTY los indemnizará independiente de que conduzcan o no a una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario, así sean realizados de manera ambulatoria y de acuerdo con la clasificación de los mismos por parte de LIBERTY.

Los exámenes de diagnóstico realizados por fuera de la red de instituciones en convenio con LIBERTY se indemnizarán al 80% del costo de los mismos.

6. EXAMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE, RX, TERAPIAS E INFILTRACIONES.

LIBERTY reconocerá los exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones independiente de que conduzcan o no a una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario o sean consecuencia de estas, hasta el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza.

A cargo del asegurado siempre habrá un copago, establecido en la carátula de la póliza, por cada cinco (5) exámenes y por cada terapia e infiltración

Los exámenes de diagnóstico simple, RX, terapias e infiltraciones realizados por fuera de la red de instituciones en convenio con LIBERTY se indemnizarán a tarifas de convenio de LIBERTY con su red de proveedores.

7. MATERNIDAD

Mediante este beneficio se cubren los costos relativos al cuidado prenatal, al parto y los cuidados postnatales de la madre. Para este beneficio no será aplicable el deducible, y su cobertura por evento se ajusta a lo establecido en la carátula de la póliza para este amparo.

Adicionalmente se otorgan las siguientes coberturas:

- a. **Curso psicoprofiláctico** : Este se prestará única y exclusivamente en la red definida por LIBERTY para este amparo

- b. **Servicio de Enfermería:** Posterior al Parto, se reconocerá el servicio de enfermería hasta por cinco (5) días

- c. **Transporte urbano:** Durante el último mes del embarazo y 15 días después de este, LIBERTY prestará el servicio de transporte urbano, para el traslado de la asegurada a sus actividades cotidianas.

Las coberturas enunciadas en los literales b y c, serán prestadas directamente por LIBERTY a través de un tercero y no están sujetas a reembolsos por gastos contratados por el asegurado de manera directa.

PARÁGRAFO:

Los medicamentos que se requieran para el tratamiento ambulatorio de la maternidad no tendrán cobertura.

8. AMPARO AL RECIEN NACIDO

A los hijos nacidos dentro de la vigencia de la póliza y cuyo parto haya sido cubierto o tenga cobertura por la misma, se les otorgará amparo automático a partir de su nacimiento con las mismas coberturas que tenga contratada su progenitora y sin pago adicional de prima hasta finalizar la vigencia en curso. Además tendrán derecho a la cobertura de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y genéticas, así como a la valoración pediátrica al momento del nacimiento.

9. GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS

LIBERTY indemnizará dentro de esta cobertura los medicamentos y los exámenes de laboratorio y radiografías simples, al igual que el alquiler de muletas, sillas de ruedas y caminador que se realicen dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio de la hospitalización y/o posteriores a la salida del hospital o clínica, siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó el tratamiento hospitalario. Así mismo se reconocerán hasta tres (3) consultas entre pre y posthospitalarias siempre y cuando guarden relación con el tratamiento realizado.

Adicionalmente LIBERTY reconocerá la alimentación enteral y parenteral posterior a una hospitalización y cirugía y que se cause dentro de los 60 días siguientes a esta.

PARAGRAFO: Los medicamentos ambulatorios que se reconocerán serán los que formule el médico para un periodo máximo de un (1) mes.

10. TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PERMANENTES

LIBERTY reconocerá a las personas aseguradas en la póliza las consultas medicas, exámenes de laboratorio y medicamentos requeridos para el

tratamiento ambulatorio de las siguientes enfermedades: difteria, diabetes, epilepsia, cirrosis hepática, fiebre reumática, hepatitis, glaucoma, hiper e hipotiroidismo, lupus, poliomielititis, tétano, litiasis, ulcera péptica y tuberculosis, que se le manifiesten y le diagnostiquen durante la vigencia de la misma.

El valor máximo a reconocer por consulta médica será el estipulado en la carátula de la póliza; y por medicamentos el valor máximo a reconocer es hasta el 25% del valor asegurado en este amparo.

1.1. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Reconocemos la hospitalización domiciliaria previa solicitud del asegurado y cuando a criterio del médico tratante se amerita, siempre y cuando no corresponda a cuidados en casa. La cobertura de la póliza se extiende a las visitas médicas domiciliarias, servicio de enfermería, traslado inicial en ambulancia hasta la ubicación del paciente en casa, alquiler de equipo para oxigenoterapia, a las terapias físicas y respiratorias, a la alimentación parenteral y enteral, a los medicamentos médicamente requeridos para la hospitalización domiciliaria.

II. HONORARIOS PROFESIONALES

La póliza reconocerá los siguientes honorarios profesionales sin límites de cobertura dentro de la red médica LIBERTY. fuera de la red el reconocimiento de honorarios será de acuerdo con lo estipulado en cláusula primera y hasta el valor máximo indicado en la carátula de la póliza.

1. HONORARIOS QUIRURGICOS

Cuando al asegurado se le practique una cirugía, el valor de los honorarios de visitas médicas hospitalarias se entiende incluido dentro de los honorarios quirúrgicos establecidos y pactados por LIBERTY.

2. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO

Por fuera de la red los honorarios profesionales por concepto de servicios prestados por el médico anestesiólogo tendrán cobertura hasta por un máximo del 40% del valor reconocido por LIBERTY por honorarios del cirujano.

3. HONORARIOS POR AYUDANTIA QUIRURGICA

Para aquellas intervenciones quirúrgicas en donde por su complejidad médicamente se requiera la presencia de un profesional de ayudantía quirúrgica.

Por fuera de la red los honorarios de la ayudantía quirúrgica tendrán cobertura hasta

por un máximo del 25% del valor reconocido por LIBERTY por honorarios del cirujano.

4. HONORARIOS PROFESIONALES POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS NO QUIRURGICOS

Cuando cualquiera de los asegurados requiera ser recluso en una institución hospitalaria para tratamiento médico no quirúrgico, se indemnizará bajo este concepto las visitas diarias sin importar el número de visitas y médicos de diferente especialidad y sin límite de cobertura en red y siempre y cuando las mismas gocen de pertinencia médica.

Fuera de red, el valor indemnizable se ajusta al valor total diario establecido en los beneficios de la póliza.

5. HONORARIOS MEDICOS POR TRATAMIENTOS SIMULTANEOS.

En caso que un asegurado requiera como consecuencia de una complicación la atención médica por parte de uno (1) o varios médicos de diferente especialidad, se reconocerá una visita médica diaria por especialidad, con un máximo de tres (3) visitas diarias.

6. HONORARIOS POR TERAPIAS

Se cubren las terapias derivadas de un evento hospitalario y/o quirúrgico cubierto por la póliza, sin límite en el número de sesiones, ordenadas por el médico tratante, en la red. fuera de red, se reconocerán un máximo de 30 terapias por evento y hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza.

7. TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS POR ACCIDENTE

El valor asegurado por este amparo es ilimitado.

III. OTRAS COBERTURAS

Además de las coberturas anteriormente citadas la póliza cubre las siguientes enfermedades:

1. TRATAMIENTO DE CANCER:

El tratamiento para el cáncer dependiendo del tipo de cáncer, localización, extensión y demás características de cada caso en particular, incluye quimioterapia, radioterapia, cirugía tanto con fines curativos como paliativos, braquiterapia, tratamientos hormonales, o cualquier otro método o técnica reconocida por las sociedades científicas.

Los medicamentos relacionados con los efectos secundarios producidos por la quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia se reconocerán por vigencia anual hasta por el valor indicado en la carátula de la póliza.

Se incluyen en esta cobertura los exámenes de diagnóstico simples y especializados y consultas médicas de control.

2. TRASPLANTE DE ORGANOS:

Se reconocen todos los trasplantes médicamente aprobados, excepto el trasplante de células madres. Además se cubren los gastos del donante efectivo por estudios pretrasplante y procedimiento quirúrgico, hasta por 122 SMMLV, así este se encuentre o no asegurado

3. TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Se reconocerá tanto el tratamiento hospitalario como ambulatorio para el manejo de esta enfermedad

4. TRATAMIENTO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES.

Se reconocerá tanto el tratamiento hospitalario como ambulatorio para el manejo de esta enfermedad

5. TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR

6. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZON

7. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES.

8. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES CONGENITAS Y GENETICAS.

9. REEMPLAZOS ARTICULARES

Se reconocerán los reemplazos articulares como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

10. GASTOS FUNERARIOS

En caso del fallecimiento de alguna de las personas aseguradas en la póliza, LIBERTY reconocerá el valor de los gastos funerarios incurridos, hasta la suma asegurada descrita en la carátula de la póliza, siempre y cuando la causa de la muerte no esté relacionada con de una exclusión o limitación de la póliza.

