

# Póliza de Seguro de Salud Liberty Cáncer

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

Gracias por su confianza.

VEGILLADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Liberty**  
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

**Condiciones**  
Versión Abril 2013



# Póliza de Seguro de Salud Liberty Cáncer

## Condiciones Generales

### CLÁUSULA PRIMERA

#### AMPARO BÁSICO

CON SUJECION AL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARATULA DE POLIZA, DEDUCIBLE PACTADO Y DEMÁS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO, LIBERTY SEGUROS S.A., EN ADELANTE LIBERTY, INDEMNIZARÁ LOS GASTOS GENERADOS POR SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN QUE INCURRAN LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA PÓLIZA POR ALGUNO DE LOS TIPOS DE CÁNCER AMPARADOS EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

EL AMPARO TENDRÁ COBERTURA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN COLOMBIA, EN LA RED DE MÉDICOS E INSTITUCIONES EN CONVENIO CON LIBERTY A NIVEL NACIONAL.

LA PATOLOGÍA AMPARADA POR EL PRESENTE SEGURO ES:

- A. TRATAMIENTO DEL CÁNCER, INCLUYENDO QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.
  - B. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIMPLE Y ESPECIALIZADO Y CONSULTAS MÉDICAS DE CONTROL NECESARIAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER.
  - C. MEDICAMENTOS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS 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.
- LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE ESTOS CONCEPTOS Y SU FORMA DE APLICACIÓN APARECEN ESPECIFICADOS EN LA CLÁUSULA CUARTA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA.

### CLÁUSULA SEGUNDA

#### EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA O CUALQUIERA CAUSAS ENUMERADAS A CONTINUACIÓN Y POR LO TANTO LIBERTY NO TENDRÁ NINGUNA OBLIGACIÓN EN VIRTUD DE LOS MISMOS:

1. LAS PATOLOGÍAS O AFECCIONES DIAGNÓSTICADAS, MANIFIESTAS O PREEXISTENTES CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO, O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO. CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUÍDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.
2. TUMORES EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA.
3. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
4. ENFERMEDADES O AFECCIONES CONGÉNITAS, MANIFIESTAS O NO CON ANTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE SEGURO.
5. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS DE TIPO OPTATIVO, O DE TIPO EXPERIMENTAL.
6. LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS ANTES O DESPUÉS DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, O DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA, SALVO LO DISPUESTO EN EL CAPÍTULO DE LAS LIMITACIONES.
7. LOS TRATAMIENTOS POR PARTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA HASTA TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL O CUALQUIER PERSONA QUE NO TENGA LA CALIDAD DE MEDICO DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN, Y CUALQUIER

- AUTOTERAPIA, INCLUYENDO AUTO PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS
8. TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA SECUNDARIA O COMO CONSECUENCIA DEL CÁNCER U ORIGINADA POR EL SIDA, O POR CUALQUIER TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR EL SIDA, INCLUYENDO LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO SARCOMA DE KAPOSI.
  9. LOS SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS SUMINISTRADOS AL ASEGURADO SIN QUE HAYAN ESTADO PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LIBERTY.
  10. MEDICAMENTOS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADOS POR EL MÉDICO TRATANTE O QUE NO TENGAN RELACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA O QUE SEAN DE CARÁCTER AMBULATORIO.
  11. COMPRA O RENTA DE SILLAS DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES, Y CUALQUIER OTRO TIPO DE ARTÍCULOS O EQUIPOS SIMILARES, SALVO CUANDO SEAN REQUERIDOS POR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE.
  12. GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.
  13. GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA, CUANDO LA LESIÓN O LA DEFORMACIÓN QUE REQUIERE DICHO TRATAMIENTO O CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA NO HAYA SIDO ORIGINADA COMO RESULTADO DEL CÁNCER.
  14. HONORARIOS PROFESIONALES O GASTOS PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGÉTICA, HOMEOPATIA Y CUALQUIER OTRA CLASE DE MEDICINA ALTERNATIVA, NO RECONOCIDA POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA.
  15. TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES O AFECCIÓN ORIGINADA EN TUMORES BENIGNOS DE LAS CÉLULAS NERVIOSAS O EN LAS MALFORMACIONES VASCULARES ANEURISMAS O

