

Póliza de Seguro de Enfermedades de Alto Costo

Apreciado Asegurado:
Para su conocimiento,
agradecemos leer en forma
detenida, la información
contenida en este clausulado.

Gracias por su confianza.



Liberty
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

Condiciones
Versión Marzo de 2013

Póliza de Seguro de Enfermedades de Alto Costo

Condiciones Generales

Liberty Seguros S.A. en adelante LIBERTY, en consideración a las declaraciones que aparecen en la solicitud presentada para esta póliza, las cuales serán base y parte integrante de la misma, con sujeción a estas condiciones y las particulares que se acuerden, conviene en cubrir los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza por la atención a los afiliados a la EPS del Tomador de esta póliza, de acuerdo con las patologías amparadas por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, siempre que los mismos se generen durante la vigencia de la póliza.

CAPITULO PRIMERO

AMPAROS DE LA POLIZA ALTO COSTO

1. PATOLOGIAS CARDIACAS, DE AORTA TORAXICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES.
2. PATOLOGIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
3. INSUFICIENCIA RENAL
4. INFECCION POR V.I.H.-SIDA
5. GRAN QUEMADO.
6. CANCER
8. REEMPLAZO ARTICULAR PARCIAL O TOTAL DE CADERA O RODILLA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

DESCRIPCION DE LAS ENFERMEDADES CATASTROFICAS O DE ALTO COSTO

DEFINICION

SEGÚN LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1.994, PARA QUE UN PROCEDIMIENTO SEA CONSIDERADO DENTRO DEL GRUPO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O DE ALTO COSTO, DEBE REUNIR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES:

- ALTA COMPLEJIDAD TÉCNICA EN SU MANEJO.
- ALTO COSTO.
- BAJA OCURRENCIA.
- BAJO COSTO -EFECTIVIDAD EN LA MODIFICACIÓN DEL PRONÓSTICO.

EN LO REFERENTE AL POS, SI POR UN CAMBIO GENERAL EN LA LEGISLACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA O POR UN FALLO DE LOS JUECES DE LA REPÚBLICA, SE DISMINUYERA O RECORTARA, AUMENTARA O EXTENDIERA MATERIALMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, LAS PARTES BUSCARÁN DE INMEDIATO UN AJUSTE ADECUADO DE LOS TÉRMINOS CONTRACTUALES. DE NO LLEGARSE A UN ENTENDIMIENTO, EL CONTRATO SEGUIRÁ OPERANDO COMO SI NO HUBIERA HABIDO ESTE CAMBIO. SI EL MISMO HUBIERA SIDO INTRODUCIDO DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR NO SE AUMENTARÁ O EXTENDERÁ, A NO SER QUE ÉL HAYA DADO SU CONFORMIDAD.

1.1 PATOLOGÍAS CARDIACAS, DE AORTA TORÁXICA Y ABDOMINAL, VENA CAVA, VASOS PULMONARES Y RENALES

SE GARANTIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN LAS PATOLOGÍAS MENCIONADAS E INCLUYE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE IMAGENOLÓGÍA, CARDIOLOGÍA Y DE HEMODINAMIA PARA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INICIAL, LA COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y EL CONTROL POSTERIOR AL TRATAMIENTO.

INCLUYE TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA LESIONES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, INCLUIDO EL TRANSPLANTE DE CORAZÓN Y LA CARDIECTOMÍA DEL DONANTE Y AQUELLOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS DEL CORAZÓN Y GRANDES VASOS QUE COMPRENDE DESDE LA ARTERIA AORTA HASTA SU BIFURCACIÓN, VASOS PULMONARES Y RENALES Y VENA CAVA, CON SUS CONTROLES POSTOPERATORIOS Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DIRECTAS DEL ACTO QUIRÚRGICO. SE EXCLUYEN VASOS DEL SISTEMA LINFÁTICO. SE INCLUYEN LOS PROCEDIMIENTOS SEÑALADOS EN LA RESOLUCIÓN 5261 ART.6 Y 7, EL CONTROL HOSPITALARIO, LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA PATOLOGÍA Y CONTROLES POSTOPERATORIOS.