La indemnización se reconocerá a la persona que demuestre, mediante la presentación de las facturas originales debidamente canceladas, haber incurrido en dichos gastos .

11. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS.

En caso de fallecimiento del tomador asegurado principal, LIBERTY exonerará a los demás asegurados del pago de las primas que se generen con fecha posterior al fallecimiento y hasta la terminación de la vigencia en curso.

En caso que la prima haya sido pagada en su

totalidad, la devolución de primas a que haya lugar por la exoneración, se abonarán a la renovación de la vigencia siguiente al fallecimiento del asegurado principal.

12. CUIDADOS EN CASA

Reconocemos los cuidados en casa para aquellos casos diferentes a los contemplados en la hospitalización domiciliaria, y solo en Colombia, a los asegurados incapacitados permanentemente por desórdenes de tipo cognoscitivo (alzheimer's), secuelas mayores de accidente cerebro vascular y trauma mayor o por enfermedades terminales, por un periodo máximo de tres (3) meses por evento.

Este programa incluye los servicios de :

- a) Servicio de enfermería de acuerdo a prescripción médica.
- b) Toma de exámenes de laboratorio a domicilio.
- c) Valoración medica a domicilio
- d) Terapias domiciliarias.

Para acceder a este beneficio se requiere obtener la autorización expresa de LIBERTY, la cual se otorga previa verificación de las condiciones médicas exigidas por el departamento médico de LIBERTY.

13. APARATOS ORTOPÉDICOS

En caso de una discapacidad total permanente como consecuencia de una patología objeto de la cobertura de la presente póliza, y no obstante la exclusión definida en el numeral 8 de la Cláusula Segunda de la Exclusiones Generales de la Póliza, LIBERTY reconocerá los aparatos ortopédicos que médicamente requiera cualquiera de las personas aseguradas hasta por un valor máximo de dos (2) SMMLV por evento.

14. DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL

Reconocemos los defectos de refracción visual a aquellos asegurados que a partir del año 2012 lleven más de cinco (5) años de permanencia continua en la póliza de LIBERTY y siempre y cuando hayan adquirido la enfermedad de refracción visual estando aseguradas en la póliza; para estos casos se reconocerá el 50% de los gastos hospitalarios y médicos.

Para los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza de LIBERTY y siempre y cuando su permanencia en la misma haya sido continua desde su nacimiento, LIBERTY reconocerá el 100% de los gastos hospitalarios y médicos incurridos.

Este beneficio se otorgará una sola vez, independientemente del número de renovaciones que haya tenido la póliza y la cobertura se prestará única y exclusivamente en Colombia en la red de instituciones y médicos en convenio con LIBERTY. Por ningún motivo se

efectuarán reembolsos de gastos incurridos por este concepto.

15. APOYO PSICOLOGICO EN CASO DEL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGENITA O MUERTE DE UN FAMILIAR.

LIBERTY prestará apoyo psicológico por un (1) mes y hasta ocho (8) sesiones de terapias, por evento, a cualquiera de los asegurados o a su familia en los siguientes casos:

- a) Ante el diagnóstico de una enfermedad grave a cualquiera de los asegurados en la póliza.
- b) En casos de niños con problemas de salud irreversible, enfermedades congénitas y genéticas.
- c) Ante la muerte de un familiar.

Esta cobertura se prestará directamente a través de la red médica de LIBERTY.

CLÁUSULA QUINTA

QUIENES PUEDEN ASEGURARSE EN LA POLIZA Y HASTA QUE EDAD

1. Asegurado Principal

Es la persona que cuenta con menos de 60 años de edad en el momento de formular la solicitud. Puede asegurarse individualmente o con cualquier "persona asegurable" de acuerdo con la definición que se da a continuación.

Personas Asegurables

Personas mayores de cinco (5) días de nacidas y menores de 60 años, que a consideración de LIBERTY previa solicitud del asegurado principal y previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables; y los hijos nacidos en la vigencia en la póliza que gocen de amparo automático; quienes en adelante para los efectos de este contrato se denominan "asegurados".

En consecuencia son asegurables: el cónyuge, la compañera (o) permanente, los hijos, los padres del asegurado principal, las empleadas del servicio doméstico. Igualmente, serán asegurables otras personas previa aceptación escrita de LIBERTY.

2. Edad de Permanencia

En las pólizas individuales la edad de permanencia es indefinida. En las colectivas la edad de permanencia de los hijos o hermanos será hasta los 30 años y para el afiliado, su cónyuge y progenitores será indefinida, salvo se pacte lo contrario contra cobro de prima adicional.

CLÁUSULA SEXTA

INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS EN LA POLIZA

Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán amparados sin cobro de prima adicional y en forma automática, desde su nacimiento hasta la terminación de la vigencia del período anual durante el cual se produjo este. Para efectos de gozar de los beneficios de la póliza es necesario solicitar su inclusión en la póliza. Para obtener cobertura en los años subsiguientes; será necesario el pago de la prima respectiva.

Para la inclusión de hijos de asegurados cuyo parto no haya sido cubierto por la Póliza se deberá diligenciar declaración de asegurabilidad con posterioridad al quinto día de nacido.

Para la inclusión de personas en la póliza, LIBERTY se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que juzgue convenientes y con base en ellas dejará constancia de las exclusiones o limitaciones adicionales al seguro. La aceptación o rechazo, sobre la inclusión de nuevos asegurados o aumentos de valor debe ser dada a conocer por LIBERTY a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recibo de la solicitud. Si transcurrido este lapso LIBERTY no ha producido esta comunicación, dicha solicitud se considerará no aprobada.

El retiro de los familiares de la póliza, tendrá efecto a partir del recibo del correspondiente aviso escrito por parte del tomador de la póliza a LIBERTY

CLÁUSULA SÉPTIMA

CONTINUIDAD GARANTIZADA ENTRE POLIZAS COLECTIVAS DE LIBERTY A POLIZAS INDIVIDUALES

El Análisis de continuidad de una Póliza de Seguro Individual o colectiva TOTAL HELP MD, se otorga a los asegurados principales y a sus dependientes, previo estudio por parte de LIBERTY de las condiciones actuales de salud de los asegurados y del plan del que provienen; y siempre que formulen la solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su retiro del grupo o de la terminación de los amparos.

CONTINUIDAD DE OTRAS PÓLIZAS DE SALUD, CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA Y PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD.

PARAGRAFO 1:

LIBERTY otorgará la continuidad de otras Pólizas de Salud o Contratos de Medicina Prepagada,

cuyas coberturas sean equivalentes a las coberturas de este seguro. En todo caso de ser aceptada la continuidad, la misma quedará confirmada en la carátula de la póliza.

PARAGRAFO 2:

LIBERTY no otorgará continuidad sobre Planes Adicionales Complementarios (P.A.C.) de Salud de E.P.S.

CLÁUSULA OCTAVA

CERTIFICADO DE SEGURO

En las Pólizas Colectivas, LIBERTY expedirá Certificados Individuales de Seguro, en el que se dejarán consignadas las coberturas a las que tiene derecho cada Asegurado Principal y su grupo familiar.

CLÁUSULA NOVENA

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

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y para efectos de la suscripción de este contrato, la Compañía verificará que el Tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del Sistema de Seguridad Social en salud.

Por lo anterior, el Tomador o asegurado principal se obliga a informar a LIBERTY al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar esta mediante la presentación de copia del carne de afiliación o en su defecto de la copia de la autoliquidación de aportes, o incluso, declaración juramentada bajo la presunción de la buena fe bajo la cual se elabora este contrato.

Si el Tomador o asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a LIBERTY en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

En caso de cambio de E.P.S o retiro del régimen de excepción, del Tomador o Asegurado principal, durante la vigencia de la póliza, deberá informar este hecho a LIBERTY, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud E.P.S. a la cual pertenece.

De conformidad con el párrafo único del artículo 20 del Decreto 806 de 1998 LIBERTY queda exceptuada de la obligación legal

contenida en el citado artículo del Decreto 806 de 1998, cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA

RECLAMACIONES

Para estos efectos se estará con lo dispuesto en el artículo 1080 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

Art. 1080. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido éste plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre el tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

El asegurado autoriza expresamente a LIBERTY para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier siniestro. Además autoriza a LIBERTY para que la clínica, centro hospitalario o cualquier institución de salud y médico tratante le suministre toda información relacionada con la misma.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA

PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En lo que hace referencia a la pérdida del derecho a la indemnización se aplicará lo dispuesto en el artículo 1078 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

Art. 1078. Si el asegurado o beneficiario incumplieren las obligaciones que le corresponden en caso de un siniestro, el asegurador sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que

le acuse dicho incumplimiento.