HEMANGIOMAS QUE EN AMBOS CASOS SE PRESENTEN EN LA PARTE CENTRAL DEL CEREBRO, EN LA BASE DEL ENCEFALO O VECINOS A ESTRUCTURAS VITALES, CUYO TRATAMIENTO POR EXTIRPACIÓN RESULTA IMPOSIBLE O TÉCNICAMENTE MUY DIFÍCIL SIN DEJAR SECUELAS, SIENDO NECESARIO RECURRIR A MÉTODOS DE IRRADIACIÓN FINA.

16. TODOS LOS TRATAMIENTOS PALIATIVOS, NO RELACIONADOS CON UNA ETAPA CURATIVA DEL CÁNCER O LOS PRESTADOS EN UNA FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD.
17. NO SE CUBREN LOS GASTOS CAUSADOS POR LA ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA CON OCASIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER, CUANDO ÉSTE ES REALIZADO DENTRO DE LOS PRIMEROS 60 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO AFECTADO A LA PÓLIZA, DURANTE UN PERÍODO DE 24 MESES. LUEGO DE LOS 24 MESES CONTADOS DESDE EL INGRESO DEL ASEGURADO AFECTADO SE EMPIEZAN A CUBRIR LOS GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS INCURRIDOS PARA LA ATENCIÓN DE ESTA ENFERMEDAD DIAGNÓSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS 60 DÍAS DE VIGENCIA DEL SEGURO.

### CLÁUSULA TERCERA

#### LIMITACIONES

#### PERÍODO DE ESPERA

1. EN EL CASO DE QUE EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER FUESE REALIZADO DENTRO DE LOS PRIMEROS 60 DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, TENDRÁ OPERANCIA UN PERÍODO DE ESPERA, LO CUAL SIGNIFICA QUE DURANTE EL PERÍODO DE 24 MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS GASTOS INCURRIDOS POR UNA PERSONA ASEGURADA POR CONCEPTO DE CÁNCER NO ESTARÁN CUBIERTOS.
2. LOS TRASPLANTES DE MÉDULA, CON EL OBJETO DE TRATAR ALGUN TIPO DE CÁNCER CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA, ESTARÁN CUBIERTOS A PARTIR DEL MES 24 INDEPENDIENTE DE LA FECHA EN LA QUE HAYA PRODUCIDO EL DIAGNÓSTICO, SIEMPRE Y CUANDO NO SEA UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE.

3. CUANDO UN ASEGURADO AL MOMENTO DE CUMPLIR LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DE 70 AÑOS, TENGA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, SE RECONOCEN LOS TRATAMIENTOS A QUE HAYA LUGAR, SEGÚN LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y LO QUE OCURRA PRIMERO:

- HASTA EL VALOR ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI SE AGOTA ANTES DE TRANSCURRIDOS LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE CUMPLA LOS 70 AÑOS, O
- HASTA LOS DOS (2) AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE CUMPLA LOS 70 AÑOS SUJETO AL VALOR ASEGURADO, LO QUE OCURRA PRIMERO.