1.2 CÁNCER

GARANTIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL NECESARIA EN CUALQUIER COMPLEJIDAD DEL PACIENTE CON CÁNCER.

INCLUYE LOS ESTUDIOS PARA DIAGNÓSTICO INICIAL, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y LOS DE COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y DE CONTROL; EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA, LA QUIMIOTERAPIA, LA RADIOTERAPIA, EL CONTROL Y EL TRATAMIENTO MÉDICO POSTERIOR, Y EL MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE TERMINAL.

1.3 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GARANTIZA LA ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE EL PRIMER DÍA.

LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES, ADULTOS, NIÑOS O NEONATOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS, RECUPERABLES, CON DISPONIBILIDAD PERMANENTE DE PERSONAL MÉDICO ESPECIALIZADO EN CUIDADOS INTENSIVOS, MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA ADEMÁS DE PERSONAL PARAMÉDICO, CON ADIESTRAMIENTO EN CUIDADOS INTENSIVOS.

COMPRENEN EQUIPOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA Y DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA COMO ELECTROCARDIOGRAMA, MONITORIA CARDIOSCÓPICA Y DE PRESIÓN ARTERIAL, RESPIRADORES DE PRESIÓN Y DE VOLUMEN, GASIMETRÍA, OXIMETRÍA, EQUIPOS DE

DESFIBRILACIÓN, NEBULIZADORES Y OTROS. TODO ESTO VA INCLUIDO DENTRO DE LA TARIFA QUE SE RECONOCE COMO DERECHOS DE HABITACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y NO GENERARÁN NINGÚN PAGO ADICIONAL POR SU UTILIZACIÓN.

CUBRE LOS GASTOS GENERADOS DESDE EL PRIMER DÍA DE ATENCIÓN EN UNA MISMA HOSPITALIZACIÓN PARA PATOLOGÍAS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA, TODAS LAS ACTIVIDADES MÉDICAS Y PARAMÉDICAS, SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 28, 29 Y 30 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE AGOSTO 05 DE 1994.

1.4 INFECCION POR VIH Y SIDA

GARANTIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL NECESARIA EN CUALQUIER COMPLEJIDAD DEL PORTADOR ASINTOMÁTICO DEL VIRUS VIH Y DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE SIDA EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME Y SUS COMPLICACIONES.

VIH POSITIVO

TODA PERSONA QUE TENGA DOS TEST ELISA POSITIVOS CONFIRMADOS POR UNA PRUEBA WESTERN BLOT SIDA.

INCLUYE LA ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA Y HOSPITALARIA DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA, CON LOS INSUMOS REQUERIDOS Y EL SUMINISTRO DE ANTIRRETROVIRALES E INHIBIDORES DE LA PROTEASA.

SIDA - SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

DEFINICION PARA INDIVIDUOS MAYORES DE 14 AÑOS:

1. TODO INDIVIDUO QUE TENGA UNA PRUEBA SEROLÓGICA POSITIVA PARA VIH CONFIRMADA CON WESTERN BLOT Y QUE TENGA ADEMÁS UN RECUENTO TOTAL DE CÉLULAS CD4 (MEDIDO MEDIANTE CITOMETRÍA DE FLUJO), MENOR DE 200/MM3 O UN PORCENTAJE DE LINFOCITOS TOTALES CD4 MENOR DE 14%.
2. TODO INDIVIDUO QUE TENGA UNA PRUEBA SEROLÓGICA POSITIVA PARA VIH CONFIRMADA CON WESTERN BLOT Y QUE TENGA ADEMÁS CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS ACEPTADAS INTERNACIONALMENTE (CDC 1.994). SE INCLUYEN ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA HOSPITALIZACIÓN Y/O TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CASO DE NECESITARLO, Y EL CONTROL POSTERIOR AL TRATAMIENTO.