La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro causará la pérdida de tal derecho.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

SISTEMA DE ATENCION DE SINIESTROS

Independientemente si la atención del siniestro se inicia dentro de la Red de instituciones o médicos en convenio o fuera de ella, el asegurado en el momento que lo considere, podrá cambiarse de alternativa. Si el asegurado desea combinar los servicios hospitalarios en red de LIBERTY y Honorarios Médicos fuera de ésta o viceversa la reclamación será atendida ajustada a lo indicado en este contrato para cada Amparo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA

PAGO DE PRIMAS

Las primas están calculadas para periodos de un (1) año con pago anual y deberá pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, anexo o certificado y su incumplimiento acarreará la terminación automática del contrato de seguro de acuerdo con las normas legales vigentes.

De acuerdo con la tarifa y la celebración del contrato o en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, el tomador puede optar por el pago de la prima semestral, trimestral o mensual.

En el evento de no establecerse el pago de la prima de acuerdo con lo anterior, se entenderá que el plazo para el pago será de 45 días contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de los certificados que generen prima.

El no pago oportuno de la prima, producirá la terminación automática del contrato, quedando a salvo el derecho de LIBERTY de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA

TERMINACION DEL CONTRATO

El contrato de seguro terminará:

1. Por decisión de cualquiera de las partes de conformidad con los términos del artículo 1071 del Código de Comercio.

Art. 1071. El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los

contratantes. Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso, la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
3. En Pólizas Colectivas, cuando no se cumpla con el número mínimo de diez (10) asegurados principales.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

RENOVACIONES

El contrato se renovará automáticamente por periodos anuales y a criterio de LIBERTY, de acuerdo con su experiencia, se reajustarán las tarifas anualmente; en tal evento LIBERTY informará al Asegurado Principal las nuevas tarifas que regirán a partir de la renovación.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

RESPONSABILIDAD

LIBERTY pondrá a disposición de sus asegurados una Red de Instituciones y Médicos contenidos en la Guía Médica, quienes son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones. No obstante LIBERTY no asume la responsabilidad técnica ni profesional propia de dichas personas como suministradoras directas de los servicios, dada la naturaleza de la función que desempeñan en este contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

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.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA

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.

No obstante, si a consecuencia de una inexacta declaración de la edad de alguno de los asegurados, se estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería a la edad real, la obligación en caso de siniestro disminuirá proporcionalmente a la relación que exista entre el valor pagado y el valor que ha debido pagar. Sin embargo, si tal edad al momento de contratar el seguro hubiere sido mayor a 60 años de edad, la obligación de LIBERTY quedará

limitada únicamente a reintegrar sin intereses la prima pagada por el asegurado, y no estará obligada a pagar reclamo alguno bajo la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA

NOTIFICACIONES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de la misma.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA

PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por las normas contenidas en el artículo 1081 del Código de Comercio.

ART. 1081 – La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro de de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

DEFINICIONES

1. BENEFICIOS:

Son todas las sumas pagaderas por LIBERTY a título de indemnización de acuerdo con las condiciones del presente Contrato.

2. ENFERMEDAD:

Es cualquier alteración de la salud de una persona, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

3. ACCIDENTE:

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

4. INSTITUCION HOSPITALARIA:

El término Institución Hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas por la ley Colombiana para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

5. MEDICOS:

El término médico significa cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

6. DEDUCIBLE:

La suma acumulada que por vigencia y por asegurado se deducirá del monto total de los valores reclamados que sean indemnizables bajo el presente seguro. Dicha suma se encuentra establecida para cada póliza en la respectiva carátula.

7. RED DE SERVICIOS:

Son las instituciones hospitalarias y profesionales adscritos con LIBERTY quienes prestarán la atención médica y hospitalaria a los asegurados de la póliza.

La relación de instituciones hospitalarias y de profesionales adscritos con LIBERTY, se entregará al momento de la expedición de la póliza.

De otra parte, y en el evento en que el asegurado no desee utilizar la red de servicios, las sumas a indemnizar se limitarán a los valores asegurados, deducible contratado y demás condiciones y amparos especificados en la carátula y/o anexos de la presente póliza.

8. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Cualquier alteración de estado de salud de un asegurado que haya sido manifestada,

diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión a la Póliza

9. URGENCIA:

Se entiende por urgencia cualquier evento que por ser imprevisto, agudo y apremiante requiere de atención médica inmediata y de asistencia especial en un servicio de Urgencia de una institución hospitalaria y que de lo contrario el estado general de salud del asegurado puede deteriorarse, agravarse o llevarle a serias complicaciones y/o secuelas, incluso la muerte.

10. TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

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

11. TRATAMIENTO AMBULATORIO:

Es el tratamiento médico y/o quirúrgico que no requiere hospitalización del paciente, o que ésta es inferior a 24 horas.

12. PROTESIS:

Son aquellos elementos que permiten reemplazar u optimizar la capacidad fisiológica o física de un paciente.

13. SIDA:

Cualquier persona que tenga una prueba serológica positiva de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, confirmada con el método de Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) correspondiente a los criterios diagnósticos para SIDA según la Organización Mundial de la Salud o cualquier persona que tenga confirmación serológica para VIH y que tenga además cualquiera de las siguientes enfermedades especificadas asociadas:

1. Candidiásis de la tráquea, bronquios o pulmones.
2. Candidiásis del esófago
3. Cáncer invasivo del cuello uterino.
4. Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada.
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración)
7. Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar)
8. Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual)
9. Encefalopatía relacionada con el VIH
10. Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofaguitis.
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar

12. Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración).
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
14. Linfoma de Brucella
15. Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
16. Linfoma primario del cerebro
17. Mycobacterium avium-intracellulare o Mycobacterium Kansali, diseminados o extrapulmonares
18. Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)
19. Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares.
20. Neumonitis carini.
21. Neumonía bacteriana recurrente.
22. Salmonela (no tifoidea), bacteriana recurrente
23. Sarcoma de Kaposi
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Síndrome de consunción causado por VIH

14. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La insuficiencia renal crónica es la etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos y que como consecuencia de lo cual se hace necesaria la realización de diálisis renal, ya sea por diálisis peritoneal o por hemodiálisis, o bien el trasplante renal.

15. CANCER

Para los efectos de esta póliza se entiende por Cáncer la enfermedad caracterizada por la reproducción descontrolada de células anormales con la configuración de tumores de cualquier localización que pueden producir compresión de estructuras, invasión a tejidos y metástasis. Se entiende por este grupo de enfermedades también la Leucemia, los linfomas y a la enfermedad de Hodgking.

16. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZON

Enfermedades del corazón significa las alteraciones o desviaciones del estado anatomofisiológico, que comprometen el corazón como órgano blanco; de cualquier etiología, diagnosticada por un médico a través de exámenes de laboratorio o de apoyo diagnóstico y cuyo tratamiento curativo se realiza mediante intervención quirúrgica.

17. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Enfermedad del Sistema Nervioso Central producidas por una causa interna o externa ya sean de origen vascular, tumoral, traumático o de cualquier etiología que afecten de manera general la función o

estructura y cuyo tratamiento es esencialmente quirúrgico.

18. TRASPLANTE DE ORGANOS

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, mediante el cual se inserta dentro del cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos o parte de ellos, provenientes de un donante vivo o fallecido.

19. TRAUMA MAYOR

Para los efectos de esta póliza se entiende por trauma mayor el sufrido por una persona asegurada dentro de la vigencia de la Póliza, provocada por una violencia exterior, que comprometa de manera grave más de dos (2) órganos o sistemas, debido a lo cual el paciente requiera manejo intrahospitalario de urgencia y que según el triage del servicio de urgencias, se encuentre con un nivel igual o mayor del 15 % de compromiso vital.

20. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGENITO O GENETICO

Para los efectos del presente amparo enfermedades de origen genético significa el trastorno funcional o estructural causado por anomalías en la morfología o en el número de cromosomas.

Se entiende por enfermedades congénitas cualquier alteración anatómica y/o fisiológica no manifestada ni diagnosticada con anterioridad al momento del ingreso a la póliza, presente en el nacimiento con manifestaciones tempranas o tardías en la vida del individuo.

21. REEMPLAZOS ARTICULARES

Para efectos del presente amparo, reemplazos articulares significa la reposición de componentes de una articulación deteriorada, por materiales especiales, los cuales contribuyen a lograr una recuperación funcional aceptable. Tal reemplazo debe ser realizado por el médico especialista bajo indicación médica específica.

22. POLIZA INDIVIDUAL

Es aquella que se expide a una persona natural o jurídica, a través de la cual se da amparo al Asegurado Principal y a sus dependientes.