#### CLÁUSULA CUARTA

#### COBERTURAS

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, QUEDA CLARO QUE ESTARÁ CUBIERTO EL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO Y/O AMBULATORIO DEL CÁNCER INCLUYENDO LA QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y COBALTOTERAPIA, BRAQUIETERAPIA, HORMONOTERAPIAS CON SUJECCIÓN A LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEFINIDAS MÁS ADELANTE Y DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

1. HABITACIÓN  
INCLUYE CAMA DE ACOMPAÑANTE, ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE, SERVICIOS GENERALES DE ENFERMERÍA.
2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
INCLUYE TODOS LOS GASTOS RELATIVOS AL CUIDADO INTENSIVO CON SUS EQUIPOS Y APOYO MÉDICO ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO.
3. SERVICIOS HOSPITALARIOS  
DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA, DERECHOS DE ANESTESIA, SALA DE RECUPERACIÓN, MEDICAMENTOS, EXÁMENES Y ANÁLISIS DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO, PLASMA SANGUÍNEO, TRANSFUSIONES, TERAPIAS DE RAYOS X, PRÓTESIS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, ENTRE OTROS. SE EXCLUYE LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL O QUE NO SEAN DE INDOLE MÉDICA.

CIRUGÍA AMBULATORIA O INDEPENDIENTE: SI EL TRATAMIENTO, CIRUGÍA, SERVICIO O SUMINISTRO HUBIESE ESTADO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA Y HUBIESE SIDO PROPORCIONADO EN UNA CLÍNICA DE LA RED.

TRANSFUSIONES DE SANGRE, APLICACIÓN DE PLASMA Y SUEROS.

GASTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE OXÍGENO, APLICACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS E INYECCIONES.

POR SERVICIOS PRESTADOS DURANTE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS OBTENIDOS DE UN DONANTE FALLECIDO EFECTIVO CON EL PROPÓSITO DE EFECTUAR UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O UN TRASPLANTE DE TEJIDO.

GASTOS CUBIERTOS INCLUYEN LA REMOCIÓN, PRESERVACIÓN Y TRANSPORTE DE UN ÓRGANO O DE TEJIDO QUE SE INTENTA TRASPLANTAR A UNA PERSONA ASEGURADA.

POR SERVICIOS PRESTADOS A UN DONANTE VIVO EFECTIVO DURANTE EL PROCESO DE REMOCIÓN DE UN ÓRGANO O TEJIDO CON EL PROPÓSITO DE EFECTUAR UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO DE UN RECEPTOR, INCURRIDOS POR:

- A. SERVICIOS PRESTADOS AL DONANTE EFECTIVO EN UN HOSPITAL, O CENTRO DE TRASPLANTE, POR CONCEPTO DE HABITACIÓN PRIVADA, SALA O PABELLÓN, ALIMENTACIÓN, SERVICIO GENERAL DE ENFERMERÍA, SERVICIOS REGULARES SUMINISTRADOS POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE, PRUEBAS DE LABORATORIO, Y USOS DE EQUIPOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS (EXCEPTUÁNDOSE ARTICULOS DE USO PERSONAL QUE SEAN REQUERIDOS DURANTE EL PROCESO DE REMOCIÓN DEL ÓRGANO O TEJIDO QUE SE VA A TRASPLANTAR).
- B. CIRUGÍA Y SERVICIOS MÉDICOS RELACIONADOS CON LA REMOCIÓN DEL ÓRGANO O TEJIDOS DEL DONANTE, QUE SE INTENTA TRASPLANTAR A LA PERSONA ASEGURADA. LA SUMA MÁXIMA A RECONOCER POR GASTOS DEL DONANTE SERÁ DE 122 SMMLV.
- C. POR SERVICIOS Y MATERIALES

SUMINISTRADOS POR EL CULTIVO DE LA MÉDULA OSEA, EN RELACIÓN CON UN TRASPLANTE DE TEJIDO PRACTICADO A UNA PERSONA ASEGURADA. LIBERTY PAGARÁ SOLAMENTE POR LOS GASTOS EN QUE SE INCURRAN A PARTIR DE LA FECHA EN LA QUE SE ORIGINO EL PRIMER GASTO CUBIERTO POR CONCEPTO DE DICHO CULTIVO.