DEFINICION PARA INDIVIDUOS MENORES DE 14 AÑOS:

1. PARA LOS INDIVIDUOS MENORES DE 14 AÑOS, EL RECUENTO TOTAL DE CÉLULAS CD4 (MEDIDO MEDIANTE CITOMETRÍA DE FLUJO) DEBERÁ SER MENOR DE:
 - 750/MM3: PARA NIÑOS MENORES DE UN AÑO.
 - 500/MM3: PARA NIÑOS CON EDADES ENTRE 1 Y 5 AÑOS.
 - 200/MM3: PARA NIÑOS CON EDADES ENTRE 5 Y 14 AÑOS.
2. TODO NIÑO MAYOR DE 15 MESES CON UNA PRUEBA SEROLÓGICA POSITIVA PARA VIH CONFIRMADA CON WESTERN BLOT Y QUE TENGA LAS CONDICIONES

YA CITADAS PARA LOS MAYORES DE 14 AÑOS, MAS INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES (MAS DE DOS EPISODIOS DE SEPSIS, NEUMONÍA O MENINGITIS).

3. TODO NIÑO MENOR DE 15 MESES CON CULTIVO POSITIVO O EVIDENCIA DE INFECCIÓN POR VIH POR PRUEBA DE POLIMERIZACIÓN EN CADENA, MÁS LAS CONDICIONES CLÍNICAS CITADAS EN EL APARTE DEL INDIVIDUO MAYOR DE 14 AÑOS.
4. SE ACLARA QUE AL APARECER NUEVOS EXÁMENES QUE DETECTEN CON MAYOR PRECISIÓN EL VIRUS Y SEAN MÁS COSTO EFECTIVO QUE LOS ANTERIORES Y QUE ESTÉN RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE, SERÁN VÁLIDOS DENTRO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

1.5 INSUFICIENCIA RENAL

GARANTIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL NECESARIA EN CUALQUIER COMPLEJIDAD, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, INCLUYE:

EN LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA PARA HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL POR SESIÓN SE INCLUYEN COMO DERECHOS DE SALA LOS SIGUIENTES:

- LA DOTACIÓN Y SERVICIO DE ENFERMERÍA.
- LA UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS PROPIOS DE LA UNIDAD.
- SERVICIOS GENERALES COMO PÚBLICOS Y DE ASEO.

LA ATENCIÓN MENSUAL INTEGRAL POR PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INCLUYE:

- CONTROLES MÉDICOS
- CAMBIOS DE EQUIPO DE INFUSIÓN
- READIESTRAMIENTO

SI LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL SE REALIZAN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, NO SE RECONOCERÁN DERECHOS DE SALA.

ADICIONALMENTE SE INCLUYEN LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS CUANDO EXISTA UNA CLARA CAUSA - EFECTO GENERADO DE LA HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL.

EN EL TRANSPLANTE RENAL CUBRE LA NEFRECTOMÍA DEL DONANTE EFECTIVO Y EL CONTROL PERMANENTE DEL TRASPLANTADO RENAL. INCLUYE EL ACTO QUIRÚRGICO DE EXTRACCIÓN, TRANSPORTE DEL ÓRGANO, ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS DEL DONANTE EFECTIVO Y EL RECEPTOR, PROCEDIMIENTO DEL IMPLANTE, TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DIRECTAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y CONTROL POSTOPERATORIO, ASÍ COMO LOS MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES.

1.6 REEMPLAZO ARTICULAR PARCIAL O TOTAL DE CADERA O RODILLA

REEMPLAZO PARCIAL O TOTAL DE LA ARTICULACIÓN DE CADERA O RODILLA CON MATERIAL SINTÉTICO, CON EL FIN DE RECUPERAR SU CAPACIDAD FUNCIONAL. SU AMPARO ES VIGENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN

QUE AL PACIENTE SE LE REALICE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

INCLUYE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, LA PRÓTESIS, LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN INICIAL INTRAHOSPITALARIA, MANEJO DE COMPLICACIONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y LOS CONTROLES POSTOPERATORIOS CON EL MÉDICO TRATANTE.