23. POLIZA COLECTIVA

Es aquella que se expide a una persona jurídica, y a través de la cual se da amparo a las personas vinculadas al tomador por una relación laboral, comercial o civil, que para estos efectos se denomina Asegurado Principal y que exige para que la misma esté vigente en el tiempo, un mínimo de

diez (10) asegurados principales o grupos familiares, salvo que LIBERTY acuerde por escrito un número mínimo menor de asegurados principales o grupos familiares.

24. GASTOS MÉDICAMENTE REQUERIDOS

Para que un tratamiento, cirugía, servicio, suministro, medicamento o estancia hospitalaria sea médicamente requerido se deberán cumplir las siguientes condiciones:

- a) Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la persona asegurada.
- b) Que no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Que haya sido prescrito por un profesional médico.
- d) Que sea consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina de los Estados Unidos o de la comunidad médica del país donde sea prestado el servicio o tratamiento.
- e) Que el tratamiento en una institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.

25. CUIDADOS EN CASA

Corresponde al cuidado domiciliario y a la provisión de servicios o equipos al asegurado en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener su máximo nivel de bienestar, función y salud, dando cobertura a los costos de los servicios que les permiten a las personas discapacitadas por enfermedad de alzheimer, secuelas de accidentes cerebro vasculares o cualquier otro trastorno que califique para este amparo, recuperarse en su entorno familiar.

15/02/2007-1418-P-35-SMD-03

ANEXOS PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD TOTAL HELP MD

Estos Anexos hacen parte integrante del contrato principal y por lo tanto se rigen por sus condiciones generales y las particulares que se establecen a continuación.

I. ANEXO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA LIBERTY

Mediante el presente anexo, LIBERTY asegura los servicios de Asistencia Médica Domiciliaria y traslados dentro del territorio de la República de Colombia, contenidos en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA

OBJETO DEL ANEXO

ANTES DE ENTRAR A DEFINIR EL AMPARO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA, ES IMPORTANTE ANOTAR, QUE TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1110 DEL CODIGO DE COMERCIO, EN CUANTO HACE AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE PAGAR, LIBERTY EN DESARROLLO DE DICHO PRECEPTO, REALIZARA EL PAGO POR REPOSICION Y LO HARA A TRAVES DE UN TERCERO, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACION EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR EL SERVICIO QUE MAS ADELANTE SE DEFINA.

EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE SOLICITA EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA. ASI MISMO DEBE QUEDAR CLARO, QUE EL SIGUIENTE AMPARO, OPERA UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO HA SOLICITADO Y OBTENIDO EL VISTO BUENO DE LA ASISTENCIA POR TELEFONO, EN LOS NUMEROS INDICADOS EN EL CARNET QUE LE SERA ENTREGADO Y SOLO LE SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS RAZONABLES CUBIERTOS BAJO ESTE SEGURO, QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO, SI LA ASISTENCIA NO PUDO SER PRESTADA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR.

EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO, LIBERTY, GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE OCURRIDA EN SU DOMICILIO HABITUAL, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE ANEXO Y POR HECHOS DERIVADOS DE LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN EL MISMO.

SI DE ESTA ATENCIÓN DOMICILIARIA SE DERIVA LA REMISIÓN DEL ASEGURADO A UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA PARA UN TRATAMIENTO DE URGENCIAS U HOSPITALARIO, TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS CON DICHA URGENCIA

TENDRÁN COBERTURA BAJO EL AMPARO BASICO.

SE DEJA ESTABLECIDO QUE EL SERVICIO QUE PRESTARÁ LIBERTY A TRAVÉS DE SUS PROVEEDORES DE ASISTENCIA, ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, Y ESTARÁ SUJETO A LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR.

CLAUSULA SEGUNDA

DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

1. **Tomador de Seguro:** Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.
2. **Asegurado:** Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- a) El titular de la póliza.
- b) El cónyuge y los ascendientes y descendientes en primer grado de las personas naturales aseguradas, estos son los padres y los hijos menores de 23 años, siempre que convivan con estas y a sus expensas.

CLAUSULA TERCERA

ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS PERSONAS

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades de Bogotá D.C., Medellín y su área metropolitana, Cali, Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, San Andrés, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

CLAUSULA CUARTA

COBERTURAS A LAS PERSONAS

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son las relacionadas en este artículo, y se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

1. Orientación Médica Básica Telefónica:

LIBERTY pone a disposición de los asegurados el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que reciben la llamada, según la sintomatología dada por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre-hospitalarios de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el beneficiario recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al asegurado o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

2. Asistencia Médica Domiciliaria:

Cuando a consecuencia de una enfermedad o un accidente en el domicilio del asegurado, los beneficiarios requieran de una consulta médica de urgencia, la Compañía pondrá a su disposición un médico para que lo visite en el domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención, serán cubiertos por La Compañía.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

3. Traslados médicos de emergencia:

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista de cualquiera de los beneficiarios, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario; la Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir,

mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

A. Traslado básico: Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, la Compañía pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade del local hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo podrá ser un Taxi o una ambulancia básica.

B. Traslado médico en ambulancia: Una vez clasificada la situación médica del paciente, la Compañía coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta o baja complejidad según el caso, modo y lugar, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

CLAUSULA QUINTA

LIMITE DE RESPONSABILIDAD

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en el presente anexo, no implica responsabilidad en virtud del mismo, respecto de los amparos básicos y demás anexos de la póliza de seguros, a la que accede el Anexo de Asistencia Médica Domiciliaria.

CLAUSULA SEXTA

SINIESTROS

Además de lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual accede el presente anexo, referente a las indemnizaciones se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por el presente anexo el asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carné de Asistencia, debiendo indicar el nombre del Asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza de seguro, la dirección de su domicilio, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

2. INCUMPLIMIENTO

LIBERTY y Andiasistencia quedan relevadas de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

LIBERTY y Andiasistencia no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas del país. En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de Asistencia y la Compañía no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos de pago y siempre que tales gastos se encuentren cubiertos.

15/02/2007 - 1418 -A-35-SMD-031

II. ANEXO DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES LIBERTY

1. INTERCONSULTA (TM)

A través de nuestro proveedor Best Doctor, en Boston (EE.UU), se ayuda al asegurado a resolver inquietudes relacionadas con casos graves de salud, por medio de los servicios de Interconsulta que a continuación se describen:

Interconsulta es un servicio de consultas médicas internacionales que permite al asegurado efectuar consultas con los mejores especialistas y centros asistenciales y otros centros académicos de primer nivel. Interconsulta es un pedido de información médica solicitada por el asegurado, a través de LIBERTY, en referencia a un diagnóstico y/o un tratamiento, siempre y cuando la solicitud del servicio se ajuste a lo contenido en las condiciones generales de esta póliza.

Para ello, nuestro proveedor, se obliga:

- Recibir, identificar, presentar y discutir la Interconsulta con los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas en la consulta
- Coordinar la información obtenida y la eventual consulta con otros profesionales, si ello fuera necesario.
- Identificar métodos diagnósticos alternativos al material enviado.
- Coordinar el análisis de materiales adicionales tales como patologías, laboratorios y/o radiología.
- Enviar los materiales a los especialistas seleccionados.
- Interpretar, escribir y enviar al asegurado las conclusiones y recomendaciones finales.

2. INTERSALUD

Este beneficio solo se otorga para la cobertura el exterior consignada en el Amparo Opcional de Cobertura en el Exterior, siempre y cuando lo tenga contratado y se presta a través de nuestro operador en el exterior, FEDERAL ASSIST.

Intersalud ofrece una serie de servicios personalizados para el asegurado:

- a. Enviar respuesta a la solicitud de servicios al asegurado antes de su llegada a los estados unidos, haciendo mención a la selección de los médicos y hospitales.
- b. Seleccionar y dar referencias al asegurado sobre hospitales o médicos en el extranjero.
- a. Obtener citas médicas con los especialistas seleccionados.
- d. Formalizar los trámites previos a la admisión del asegurado en el hospital.
- e. Coordinar la gestión de transporte y el alojamiento provisional de él y sus familias. los costos de tal transporte o alojamiento serán a cargo del asegurado y en ningún caso de LIBERTY.
- f. Controlar y analizar las correspondientes facturas a lo largo del tratamiento del asegurado.
- g. Obtener descuentos que correspondan en cada caso en las facturas de los distintos servicios médicos y hospitalarios.

15/02/2007-1418-A-35-SMD-032

III. ANEXO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

EL PRESENTE ANEXO, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA DE SEGURO DE SALUD, EN UN TODO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA Y SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CLÁUSULA PRIMERA

AMPARO:

LA COBERTURA OTORGADA POR LIBERTY MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SERÁ PRESTADA A TRAVÉS DE LA RED DE CLINICAS Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACIÓN EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR LOS SERVICIOS QUE MAS ADELANTE SE DEFINEN. EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO

MOMENTO EN QUE SE OTORGA ESTA COBERTURA.