**D. TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA AUTÓLOGA PARA:**

- LINFOMA DE NO HODGKIN, ESTADO A Ó B, Ó ESTADO IV A Ó B;
- LINFOMA DE HODGKIN, ESTADO III A Ó B, Ó ESTADO IV A Ó B;
- LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA DESPUÉS DEL PRIMER O SEGUNDO RELAPSO;
- LEUCEMIA NO LINFOCITICA AGUDA DESPUÉS DEL PRIMER O SEGUNDO RELAPSO;
- TUMORES DE CÉLULA GERMIN (GAMETO)

**E. TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA ALOGENICA PARA:**

- ANEMIA APLASICA
- LEUCEMIA AGUDA
- INMUNODEFICIENCIA COMBINADA SEVERA
- SÍNDROME DE WISKOTT-ALDRICH
- OSTEOPETROSIS INFANTIL MALIGNA (ENFERMEDAD DE ALBERS SCHONBERG U OSTEOPETROSIS GENERALIZADA)
- LEUCEMIA MIELOGENA CRONICA (LMC)
- NEUBLANSTOMA ESTADO III Ó IV EN NIÑOS MAYORES DE UN AÑO;
- BETA TALASEMIA HOMOZIGOTE (TALASEMIA MAYOR)
- LINFOMA DE HODGKIN, ESTADO III A Ó B, Ó ESTADO IV A Ó B;
- LINFOMA DE NO HODGKIN, ESTADO III O ESTADO IV.

**F. CUANDO EFECTUADO UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, OTRO SEA NECESARIO INCIDENTALMENTE Y DEBA SER PRACTICADO A TRAVÉS DE LA MISMA INCISIÓN, O EN EL MISMO ORIFICIO NATURAL DEL CUERPO, O EN EL MISMO CAMPO OPERATORIO, PARA EFECTOS DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA ÚNICAMENTE POR EL PROCEDIMIENTO MAYOR.**

**4. HONORARIOS MÉDICOS INCLUYE LOS HONORARIOS QUE SE CAUSEN POR UN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, PRESTADOS**

**POR UN PROFESIONAL DE LA MEDICINA:**

**HONORARIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO INTRAHOSPITALARIO**

**SE RECONOCEN LAS CONSULTAS MÉDICAS EFECTUADAS A UNA PERSONA ASEGURADA MIENTRAS SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UN HOSPITAL O CLÍNICA.**

**HONORARIOS POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

**INCLUYE HONORARIOS DEL CIRUJANO, AYUDANTES Y POR ANESTESIA Y SU ADMINISTRACIÓN, SIEMPRE QUE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR UN ANESTESIOLOGO PROFESIONAL QUE NO SEA EMPLEADO DEL HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE.**

**5. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIMPLE Y ESPECIALIZADO**

**ANÁLISIS DE LABORATORIO Y PATOLOGÍA, EXÁMENES DE RAYOS X CON FINES DIAGNÓSTICOS, TERAPIA DE RAYOS X, ISOTOPOS RADIOACTIVOS, QUIMIOTERAPIA, ELECTROCARDIOGRAMAS, ECOCARDIOGRAMAS, MIELOGRAMAS, ELECTROENCEFALOGRAFÍA, ANGIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS Y OTRAS PRUEBAS Y TRATAMIENTO SIMILARES, REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER, SIEMPRE QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS POR EL MÉDICO TRATANTE Y ADMINISTRADOS POR UN MÉDICO, O BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO.**

**6. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS EN CASO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL, LIBERTY EXONERARÁ DEL PAGO DE PRIMAS A LOS ASEGURADOS SUPERVIVIENTES POR EL RESTO DE LA VIGENCIA EN LA CUAL OCURRA EL FALLECIMIENTO Y LA NUEVA VIGENCIA DE LA RENOVACIÓN.**

## CLÁUSULA QUINTA

### AUTORIZACIONES

**LA PERSONA ASEGURADA ESTA OBLIGADA A OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LIBERTY EN RELACIÓN CON LOS BENEFICIOS PAGADEROS BAJO ESTA PÓLIZA POR GASTOS CUBIERTOS INCURRIDOS POR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA COMO RESULTADO DE, O EN RELACIÓN CON LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA. 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 POR LO MENOS CON 5 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE ADMISIÓN A UNA CLÍNICA DE LA RED O A LA FECHA SEÑALADA PARA EFECTUAR UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