1.7 PATOLOGÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

GARANTIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL NECESARIA EN CUALQUIER COMPLEJIDAD DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DE COLUMNA VERTEBRAL QUE INVOLUCRE DAÑO O PROBABLE DAÑO DE MÉDULA POR CONSECUENCIA DE UN TRAUMA, INCLUYENDO:

LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA LA COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS LESIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y DE COLUMNA VERTEBRAL (ENCÉFALO Y MÉDULA).

INCLUYE TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CANAL RAQUIMEDULAR Y COLUMNA VERTEBRAL (ESTA ÚLTIMA SÓLO EN LOS CASOS EN QUE EXISTA COMPROMISO DEL ENCÉFALO Y MÉDULA ESPINAL) POR CONSECUENCIA DE UN TRAUMA.

COMPRENDE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, MANEJO DE COMPLICACIONES Y CONTROLES POSTOPERATORIOS MÉDICOS.

1.8 MANEJO DEL GRAN QUEMADO

GARANTIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL NECESARIA EN CUALQUIER COMPLEJIDAD DE PACIENTES CON QUEMADURAS DE CUALQUIER ORIGEN QUE COMPROMETAN MÁS DEL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL Y/O QUEMADURAS DE 2º Y 3ER GRADO EN CARA, MANOS, PIES O GENITALES DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE GRAN QUEMADO CONTENIDA EN EL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA.

INCLUYE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA O FUNCIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS Y LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA Y LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, DE ESTOS CASOS.

CAPITULO SEGUNDO

EXCLUSIONES GENERALES DE LA POLIZA:

ESTA PÓLIZA NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES, ENFERMEDADES, LESIONES, TRAUMATISMOS, SECUELAS O RIESGOS QUE TENGAN ORIGEN EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

A. LESIONES RECIBIDAS EN GUERRA, INVASIÓN,

ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES (YA SEA CON GUERRA DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL O VANDALISMO.

B. LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIACIONES IONIZANTES, POLUCIÓN O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

C. LA EXTRACCIÓN Y PRESERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS DE LOS DONANTES Y LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN DE LOS DONANTES Y PREPARACIÓN DE LOS MISMOS, CON EXCEPCIÓN DEL DONANTE EFECTIVO.

D. RECLAMACIONES ATRIBUIBLES A RIESGOS PROFESIONALES.

E. ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS SIGUIENTES CASOS CLÍNICOS:

- PACIENTES EN ESTADO TERMINAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA.
- PACIENTES POLITRAUMATIZADOS MIENTRAS NO SE HAYA DEFINIDO LA CONDUCTA QUIRÚRGICA O NEUROQUIRÚRGICA.
- PACIENTES CON SIGNOS DE MUERTES CEREBRALES O DESCEREBRADAS.
- PACIENTES QUE A JUICIO DEL MÉDICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI, EN RELACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA, EDAD, ESTADO CARDIOVASCULAR, COMPLICACIONES Y PATOLOGÍAS CONCOMITANTES DEL PACIENTE, NO OFREZCA POSIBILIDADES PARA SU RECUPERACIÓN.

F. TRATAMIENTOS NO INCLUIDOS EN EL MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES, Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD, O NO RECONOCIDOS POR ASOCIACIONES MÉDICO - CIENTÍFICAS DE NIVEL MUNDIAL O AQUELLOS DE CARÁCTER EXPERIMENTAL, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA EXPRESA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE LA NECESIDAD DE SU TRATAMIENTO.

G. MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS QUE NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE AUTORIZADOS EN EL MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA, ESTABLECIDO PARA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, O DROGAS Y SUSTANCIAS EXPERIMENTALES, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA EXPRESA PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

H. ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PARA LAS ENFERMEDADES NO ESTABLECIDAS EN EL ACUERDO 72 DE 1997 EXPEDIDO POR EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA EXPRESA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE

LA NECESIDAD DE SU TRATAMIENTO.