BAJO EL PRESENTE AMPARO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS ODONTOLÓGICOS REQUERIDOS POR EL ASEGURADO, CON SUJECCIÓN A LOS LÍMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

- A. PLAN SALUD ORAL INTEGRAL EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
- B. PLAN DE SALUD ORAL INTEGRAL EN URGENCIA DENTAL

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE ESTOS AMPAROS Y SU FORMA DE APLICACIÓN APARECEN ESPECIFICADOS EN LA CLÁUSULA CUARTA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE ANEXO.

LOS BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS ANTERIORMENTE CITADOS SERÁN PRESTADOS A LAS PERSONAS QUE COMO TAL FIGURAN COMO ASEGURADOS EN EL CONTRATO A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED DE LIBERTY EN CUYO CASO OPERA LA COBERTURA EN FORMA ILIMITADA EN LA RED, SUJETO A LAS EXCLUSIONES, TERMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN LAS CLÁUSULAS SUBSIGUIENTES DE ESTE ANEXO.

CLÁUSULA SEGUNDA

COBERTURAS

LIBERTY se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos de asistencia odontológica:

A. PLAN SALUD ORAL INTEGRAL EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Área de la Odontología que se encarga de prevenir las enfermedades orales y promover el autocuidado de la salud oral. Las actividades realizadas son:

1. CONSULTAS

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente. Bajo esta cobertura se incluye la realización y evaluación clínica del estado de salud oral a través del odontólogo general y remisiones que éste efectúe a odontólogos especialistas dentro de la red. Se excluye la consulta especializada que no sea remitida para un tratamiento derivado de una urgencia objeto de este amparo.

2. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

2.1 PROFILAXIS

Bajo esta cobertura se incluyen las medidas

necesarias para la eliminación y control de la placa bacteriana, la cual comprende la eliminación de la placa blanda.

2.2 FLUORIZACIÓN

Bajo esta cobertura se incluye la aplicación de flúor para menores de 15 años cuando ésta sea recomendada por el odontólogo general, la cual se realiza con el fin de prevenir la caries dental.

2.3 FISIOTERAPIA ORAL

Bajo esta cobertura se incluye la práctica de medidas destinadas a la promoción y prevención de la salud oral, tales como: charlas individuales de motivación y concientización, control de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado y uso de seda dental. En pacientes pediátricos, además se incluyen instrucciones para el manejo de la dieta y efectos del azúcar en la salud oral.

B. PLAN DE SALUD ORAL INTEGRAL EN URGENCIA DENTAL

Bajo esta cobertura se incluyen las medidas terapéuticas destinadas a la atención, manejo y tratamiento de dolor intenso en procesos inflamatorios agudos que afectan los tejidos duros y blandos de la cabeza y cavidad oral. Lo anterior puede ser causado por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos. En este cuadro de eventos inmediatos se incluyen las afecciones del nervio dental, sangrado posterior a una cirugía o trauma, dolor muscular por dificultad en la apertura bucal, desalajo total de piezas dentales, movilidad dental a causa de trauma, drenaje de abscesos de origen radicular o de los tejidos de soporte del diente, entre otros. Para los casos en que se presente fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, se prestará la atención inicial de urgencias que incluye reposición de dientes desalojados o con movilidad, sutura de tejidos bucales lacerados, control de sangrado y prescripción de analgésicos.

1. DIAGNÓSTICO ORAL

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente. Este examen será practicado por el Odontólogo General y en los casos en que requiera especialista se genera la respectiva remisión y asesoramiento.

2. URGENCIA ENDODÓNTICAS

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del nervio dental y de la raíz. Bajo este amparo se da cobertura a la eliminación de caries, recubrimientos pulpaes directos e indirectos, obturación provisional, obturación con amalgama, resina de fotocurado, ionómero de vidrio (solo para reconstrucción de muñones) y tratamientos de conductos uni, bi y multirradiculares. Los tratamientos de conductos

son realizados directamente por los especialistas en la materia.

3. URGENCIA PROTÉSICA

Cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, reparación de la prótesis removible (Únicamente sustitución de dientes) realizados por odontólogo general.

4. URGENCIA PERIODONTAL

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la encía y tejidos de soporte del diente.

Bajo este amparo se da cobertura a la realización de detartrajes simples y complejos, raspajes y alizados radiculares supra y subgingivales, retiro de capuchón pericoronario (no incluye la extracción de dientes incluidos) ajustes de oclusión y ferulización. Estos procedimientos son practicados por odontólogo general y según complejidad se remite a odontólogo especialista.

5. URGENCIA QUIRÚRGICA

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de patologías que requieren procedimientos quirúrgicos orales y extracciones dentales. Bajo este amparo se da cobertura a la realización de exodoncias, curetajes, tratamiento de la alveolitis postexodoncia, control de hemorragias y suturas en paladar, encías y lengua. Practicados por odontólogo general y según su complejidad se remite a odontólogo especialista.

6. RAYOS X PERIAPICALES

Es el medio que soporta el diagnóstico dental a través de imágenes obtenidas por los Rayos X. Bajo esta cobertura se incluyen las radiografías periapicales preliminares que serán empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar, urgencias endodónticas (tratamiento de conductos) y de cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de la cobertura de este contrato. Las radiografías periapicales que cubre el plan son las necesarias para la ejecución y continuidad de tratamientos dentales.

PARÁGRAFO: CONDICIONES ESPECIALES DE ATENCIÓN APLICABLES A LOS AMPAROS

- a) LIBERTY podrá, en cualquier momento, solicitar una consulta especial con cualquier asegurado, con el objetivo de mantener el nivel de calidad y la autorización del amparo de Asistencia Odontológica y/o aclarar dudas técnicas.
- b) Es requisito indispensable para la operancia del amparo de asistencia odontológica la autorización del Odontólogo General quien realizará el diagnóstico y el plan de tratamiento.
- c) Se considera un abandono de tratamiento la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida del diente, cuando un asegurado no

asiste por espacio de sesenta (60) días consecutivos a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.

CLÁUSULA TERCERA

DEFINICIONES Y OBLIGACIONES

1) ENFERMEDAD

Es cualquier alteración de la salud que conduzca a un tratamiento odontológico o quirúrgico.

2) ACCIDENTE

Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones dentales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas odontológicamente comprobadas y que sean objeto de las coberturas del presente amparo odontológico.

3) INSTITUCIÓN DENTAL

Es el establecimiento que reúne las condiciones exigidas por la ley Colombiana para prestar los servicios objeto de este contrato y debe estar legalmente registrada y autorizada para prestar los mismos.

4) ODONTÓLOGO

Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos o quirúrgicos.

El asegurado autoriza expresamente a LIBERTY para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier tratamiento. Además autoriza a LIBERTY para que la clínica, centro de salud oral o cualquier institución de salud y odontólogo tratante le suministre toda información relacionada con la misma.

LIBERTY cubrirá la atención de urgencia comprobada, desde que haya ocurrido en el territorio nacional y solamente en las ciudades donde opera el presente seguro.

Como garantía de este amparo, el servicio opera únicamente en la república de Colombia y en las ciudades capitales, incluida Sogamoso.

Debe quedar claro que si el contrato al que accede este anexo por alguna circunstancia para la fecha en que fueron prestados los servicios fue terminado o revocado, el asegurado estará en la obligación de cancelar los servicios prestados por LIBERTY.

CLÁUSULA CUARTA

RESPONSABILIDAD

LIBERTY pondrá a disposición de sus asegurados una red de instituciones y odontólogos, que son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad odontológica y prestación de servicios asistenciales y que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones. No obstante LIBERTY no asume la responsabilidad técnica ni profesional propia de dicha personas como suministradoras directas de los servicios, dada la naturaleza de la función que desempeñan en este contrato.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-033

AMPAROS OPCIONALES POLIZA DE SEGURO DE SALUD TOTAL HELP MD

LOS SIGUIENTES AMPAROS OPCIONALES HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD TOTAL HELP MD, A LA QUE SE ADHIEREN, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO CONTRATADOS E INCLUIDOS EN EL «CUADRO DE BENEFICIOS» DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN UN TODO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

1. AMPARO

ANTES DE ENTRAR A DEFINIR EL AMPARO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA, ES IMPORTANTE ANOTAR, QUE TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1110 DEL CODIGO DE COMERCIO, EN CUANTO HACE AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE PAGAR, LIBERTY EN DESARROLLO DE DICHO PRECEPTO, REALIZARA EL PAGO POR REPOSICION Y LO HARA A TRAVES DE UN TERCERO, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACION EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR EL SERVICIO QUE MAS ADELANTE SE DEFINE. EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE SOLICITA EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA. ASI MISMO DEBE QUEDAR CLARO, QUE EL SIGUIENTE AMPARO, OPERA

UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO HA SOLICITADO Y OBTENIDO EL VISTO BUENO DE LA ASISTENCIA POR TELEFONO, EN LOS NUMEROS INDICADOS EN EL CARNET QUE LE SERA ENTREGADO Y SOLO LE SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS RAZONABLES CUBIERTOS BAJO ESTE SEGURO, QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO, SI LA ASISTENCIA NO PUDO SER PRESTADA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR.

EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO, LIBERTY GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICION DEL ASEGURADO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACION ECONOMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ESTE SE ENCUENTRE EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO OCURRIDO EN EL CURSO DE UN VIAJE FUERA DE SU DOMICILIO HABITUAL, REALIZADO EN CUALQUIER MEDIO DE LOCOMOCION, DE ACUERDO CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE AMPARO Y POR HECHOS DERIVADOS UNICAMENTE DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1. EVACUACION MEDICA DE EMERGENCIA.
2. TRANSPORTE O REPATRIACION EN CASO DE LESIONES O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
4. GASTOS ODONTOLOGICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
5. MEDICAMENTOS.
6. RECUPERACION EN HOTEL.
7. REPATRIACION DE RESTOS MORTALES.
8. GASTOS DE ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR.
9. LOCALIZACION Y TRANSPORTE DE EFECTOS PERSONALES.
10. PERDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE.
11. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE.
12. PAGO DE HONORARIOS LEGALES.
13. TRASLADOS URBANOS DE EMERGENCIA O TRASLADOS MEDICOS EN AMBULANCIA TERRESTRE.
14. VISITA MEDICA DOMICILIARIA O ENVIO DE MEDICO A DOMICILIO.
15. RETORNO Y ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES.
16. CONTACTO CON SU MEDICO DE CABECERA.

17. INFORME DE TRAMITE DE DOCUMENTOS EXTRAVIADOS EN EL EXTERIOR.

18. TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES.

LA DEFINICION DE CADA UNO DE ESTOS CONCEPTOS Y SU FORMA DE APLICACION APARECEN DETERMINADOS EN LA CLAUSULA TERCERA DE ESTE AMPARO.

2. EXCLUSIONES PARTICULARES

TODOS LOS GASTOS Y/O PRESTACIONES OCASIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ENUMERADAS A CONTINUACION, QUEDAN EXCLUIDOS EXPRESAMENTE DE ESTA COBERTURA Y POR LO TANTO LIBERTY NO TENDRA NINGUNA OBLIGACION EN VIRTUD DE LOS MISMOS:

1. EVENTOS QUE OCURRAN FUERA DEL PAIS CUANDO LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO SEA SUPERIOR A 90 DIAS.
2. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DEL TERCERO; SALVO EL CASO DE FUERZA MAYOR, SEGUN SU DEFINICION LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON ESTE.
3. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.
4. LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRONICOS Y LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACION DEL VIAJE.
5. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN CON SU TENTATIVA.
6. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.
7. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLOGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTION VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TOXICAS, NARCOTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCION MEDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.
8. LO RELATIVO O DERIVADO DE PROTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, Y SUS COMPLICACIONES Y EL PARTO.

9. LA ASISTENCIA Y GASTOS DERIVADOS DE PRACTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICION.
10. LOS CAUSADOS POR LA MALA FE DEL ASEGURADO.
11. LOS FENOMENOS DE LA NATURALEZA DE CARACTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMPESTADES CICLONICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
12. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
13. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGIA NUCLEAR RADIOACTIVA
14. LOS HECHOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASION DE LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN APUESTAS O DESAFIOS.

3. EXCLUSIONES GENERALES

LAS SEÑALADAS EN LA CLAUSULA SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES A LAS CUALES ACCEDE EL PRESENTE AMPARO.

4. LIMITACIONES

LA PRESTACION DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS, O EL PAGO DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DERIVADA DE LAS COBERTURAS DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO, NO IMPLICA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LIBERTY, RESPECTO DE LOS AMPAROS BASICOS DE LA POLIZA DE SEGURO, AL QUE ACCEDE EL PRESENTE AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE.

5. ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS PERSONAS

LAS COBERTURAS REFERIDAS A PERSONAS Y A SUS EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES, SE EXTENDERÁN A CUALQUIER PAÍS DEL MUNDO, SIEMPRE QUE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO FUERA DE SU RESIDENCIA HABITUAL CON MOTIVO DE VIAJE, NO SEA SUPERIOR A NOVENTA (90) DÍAS.

6. BENEFICIOS

A. Evacuación médica de emergencia:

Si durante la urgencia del viaje el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere suficientemente idóneo según el criterio del médico tratante, la compañía coordinará y pagará los gastos de transporte médico del asegurado hasta el centro

hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde se encuentre el asegurado, utilizando el medio de locomoción disponible. Todo traslado deberá ser autorizado por un facultativo y por el departamento médico de Andiasistencia.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

B. Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad del asegurado o beneficiario:

La Compañía asumirá los gastos de traslado del asegurado o del beneficiario, cuando encontrándose en viaje fuera de su ciudad de residencia, sufra una lesión o enfermedad súbita, y se requiera el traslado en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el médico que le atienda, hasta el centro hospitalario más cercano, o en el caso de repatriación, hasta su domicilio en Colombia.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al asegurado o beneficiario, para supervisar que el traslado sea el adecuado.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

C. Gastos médicos por accidente o enfermedad:

Si durante la urgencia el asegurado sufre un accidente o enfermedad amparada por la póliza, la compañía se encargará de organizar y asumir los gastos que se generen por:

- Hospitalización.
- Intervención Quirúrgica.
- Honorarios Médicos.
- Productos Farmacéuticos hospitalarios prescritos por el medico tratante.
- Terapias de recuperación física hasta un máximo de 10 sesiones según prescripción médica (fisioterapia, Kinesiterapia, Quiropráctica).

El valor asegurado cubierto bajo este amparo opera por evento, y por el tiempo de vigencia de la póliza según el plan contratado descrito en el la carátula de la póliza.

D. Gastos odontológicos por enfermedad o accidente:

Si durante la urgencia en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de una enfermedad o un accidente en su dentadura natural, la compañía cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

Se excluye de esta cobertura :

- a. Tratamientos de ortodoncia
- b. Tratamientos de conductos y coronas

c. Tratamientos estéticos

E. Medicamentos:

Si durante la vigencia en el exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que no requiera de su hospitalización, la compañía cubrirá el valor del medicamento prescrito por el médico tratante hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

F. Recuperación en hotel (gastos de hotel por convalecencia):

Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, la compañía se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

G. Repatriación de restos mortales:

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia, la compañía efectuará los trámites para el transporte y repatriación de los restos mortales o cenizas y asumirá los gastos de traslado de los mismos desde el sitio de defunción hasta su ciudad de residencia. En aerolínea comercial vuelo regular. Quedan expresamente excluidos de esta prestación los servicios religiosos, funerales y ataúdes especiales.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

H. Gastos de acompañamiento de un familiar:

En caso de accidente o enfermedad crítica del asegurado que haga necesaria su hospitalización por un mínimo de diez (10) días, la compañía cubrirá los gastos de desplazamiento en clase económica de un familiar del asegurado, más los gastos de hotel y de alimentación en el mismo por un máximo de ocho (8) días, siempre y cuando el asegurado se encuentre solo en el lugar de hospitalización.

I. Localización y transporte de efectos personales.

La compañía, asesorará al asegurado para la denuncia del hurto o extravío de su equipaje y efectos personales en vuelo regular de aerolínea comercial. En caso de su recuperación se encargará de su traslado hasta su lugar de destino o hasta el domicilio del asegurado, según las circunstancias de tiempo y de lugar.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

J. Pérdida definitiva del equipaje:

Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, la compañía le reconocerá como indemnización según el peso del equipaje aforado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

K. Interrupción del viaje:

Cuando con ocasión de un accidente o de enfermedad o muerte del acompañante de viaje o con ocasión de muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, el asegurado deba interrumpir su viaje, la compañía se hará cargo del tiquete de regreso en aerolínea comercial clase económica, hasta su ciudad de residencia, siempre y cuando el asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

L. Pago de honorarios legales:

En caso que durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, la compañía pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta el límite establecido en la carátula de la póliza.

M. Traslados urbanos de emergencia ó traslados médicos en ambulancia terrestre:

Una vez clasificada la situación, en cualquier caso de ser requerida una intervención médica hospitalaria, la Compañía coordinará, contactará y hará un seguimiento 100% del arribo de unidades médicas especializadas (de alta, media o baja complejidad según el caso y el lugar), para transportar el beneficiario hasta el centro asistencial adecuado.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

N. Visita médica domiciliaria ó envío de médico a domicilio:

En caso de enfermedad, y una vez determinada que no tipifica emergencia o urgencia médica, ANDIASISTENCIA coordinará el envío al domicilio de un médico que evaluará el estado del paciente y defina las conductas a seguir.