LIBERTY TIENE DERECHO 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 RECOMIENDA 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 INCURRIDOS POR UNA SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN QUIRÚRGICA CORRERÁN POR CUENTA DE LIBERTY, ESTANDO SUJETOS A TODAS LAS DISPOSICIONES Y LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN ESTA PÓLIZA.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO UTILICE LAS ORDENES MÉDICAS DADAS POR LIBERTY, LIBERTY NO SE HARÁ CARGO DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA, TODA VEZ QUE LOS GASTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS DE LA PRESENTE COBERTURA TENDRÁN OPERANCIA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A TRAVÉS DE LA RED MÉDICA LIBERTY CON AUTORIZACIÓN EXPRESA EMITIDA POR LIBERTY.

SISTEMA DE AUTORIZACION DIRECTA  
ESTE SISTEMA PERMITE QUE MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE CARTAS DE SERVICIO O AUTORIZACIÓN DE LA LÍNEA SALUDABLE, LIBERTY SEGUROS S.A. ASUME EL COSTO DE LOS GASTOS QUE SE OCACIONEN POR CONCEPTO DE MÉDICO O CLÍNICA DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA O AMPARO AFECTADO, ASUMIENDO EL ASEGURADO EL DEDUCIBLE A QUE HAYA LUGAR.

## CLÁUSULA SEXTA

### PERSONAS ASEGURABLES

1. **ASEGURADO PRINCIPAL**  
ES LA PERSONA QUE CUENTA CON MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL MOMENTO DE DILIGENCIAR LA SOLICITUD. PUEDE ASEGURARSE INDIVIDUALMENTE O CON CUALQUIER «PERSONA ASEGURABLE» DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN QUE SE DA A CONTINUACIÓN.

2. **PERSONAS ASEGURABLES**  
PERSONAS MAYORES DE (9) DÍAS DE NACIDO 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 QUIENES EN ADELANTE PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE DENOMINAN «ASEGURADOS»
3. **EDAD DE PERMANENCIA**  
LA EDAD DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA SERÁ HASTA LOS 70 AÑOS. EL SEGURO CONCLUIRÁ AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA EN LA CUAL EL ASEGURADO ALCANCE DICHA EDAD.

## CLÁUSULA SÉPTIMA

### OTRAS DEFINICIONES

LAS DEFINICIONES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, TIENE EL SIGNIFICADO Y ALCANCE QUE EXPRESAMENTE SE LE ESTÁ ASIGNANDO.

1. **BENEFICIOS**  
SON TODAS LAS SUMAS PAGADERAS POR LIBERTY A TÍTULO DE INDEMNIZACIÓN DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO.
2. **VALOR ASEGURADO**  
EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE ENCUENTRA ESTABLECIDO POR UNO O TODOS LOS EVENTOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE PÓLIZA POR VIGENCIA ANUAL; DICHO VALOR ASEGURADO NO SERÁ ACUMULABLE PARA LA VIGENCIA SIGUIENTE.
3. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA**  
ESTABLECIMIENTO QUE ESTE EN CONVENIO CON LIBERTY Y REUNA LAS CONDICIONES EXIGIDAS PARA ATENDER ENFERMOS Y QUE ESTE LEGALMENTE REGISTRADO Y AUTORIZADO PARA PRESTAR LOS SERVICIOS QUE LE SON PROPIOS.
4. **MÉDICOS**  
PERSONA VINCULADA A LA RED DE MÉDICOS EN CONVENIO CON LIBERTY Y QUE ESTE LEGALMENTE AUTORIZADA EN EL ÁREA DONDE EJERCE LA PRACTICA DE SU PROFESIÓN, PARA PRESTAR SERVICIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS.