- I. NO TENDRÁN COBERTURA LAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON VASOS DEL SISTEMA LINFÁTICO.**
- J. NO TENDRÁN COBERTURA LAS PATOLOGÍAS CARDIACAS NO QUIRÚRGICAS DURANTE LA FASE AMBULATORIA.**
- K. LIBERTY SEGUROS NO SE HARÁ RESPONSABLE DE LAS LESIONES O DAÑOS QUE PUDIESE SUFRIR EL ASEGURADO CON OCASIÓN DEL TRANSPORTE O TRASLADO DESDE EL LUGAR DE ORIGEN AL CENTRO HOSPITALARIO, EXCEPTO LOS GASTOS MÉDICOS EXPRESAMENTE CUBIERTOS POR LA PÓLIZA.**
- L. LIBERTY SEGUROS S.A. NO REEMBOLSARÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR EPS TOMADORA QUE SEAN ORIGINADOS POR TUTELAS, DEMANDAS JUDICIALES O CUALQUIER DECISIÓN JUDICIAL QUE OBLIGUE A LA CAJA A ASUMIR EL SERVICIO.**
- M. NO SE CUBREN LOS MEDICAMENTOS NO POS PARA NINGUNA DE LAS PATOLOGÍAS DESCRITAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.**

CAPITULO TERCERO**1.- LÍMITE ASEGURADO**

LIBERTY INDEMNIZARÁ DENTRO DE LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA, Y HASTA EL LÍMITE MÁXIMO ASEGURADO, LOS GASTOS NECESARIOS EN QUE INCURRA EL TOMADOR – ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR LA ATENCIÓN DE LOS AFILIADOS A EPS TOMADORA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS HAYAN SUPERADO EL DEDUCIBLE PACTADO. LA COBERTURA NO PODRÁ SER RESTABLECIDA CON RESPECTO A UNA PATOLOGÍA – PERSONA, POR CADA PERÍODO VIGENCIA.

2.- DEDUCIBLE

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE UNA RECLAMACIÓN, EL TOMADOR – ASEGURADO DE LA PÓLIZA DEBERÁ ASUMIR INVARIABLEMENTE EL PORCENTAJE O VALOR PACTADO COMO DEDUCIBLE, QUE APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

3.- LIMITACIONES

- 3.1. LIBERTY CUBRIRÁ Y REEMBOLSARÁ LOS COSTOS DE ATENCIÓN QUE SE CAUSEN CON POSTERIORIDAD TANTO A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, COMO A LA FECHA EN QUE EL PACIENTE HAYA ADQUIRIDO LOS DERECHOS CORRESPONDIENTES, SIEMPRE Y CUANDO LOS GASTOS SE HAYAN CAUSADO O EFECTUADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 3.2. LIBERTY REEMBOLSARÁ LOS COSTOS DE ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, DE ACUERDO CON LAS TARIFAS AUTORIZADAS PARA CONTRATACIÓN DE

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DENTRO DEL RÉGIMEN SUBIDIADO O DE ACUERDO A LAS TARIFAS PREVIAMENTE CONVENIDAS ENTRE EL TOMADOR – ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA. LAS TARIFAS NO PODRÁN EXCEDER EN VALOR LO CONTEMPLADO EN EL MANUAL TARIFARIO ISS O SOAT VIGENTES A LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

4.- AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador – Asegurado está obligado a dar aviso del siniestro a la Compañía dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al diagnóstico de las patologías cubiertas por la presente póliza, aquellos casos cuya cuantía sea igual o superior a \$ 50.000.000, aún cuando no se haya superado el deducible.

5.- RECLAMACION INDIVIDUAL

Se deben allegar los documentos que acrediten la ocurrencia y la cuantía del evento, tales como:

1. Fotocopia de la solicitud de reembolso de gastos
2. Fotocopia del resumen de la historia clínica
3. Fotocopia del resultado patológico si fuese el caso
4. Fotocopia del documento de identidad del afiliado y del carné de afiliación
5. Facturas discriminadas de gastos clínicos y otras cuentas pagadas a instituciones médicas, paramédicas, drogas, laboratorios y todo aquello que sean solicitados en la reclamación
6. La compañía podrá solicitar las pruebas adicionales que requiera

La mala fe en la reclamación o en la comprobación del derecho que se pretende hacer efectivo, causará la pérdida de la prestación asegurada.