O. Retorno y acompañamiento de menores:

Si los menores de quince (15) años que viajan con el asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, la compañía organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje la compañía pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar

se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.
La cobertura de este beneficio es ilimitada.

P. Contacto con su médico de cabecera:

Si por solicitud del asegurado que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad, originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera la compañía pondrá a su disposición la central de alarma para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

Q. Informes de tramites de documentos extraviados en el exterior:

Si el titular de la tarjeta sufriera la pérdida de los documentos en el exterior la compañía lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

R. Transmisión de mensajes urgentes:

La compañía se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.

7. DEFINICIONES

1. Tomador del seguro:

Es la persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

2. Asegurado:

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- a. El titular de la póliza.
- b. El cónyuge y los ascendientes y descendientes en primer grado de las personas naturales aseguradas, siempre que convivan con estas y a sus expensas, aunque viajen por separado y en cualquier medio de locomoción.

8. INDEMNIZACIÓN

Además de lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede el presente amparo, en la indemnización se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Obligaciones del Asegurado

En caso de evento cubierto por el presente amparo el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados en el carné de la póliza,

debiendo indicar el nombre del asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que requiere.

Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido, y en los lugares en que no fuera posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de llamadas, contra presentación de los recibos.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

2. Incumplimiento

LIBERTY y el tercero quedan relevados de toda responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

Así mismo LIBERTY y el tercero no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de asistencia y el tercero no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos, al regreso del asegurado a Colombia, siempre que tales gastos se hallaren cubiertos bajo el presente amparo.

3. Pago de la Indemnización

El asegurado deberá tener en cuenta las siguientes circunstancias al hacer uso de su derecho de indemnización.

- a. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.
- b. Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por parte de la empresa transportadora comercial correspondiente al pasaje no consumido, al hacer uso de la cobertura de transporte o repatriación, dicho reembolso deberá reintegrarse al tercero. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, LIBERTY a través del tercero sólo se hace cargo de los gastos adicionales que excedan de los previstos inicialmente por los asegurados.
- c. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al asegurado con el equipo médico que LIBERTY, a través del tercero, tenga para tal fin.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-034

CONSULTA MEDICA AMBULATORIA

1. DEFINICION

Sin exceder los límites establecidos en el cuadro de beneficios contratados, cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo tendrá derecho al reconocimiento de las consultas médicas profesionales que requiera, ya sea consulta médica general o especializada, y llevadas a cabo en el consultorio del médico y en un todo, de acuerdo con las alternativas que se describen a continuación, las cuales podrán ser elegidas directamente por el asegurado.

2. CONSULTA MEDICA ILIMITADA

El asegurado puede acceder a la Red Médica establecida por LIBERTY para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago para cada consulta, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza. No hay límite en el número de consultas.

No obstante si el asegurado no utiliza la Red médica establecida por LIBERTY, ésta reconocerá por reembolso, el valor de la consulta médica de acuerdo con las tarifas de convenio que en ese momento tenga pactadas LIBERTY con su Red Médica, descontando de esta el valor del copago

3. CONSULTA MEDICA TRADICIONAL

El asegurado tiene la libertad de escoger el médico de su preferencia y LIBERTY reconocerá por Consulta Médica hasta el valor máximo establecido en el cuadro de beneficios como «suma asegurada para cada consulta médica».

En cualquier caso, el máximo valor que LIBERTY indemnice a una persona asegurada bajo el presente amparo, no podrá exceder el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza, valor que se entenderá como límite por año póliza y por persona.

El valor asegurado en este amparo no se repone durante la vigencia anual. No obstante lo anterior, una vez agotado el valor asegurado, el asegurado podrá contar con cobertura ilimitada dentro de la Red de médicos adscritos a LIBERTY, debiendo cancelar el respectivo copago establecido en la carátula de la póliza.

PARAGRAFO: Bajo la modalidad de consulta médica con cobertura Ilimitada y Tradicional, la consulta ambulatoria de Nutrición, Psicología, Terapia Ocupacional y Psiquiatría, tendrán cobertura únicamente dentro de la Red médica LIBERTY y con el valor del copago establecido en la carátula de la póliza.

4. EXCLUSIONES PARTICULARES Y LIMITACIONES

- a. Las consultas no son transferibles entre miembros de un mismo grupo familiar, es decir, no puede hacerse uso de consultas de ninguno de los otros asegurados en la póliza.
- b. No hay derecho a indemnización por consultas telefónicas.
- c. No se cubren consultas atendidas por personas que no tengan el carácter de médicos según la definición establecida en las Condiciones Generales del seguro al que accede este amparo.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-035

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION E INCAPACIDAD DOMICILIARIA

1. DEFINICION:

LIBERTY reconocerá una Renta Diaria, a la (s) persona (s) asegurada(s) por el presente anexo, si a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza requiere ser hospitalizados para un tratamiento médico y/o quirúrgico y posteriormente ser incapacitado.

2. COBERTURA

La cobertura que brinda este anexo es la siguiente:

2.1 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION:

Si el asegurado requiere, durante la vigencia de la presente póliza, ser hospitalizado por mas de 24 horas para un tratamiento medico o quirúrgico por enfermedad no preexistente o accidente amparado por la póliza, LIBERTY reconocerá el beneficio diario contratado indicado en la carátula de la póliza por cada día de internamiento hospitalario.

2.2 RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD DOMICILIARIA

Si a consecuencia del tratamiento hospitalario el asegurado queda incapacitado para continuar desempeñando sus labores habituales, LIBERTY, reconocerá una renta diaria equivalente al numero de días en que el asegurado estuvo hospitalizado, sin exceder el numero de días de incapacidad decretado por el medico.

En todo caso el número máximo de días a indemnizar, por incapacidad domiciliaria nunca será superior a diez (10) días.

PARAGRAFO:

Para efectos de establecer el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado, se tendrá como referencia el número de días que facture la institución hospitalaria.

3. EXCLUSIONES PARTICULARES

1. No se indemnizará Renta Diaria por aquellos tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con el embarazo y/o sus complicaciones.
2. Tampoco será objeto de esta cobertura, la renta generada por atenciones hospitalarias de urgencias.
3. No reconoceremos la cobertura de renta hospitalaria en aquellos casos de enfermedades terminales y estados comatosos irreversibles, cuya hospitalización sea superior a 30 días continuos o discontinuos.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-036

URGENCIAS POR ENFERMEDAD EN UNA INSTITUCION HOSPITALARIA

Bajo este amparo se otorga cobertura al tratamiento de urgencias que se preste directamente en una institución hospitalaria, para los cual, se aplicará un deducible por evento y por servicio del 20% del total de los gastos con un máximo por evento indicado en la carátula de la póliza; sin embargo, no hay aplicación del deducible pactado por este amparo, en los siguientes casos:

- Cuando a consecuencia de la urgencia por enfermedad se deriva un internamiento hospitalario.
- Cuando el asegurado es remitido a urgencias por el servicio de Asistencia Médica Liberty.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-037

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA POLIZA DE SEGURO DE SALUD TOTAL HELP MD

1. DEFINICIÓN

LA POLIZA A LA QUE ACCEDE ESTE AMPARO SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN CASO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL, POR LA CANTIDAD DE PERIODOS QUE CUBRA EL VALOR CONTRATADO DE LA PRIMA DEL SEGURO.

2. COBERTURA

LA COBERTURA DE ESTE AMPARO EMPEZARÁ A PARTIR DE LA RENOVACIÓN SIGUIENTE A LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA EN LA QUE OCURRE EL FALLECIMIENTO O SE ESTRUCTURA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE ESTE AMPARO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS DE EDAD, O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA ESTE AMPARO OPCIONAL, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA A LA QUE ACCEDE ESTE AMPARO Y POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA, QUE PRODUZCA LESIONES ORGANICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA EJERCER SU OCUPACIÓN HABITUAL O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE ESTÉ DE ACUERDO CON SUS CONOCIMIENTOS, FORMACIÓN O EXPERIENCIA, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DIAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL:

- A) LA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS.
- B) LA AMPUTACION TRAUMATICA O QUIRURGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACION RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- C) LA AMPUTACION TRAUMATICA O QUIRURGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACION TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- D) LA AMPUTACION TRAUMATICA O QUIRURGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES YA DEFINIDAS

3. EXCLUSIONES PARTICULARES

ESTE AMPARO NO TIENE OPERANCIA, SI DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE RELACIONA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- A) EL FALLECIMIENTO MOTIVADO DIRECTA O

INDIRECTAMENTE POR SUICIDIO CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL ASEGURADO OCURRIDO DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA POLIZA, O DESDE LA FECHA DE SU REHABILITACIÓN O DESDE LA FECHA DE AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO.