5. **DEDUCIBLE**  
EL DEDUCIBLE CORRE A CARGO DEL ASEGURADO. EL VALOR DEL DEDUCIBLE SE ENCUENTRA ESTABLECIDO PARA CADA PÓLIZA EN LA RESPECTIVA CARÁTULA. SE PUEDE ASUMIR DE LA SIGUIENTE MANERA:
- CON RECURSOS PROPIOS.
  - CON LOS GASTOS, QUE PARA LA ATENCIÓN DE LA MISMA PATOLOGÍA SE HAYAN INCURRIDO A TRAVÉS DEL P.O.S., DE CUALQUIER MEDICINA PREPAGADA, COMPLEMENTARIA O PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA.
6. **MONEDA**  
LA PRIMA SERÁ PAGADA EN PESOS COLOMBIANOS. LOS SINIESTROS SERÁN INDEMNIZADOS TAMBIÉN EN PESOS COLOMBIANOS A LA FECHA EN LA QUE SE HAYAN CAUSADO LOS GASTOS EFECTIVAMENTE POR PARTE DEL ASEGURADO.
7. **CÁNCER**  
ES LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR SU CRECIMIENTO DESCONTROLADO, Y LA PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS, LA INVASIÓN DE TEJIDOS, INCLUYENDO LA EXTENSIÓN DIRECTA O LAS METÁSTASIS, O GRANDES NÚMEROS DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS SISTEMAS LINFÁTICOS O CIRCULATORIOS Y LEUCEMIA.
8. **QUIMIOTERAPIA**  
SIGNIFICA EL USO DE AGENTES QUÍMICOS PRESCRITO POR UN MÉDICO PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER.
9. **DONANTE**  
PERSONA VIVA O FALLECIDA A LA CUAL SE LE HA EXTRAÍDO UNO O MÁS DE LOS ÓRGANOS O TEJIDOS DE SU CUERPO CON LA FINALIDAD DE INSERTARLO (EN TOTAL O EN PARTE) AL CUERPO DE OTRA PERSONA, MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CONSIDERADO MEDICAMENTE NECESARIO.
10. **RECEPTOR**  
PERSONA ASEGURADA QUE HA RECIBIDO O ESTA EN EL PROCESO DE RECIBIR UN TRASPLANTE DE TEJIDO O TRASPLANTE DE ÓRGANO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA.
11. **TEJIDO**  
CONJUNTO DE CÉLULAS SIMILARES Y ESPECIALIZADAS, LAS CUALES ESTAN UNIDAS PARA REALIZAR UNA FUNCIÓN DETERMINADA.
12. **EXPERIMENTAL**  
TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO, TÉCNICA, SUMINISTRO, TECNOLOGÍA, MEDICAMENTO O VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE ESTE QUE; NO HA SIDO AMPLIAMENTE ACEPTADO COMO SEGURO, EFECTIVO Y APROPIADO PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES POR EL CONSENSO DE LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES QUE ESTAN RECONOCIDAS POR LA COMUNIDAD MÉDICA INTERNACIONAL; Y SE ENCUENTRA BAJO ESTUDIO, INVESTIGACIÓN, PERÍODO DE PRUEBA, O CUALQUIER FASE DE UN EXPERIMENTO CLÍNICO.
13. **MÉDULA ÓSEA**  
TEJIDO QUE SE ENCUENTRA EN LAS CAVIDADES DE LOS HUESOS, PRESENTANDO FIBRAS RETICULARES Y CÉLULAS.
14. **ENFERMEDAD CONGÉNITA**  
ALTERACIÓN DEL ESTADO FISIOLÓGICO Y/O MORFOLÓGICO DE LA SALUD EN ALGUNA PARTE, ÓRGANO O SISTEMA DEL CUERPO QUE TUVO SU ORIGEN DURANTE EL PERÍODO DE GESTACIÓN, AUNQUE ALGUNOS SE HAGAN EVIDENTES AL MOMENTO DEL NACIMIENTO O DESPUÉS DEL NACIMIENTO O DESPUÉS DE VARIOS AÑOS.
15. **CONDICIÓN PREEXISTENTE ES AQUELLA QUE:**
- A. SUS SÍNTOMAS Y/O SIGNOS SE HAYAN MANIFESTADO CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE LA PERSONA HAYA TENIDO O NO CONOCIMIENTOS DEL DIAGNÓSTICO, Y/O
  - B. SE HAYA ESTABLECIDO UN DIAGNÓSTICO MÉDICO PREVIO, SIN IMPORTAR QUE LOS SIGNOS Y/O SÍNTOMAS HAYAN DESAPARECIDO, Y/O
  - C. SUS SÍNTOMAS Y/O SIGNOS SON APARENTES A LA VISTA O QUE NO PUDIERON PASAR DESAPERCIBIDOS.