6.- PAGO DE LOS SINIESTROS

La compañía efectuará el pago de las indemnizaciones a que haya lugar dentro del término de treinta (30) días contados a partir de la fecha en que le Tomador – Asegurado presente las pruebas completas que acrediten su derecho.

7.- REGISTRO DE AFILIADOS

El Tomador – Asegurado suministrará mensualmente a la Compañía, en medio magnético toda la información y el listado de los afiliados del régimen subsidiado que ingresan a la presente póliza, que deban quedar asegurados y los que pierdan el derecho por desvinculación. Este reporte deberá suministrarse dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes siguiente al cierre del que se hace referencia y se debe contener la misma información remitida a la Superintendencia Nacional de Salud. La Compañía podrá examinar y revisar los libros y registros del Tomador – Asegurado, en cualquier momento, en aquellos aspectos que puedan tener importancia para los fines del seguro.

8.- PAGO DE PRIMAS.

De común acuerdo entre las partes, se establece que el previo pago de la prima correspondiente a la presente póliza es condición indispensable para la vigencia del seguro. El no pago de la prima dentro del plazo pactado generará la terminación automática de la póliza, de acuerdo con las normas legales vigentes.

9. RENOVACION

El presente contrato no será renovado en forma automática.

10. VIGENCIA

La vigencia del presente seguro será la establecida en la carátula de la póliza.

11. TERMINACION

El contrato de seguro terminará por alguna de las siguientes causas:

1. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza.
2. Por decisión de el Tomador – Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a la compañía.

PARAGRAFO: El hecho de que la Compañía haya recibido una o más primas por este amparo, después de que haya sido revocado, no la obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por período a la revocación será reembolsada.

3. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.

12.- TERMINACION DEL AMPARO INDIVIDUAL

El amparo terminará para cada uno de los afiliados:

- A. Vencido el término de vigencia, si el Tomador–Asegurado no solicita la renovación
- B. Retiro temporal o definitivo del beneficiario que interrumpa la vinculación vigente a la EPS, terminación que operará a partir del día siguiente a aquel en que se produzca la desvinculación
- C. Por muerte del beneficiario afiliado A LA EPS

13.- EVALUACIONES PERIÓDICAS

La compañía se reserva el derecho de comprobar, cuantas veces sea necesario, el uso que el Tomador – Asegurado este haciendo de las coberturas que otorga esta póliza. En consecuencia el Tomador – Asegurado tendrá la obligación de facilitar a la compañía los informes sobre las lesiones, enfermedades, tratamientos practicados y estado de salud de los beneficiarios, tanto anteriores como presentes.

14.- TERRITORIO

Los amparos otorgados por el presente contrato operan cuando el tratamiento médico de la enfermedad se efectúe en el territorio nacional.

15.- MODIFICACIONES

Cualquier condición que la Compañía, de acuerdo con el Tomador – Asegurado, agregue a la presente póliza por carta o anexo, tendrá la misma validez de las condiciones impresas. En caso de contradicción entre unas y otras primarán las cláusulas adicionales.

16. – REVISION DE TERMINOS Y CONDICIONES.

No obstante lo estipulado en la presente póliza, la Compañía revisará semestralmente los términos y condiciones estipuladas en la misma, siendo potestativo de la Compañía, realizar los ajustes que considere necesarios, tanto en la parte técnica como económica.

17.- DISPOSICIONES LEGALES

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales sobre Seguros de Personas.

Liberty Seguros S.A. da por entendido que EPS TOMADORA ha cumplido con lo descrito en el Decreto 50 de Enero de 2003, mediante el cual se estableció la desviación de su riesgo, por la atención de las enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como de Alto Costo y acorde a lo establecido en el Artículo 46 del Decreto 50 de 2003 y basado en ello entrega los parámetros para la cotización y/o renovación de esta póliza.

18.- DOMICILO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio de las partes, el lugar de expedición de la presente póliza.

19.-NOTIFICACIONES

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

Rev. 2013-02

Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S.