- B) LAS ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS O LIMITACIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

4. LÍMITES DE EDAD

La edad máxima que LIBERTY acepta para el ingreso al presente Amparo de seguros es de 69 años y la edad máxima de renovación es también de 69 años.

5. CONDICIONES DE RENOVACION

Este amparo se extiende a cubrir las renovaciones automáticas de la póliza por las vigencias anuales o parte de ellas de acuerdo con las edades de las personas que conforman el grupo asegurado, las coberturas de la póliza y tarifas pactadas en cada renovación, hasta agotar la suma contratada indicada en la carátula de la póliza.

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de este amparo, es el monto de las primas de renovación de la póliza que se registra en la carátula de la póliza.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE LA MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

Para que LIBERTY proceda a la renovación automática de la póliza, como consecuencia de la muerte o la estructuración de la incapacidad total y permanente del asegurado principal, será necesario acreditar la ocurrencia del siniestro, de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la presentación de documentos tales como:

- Formulario de reclamación.
- Registro civil de defunción
- Registro civil de nacimiento del asegurado
- Certificado médico de defunción
- Historia clínica de los Médicos o entidades hospitalarias que atendieron al Asegurado.

En caso de muerte accidental o violenta:

- Acta de levantamiento del cadáver
- Certificado de Necropsia
- Certificado de Fiscalía.

En caso de incapacidad total y permanente:

- Historia Clínica completa y Certificación Médica en la que el facultativo que atendió al Asegurado califica el estado de salud del mismo

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de LIBERTY para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad de los asegurados en la póliza de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la Ley.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-038

COBERTURA EN EL EXTERIOR

1. AMPAROS

No obstante lo establecido en las Condiciones Generales para los tratamientos realizados en el exterior, bajo esta cobertura, LIBERTY reconocerá la atención en el exterior, únicamente, para las siguientes enfermedades graves y sin tener en cuenta las consideraciones de pago definidas en la Cláusula Primera de las Condiciones Generales.

- Enfermedades neurológicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
- Cirugía cardíaca y angioplastia.
- Tratamiento del cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia.
- Trasplante de órganos.
- Tratamiento por insuficiencia renal crónica.
- Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor, comúnmente denominado politraumatismo, el tratamiento incluye la rehabilitación.

2. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado establecido para este amparo es el indicado en la carátula de la póliza.

3. DEDUCIBLE

A cargo del asegurado siempre habrá un deducible de US \$10.000 por vigencia anual de la póliza. Este deducible puede ser acreditado por el asegurado de la siguiente manera:

- A. Con recursos propios.
- B. Con gastos que hayan sido incurrido directamente por el asegurado.
- C. Con los gastos, que para la atención del evento amparado, se hayan incurrido a través del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) o de cualquier Medicina Prepagada o Póliza de Hospitalización y Cirugía; o a través de la póliza Total Help MD a la cual accede este amparo.
- D. Con la cobertura de Asistencia en Viaje, cuando esta tenga relación con alguno de

los eventos amparados bajo el presente amparo en el exterior.

Para lo estipulado en los literales B, C y D, la tasa representativa del mercado (T.R.M) a aplicar será la de la fecha en que se radique en el área de indemnizaciones de LIBERTY, la documentación respectiva para la acreditación del deducible.

4. EDAD MÁXIMA DE COBERTURA EN EL EXTERIOR.

La edad máxima de cobertura en el exterior para estas patologías es hasta los 70 años.

5. EXCLUSIONES PARTICULARES.

Además de las exclusiones generales del presente contrato, para esta cobertura en el exterior regirán las siguientes exclusiones particulares:

- a. Las lesiones causadas directa o indirectamente por: terremoto, temblor de tierra, erupciones volcánicas, tifón, huracán, tornado, ciclón u otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
- b. El Cáncer in-situ del cuello uterino, cáncer de la piel, con excepción del melanoma maligno; tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, sida.
- c. Las enfermedades de las coronarias que no requieran de cirugía.
- d. Las lesiones o padecimientos causados por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- e. Las lesiones o padecimientos causados por venenos, inhalación de gases o vapores venenosos.
- f. Las enfermedades resultado de un trasplante de órgano o de tejido que no esté cubierto bajo esta póliza.
- g. No cubrimos las enfermedades o afecciones congénitas, manifiestas o no con anterioridad a la fecha de ingreso de cada asegurado.
- h. Los tratamientos o servicios proporcionados en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad que sea secundaria al, u originada por el sida, o por cualquier tratamiento proporcionado por el sida, incluyendo la enfermedad conocida como sarcoma de kaposi.
- i. Aquellos cargos que excedan los gastos médicos razonables y acostumbrados; o que no sean médicamente necesarios, o los cuales no hubiesen sido suministrados de no existir el seguro.
- j. Los gastos incurridos en medicinas que no hayan sido formuladas por el médico tratante.

k. Los gastos incurridos por la compra o renta de sillas de ruedas, camas especiales, y cualquier otro tipo de artículos o equipos similares, salvo cuando sean médicamente requeridos por una incapacidad permanente.

l. Los honorarios profesionales o gastos provenientes de tratamientos con medicina bioenergética, de homeopatía y cualquier otra clase de medicina alternativa, no reconocida por la asociación colombiana de facultades de medicina.

m. Los gastos ocasionados por cualquier tipo de cirugía estética o reconstructiva, aún cuando la lesión o la deformación que requiere dicho tratamiento o cirugía estética o reconstructiva haya sido originada por un evento cubierto por este seguro, se exceptúa la cirugía reconstructiva como resultado del cáncer y la originada por un politraumatismo.

n. El incumplimiento de los requisitos de edades de ingreso o, por haberse cumplido la edad de permanencia.

6. AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN EL EXTERIOR

La persona asegurada, está obligada a obtener una autorización previa de LIBERTY, en relación con los servicios de hospitalización y cirugía que se requieran como resultado de, o en relación con cualquiera de alguno de los eventos cubiertos. Para obtener la autorización previa, la persona asegurada o cualquier otra persona actuando en nombre de la persona asegurada, deberá ponerse en contacto con LIBERTY y tan pronto como sea posible, pero por lo menos con 10 días de anticipación a la fecha de admisión a un hospital o centro de trasplante, o a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico.

En aquellos casos de urgencia se tendrá un plazo de dos (2) días hábiles luego de ocurrida la hospitalización, o iniciada la atención o tratamiento, para solicitar la autorización.

La no solicitud de la autorización dentro de los plazos antes mencionados, conlleva a que LIBERTY solo reembolse hasta el 50% de los gastos incurridos por el asegurado.

El propósito del aviso previo es el de obtener:

La autorización en relación con el ingreso en un hospital, o centro de trasplante. Si después de la autorización previa inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera, o un representante oficial del hospital o centro de trasplantes donde la persona asegurada se encuentra recluida deberá comunicarse con

LIBERTY antes de haber transcurrido el último de los días originalmente autorizados.

En el proceso de la autorización, LIBERTY tendrá la facultad de solicitar una segunda opinión quirúrgica de un médico o un cirujano independiente. en el caso de diferir dicha segunda opinión, de la opinión original obtenida del cirujano que recomendó la cirugía, la persona asegurada podrá recurrir a una tercera opinión quirúrgica, siempre que dicha tercera opinión se obtenga de un médico o cirujano que sea reconocido, o aceptado por LIBERTY. Los gastos razonables y acostumbrados incurridos por una segunda y tercera opinión quirúrgica correrán por cuenta de LIBERTY. Si una persona asegurada satisface los requisitos de autorización de hospitalización tal como se describe anteriormente, LIBERTY pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos de acuerdo con lo establecido en esta póliza y en esta sección.

Mediante las autorizaciones de servicio, para tratamiento hospitalarios y/o quirúrgicos, en nuestra red de proveedores el asegurado tendrá cobertura al 100% y hasta el valor asegurado contratado.

En caso que el asegurado no utilice las autorizaciones de servicio otorgadas por LIBERTY en los términos anteriores, o si la autorización se otorga a un proveedor que no esta en la red medica, la responsabilidad de LIBERTY se limita al 80% del total de los gastos incurridos por el asegurado, previa aplicación del deducible establecido en la carátula de la póliza.

Con autorización o no, debe quedar claro, que la operancia del seguro, en todo caso estará sujeta a las exclusiones, limitaciones, deducibles y demás condiciones generales y particulares del presente seguro.

15/02/2007-1418-A-35 SMD-039

SMD-03 F16958
REV. 2007 - 02