16. **PARIENTE CERCANO**  
SE ENTIENDE POR TAL EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, EL HIJO O LA HIJA, HERMANO O HERMANA, O LOS PADRES DEL ASEGURADO O DE SU CÓNYUGE.
17. **RED MÉDICA Y HOSPITALARIA**  
ES LA RED QUE LIBERTY SEGUROS HA DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN DE DICHAS PATOLOGÍAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.
18. **GASTO MÉDICO**
- A. CORRESPONDE O EQUIVALE AL CONTRATADO POR LIBERTY EN LA RED MÉDICA Y HOSPITALARIA DISPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.
- B. NO EXCEDE EL CARGO AL CONTRATADO POR LIBERTY EN LA RED MÉDICA U HOSPITALARIA DISPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.
19. **UTILIZACIONES MEDICAMENTE NECESARIAS PARA QUE UN TRATAMIENTO, CIRUGÍA, SERVICIO, SUMINISTRO, MEDICAMENTO O ESTANCIA HOSPITALARIA SEA MÉDICAMENTE REQUERIDO, DEBERÁ 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 LA COMUNIDAD MÉDICA DE COLOMBIA.
- E. QUE EL TRATAMIENTO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA NO PUEDA SER SUMINISTRADO FUERA DE TAL INSTITUCIÓN SIN RIESGO PARA EL PACIENTE.

20. **OPTATIVO**  
ENTIÉNDASE POR ESTE CONCEPTO, LAS CIRUGÍAS ALTERNATIVAS A UN MANEJO MÉDICO NO QUIRÚRGICO QUE NO REPRESENTEN, SEGÚN CONCEPTO DEL ESPECIALISTA, VENTAJAS O BENEFICIOS COMPARATIVO CON EL MANEJO NO INTERVENCIONISTA.

## CLÁUSULA OCTAVA

### RECLAMACIONES

EL ASEGURADO AUTORIZA A LIBERTY PARA:

- A. SOLICITAR INFORMES SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LESIONES O ENFERMEDADES.
- B. SOLICITAR A CUALQUIER INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O MÉDICO SU HISTORIA CLÍNICA. IGUALMENTE TENDRÁ LIBERTY LA OPORTUNIDAD Y EL DERECHO, DURANTE EL CURSO DE UNA RECLAMACIÓN, A EXAMINAR MEDIANTE LOS SERVICIOS DE SU PERSONAL FACULTATIVO A LA PERSONA ASEGURADA OBJETO DEL RECLAMO.
- C. SOLICITAR LOS EXÁMENES QUE CONSIDERE NECESARIOS.
- D. EL ASEGURADO AUTORIZA A LIBERTY A REALIZAR LAS AUTOPSIAS QUE CONSIDERE NECESARIAS EN CASO DE MUERTE, SALVO QUE ESTAS ESTEN PROHIBIDAS POR LA LEY.

## CLÁUSULA NOVENA

### SEGUROS COEXISTENTES

EN COEXISTENCIA DE SEGUROS, SE APLICARÁ LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 1076, 1092, 1093 Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

## CLÁUSULA DÉCIMA

### PAGO DE PRIMAS

LA PRIMA DE SEGURO ESTA CALCULADA PARA PERÍODOS DE UN (1) AÑO 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 CORRIDOS 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 EXIGIR DE EXIGIR EL PAGO DE LA PARTE DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN O RENOVACIÓN DEL CONTRATO.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA

#### INCLUSIONES Y RETIROS

EL RETIRO DE LA PÓLIZA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS TENDRÁ EFECTO A PARTIR DEL RECIBO DEL CORRESPONDIENTE AVISO ESCRITO POR PARTE DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA. PARA LOS EFECTOS DE LAS INCLUSIONES, LIBERTY SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR LAS PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD QUE JUZGUE CONVENIENTES Y CON BASE EN ELLAS DEJARÁ CONSTANCIA DE POSIBLES 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 MODIFICACIÓN SE CONSIDERARÁ NO APROBADA.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

#### RENOVACIÓN

El presente contrato no será renovado en forma automática.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA

#### VIGENCIA

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

### CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA

#### AFILIACIÓN AL RÉGIMEN 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 obligan 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 ésta mediante la presentación de copia del carné 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 y acreditarlo en la forma en que se indica en el inciso anterior.

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, cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

#### DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

EN LO QUE HACE A LAS DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES SE APLICARÁ LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1058 Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA****TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

EL CONTRATO DE SEGUROS TERMINARÁ:

1. AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
2. POR DECISIÓN DEL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO AL ASEGURADOR.

EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

3. POR NO PAGO DE LA PRIMA DE SEGURO, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
4. EN PÓLIZAS COLECTIVAS, CUANDO NO SE CUMPLA CON EL NÚMERO MÍNIMO DE DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES.
5. POR INCUMPLIMIENTO DEL TOMADOR O ASEGURADO DE ESTAR AFILIADO AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DE ÉL Y/O LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR, DE ACUERDO CON LO QUE DISPONEN LAS NORMAS APLICADAS PARA LA MATERIA.
6. AL FINALIZAR LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN LA CUAL EL ASEGURADO CUMPLA 70 AÑOS DE EDAD

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA****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 ENVIO DEL AVISO ESCRITO POR CORREO RECOMENDADO O CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA EN EL CONTRATO DE SEGURO.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA****NORMAS SUPLETORIAS**

PARA LO NO PREVISTO EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES, ESTE CONTRATO SE REGIRÁ POR LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA****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.

VLC-03

REV. 2013.04

01028

# Liberty siempre en contacto

## World Wide Web

Para obtener mayor información sobre Liberty Seguros S.A., sus productos y sus servicios.

[www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co)

[atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com)

## Línea Unidad de Servicio al Cliente

- Consulta de coberturas de la póliza
- Como acceder a sus servicios
- Información de pólizas y productos
- Gestión quejas y reclamos "GQC"



Bogotá

**307 7050**

Línea Nacional

**01 8000 113390**

## Asistencia Médica Domiciliaria Liberty

- Orientación médica telefónica
- Asistencia médica domiciliaria (médico en casa)
- Traslados médicos de emergencia



Asistencia  
Médica  
Domiciliaria

Bogotá

**644 5450**

Línea Nacional

**01 8000 912505**

Desde su celular marque

#224

opción 3 y luego 1

## Línea Saludable

Para autorizaciones de servicios médicos y/o odontológicos



Bogotá

**744 0722**

Línea Nacional

**01 8000 911361**

## Asistencia al Viajero en el Exterior\*

Cuando esté de viaje y requiera utilizar los servicios por urgencias de enfermedad o accidente en el exterior, podrá llamar desde allí con pago revertido.



Asistencia en  
Viajes en  
el Exterior

Asistencia Médica

**57 1 644 5450**

Otras Asistencias

**57 1 644 5310**

\* Si su póliza tiene contratado este servicio

