



**POLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO PARA AFILIADOS AL REGIMEN
CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

CONDICIONES GENERALES

TOMADOR:

POLIZA:

CLÁUSULA PRIMERA-DEFINICIONES DE AMPAROS Y DE EXCLUSIONES. SUJETA A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** INDEMNIZARA HASTA POR EL MONTO DE LA COBERTURA MÁXIMA PACTADA, EL COSTO DE LAS ATENCIONES EN SALUD, PRESTADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS), QUE SE ENCUENTRE EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES DE SALUD (SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CAIDAD DE SALUD, LEY 100 DE 1993, LEY 715 DE 20001, LEY 812 DE 2003, LEY 972 DE 2005, DECRETO 1011 DE 2006, RESOLUCIONES 1043, 14445, 1446 DE 2006,) Y DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR EL TOMADOR, DERIVADAS DE LAS ATENCIONES EN SALUD DE LOS AFILIADOS BAJO EL REGIMEN CONTRIBUTIVO AL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, QUE RESULTEN AFECTADOS POR ENFERMEDADES DE ALTO, DEFINIDAS Y REGULADAS COMO TALES POR LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES (ACUERDO 08 DE 1994, RESOLUCIÓN 5261 DE 1994, DECRETO 806 DE 1998, RESOLUCIONES 3797 DE 2004 Y EL ACUERDO 228 DE 2002 DEL CNSSS), AL IGUAL QUE LAS DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y REGLAMENTARIAS QUE REGULEN LA MATERIA.

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES BÁSICAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO RELACIONADAS EN ESTA CLÁUSULA SERÁ SUJETO DE DISCUSIÓN, SI ELLO REQUIERE CAMBIO DE LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO, LOS CAMBIOS SERÁN COMUNICADOS A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA POR EL TOMADOR DURANTE LOS 30 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE DICHOS CAMBIOS; LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE ADECUAR LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA A DICHOS CAMBIOS EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA NORMA SEA IMPERATIVA Y DE INMEDIATO CUMPLIMIENTO. A LAS PARTES CONTRATANTES NO LES SERÁ VIABLE DISCUTIR EL ALCANCE DE LAS MISMAS, EN TAL CASO SOLO HABRÁ LUGAR A UN EVENTUAL AJUSTE DE PRIMAS Y NÍMITE ASEGURADO CUANDO SEA EL CASO.

SE ENCUENTRAN DEFINIDAS COMO ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO LAS SIGUIENTES:

- A. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZON
- B. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA PATOLOGIAS DEL SISTEMA NERVISOS CENTRAL
- C. DIÁLISIS PARA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- D. TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA EL CANCER
- E. TRATAMIENTNO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES
- F. TRATAMIENTO PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR MAS DE CINCO (5) DÍAS.
- G. TRATAMIENTO MÉDICO QUIRURGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR
- H. REEMPLAZOS ARTICULARES
- I. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DE ORIGEN GENÉTICO O CONGÉNITAS.

J. TRASPLANTE DE CORAZON, RIÑÓN, MEDULA OSEA Y CORNEA.

DEFINICIONES Y ACLARACIONES A LAS COBERTURAS

TOMADOR: Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza y que obrando por cuenta propia, traslada los riesgos a la Compañía de seguros y quien será responsable del pago de la prima.

AFILIADO: Es la persona que inscrita previamente en los registros del tomador, adquiere al calidad de afiliado al régimen CONTRIBUTIVO, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7 del acuerdo 23 de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ENFERMEDAD: Se entiende por enfermedad, todas las afecciones relacionadas con los amparos de la cláusula primera que requieran Atenciones en Salud, en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud registradas y habilitadas científica y tecnológicamente, por las Entidades correspondientes y localizadas en Colombia.

ENFERMEDAD RUINOSA O CATASTRÓFICA: Para efectos del presente decreto se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. (Resolución 5261 de 1994 MAPIPPOS)

ATENCIÓN A ENFERMEDAD DE ALTO COSTO: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos: (Acuerdo 08 de 1994 del CNSSS)

DEFINICIONES Y ACLARACIONES A LAS COBERTURAS

A. TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZON: INTERVENCIONES QUIRURGICAS PARA LESIONES CONGENITAS O ADQUIRIDAS, DE CORAZON. REFERENCIADAS EN EL ARTICULO 60 NUMERAL 6 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994. ESTOS PROCEDIMIENTOS SE CONSIDERAN CATASTROFICOS A PARTIR DEL MOMENTO DE LA CIRUGIA. SE INCLUYE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA, CONTROL HOSPITALARIO, COMPLICACIONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA Y CONTROLES POSTOPERATORIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS. LA COBERTURA SE EXTIENDE HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE Y FINALIZACIÓN DE SU INCAPACIDAD CONSIDERÁNDOSE COMO LIMITE MÁXIMO DE ESTA EL DE (30) TREINTA DIAS, SEGÚN ARTÍCULO 24 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994. SE EXCLUYEN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMICA Y SUS INSUMOS.

B. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: INTERVENCIONES QUIRURGICAS PARA LESIONES NEUROLÓGICAS O VASCULARES, CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS INTRA-CRANEALES O DE LA MEDULA ESPINAL REFERENCIADAS EN EL ARTÍCULO 56 NUMERALES 1, 2 Y 3 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994. SE EXCLUYEN LAS PATOLOGÍAS DE CODIGOS DEL 01139 AL 01145, DEL 01154 AL 01161, DEL 1301 AL 1306, DEL 01361 AL 01363 Y DEL 01383 AL 01389. INCLUYE DESDE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPLEJIDAD NECESARIA, COMPLICACIONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA MISMA, CONTROLES POSTOPERATORIOS INTRA-HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE Y LA FINALIZACIÓN DE SU INCAPACIDAD, CONSIDERANDOSE COMO LIMITE MÁXIMO DE ESTA EN DE (30) TREINTA DIAS, SEGÚN ARTÍCULO 24 DE LA RESOLUCIÓN 526

DE 1994. NO SE CUBRE LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSOS PERIFÉRICO O DE LA COLUMNA VERTEBRAL ÓSEA O NEUROLOGÍA EXTRADURAL.

C. DIÁLISIS PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: EN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SE CUBRE SESIONES DE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL MANUAL, LOS INSUMOS EXTRACTAMENTE REQUERIDOS POR CESIÓN. LOS CONTENIDOS SON LOS DEFINIDOS EN EL ARTÍCULO 50 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994. INCLUYE LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS CUANDO EXISTA CLARA CAUSA EFECTO GENERADA POR LE HEMODIÁLISIS Y/O DIALISIS PERITONEAL. SE EXCLUYEN LOS REQUERIDOS EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. SI LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS O DIALISIS PERITONEAL SE REALIZAN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NO SE RECONOCEN DERECHOS DE SALA.

D. TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER: EN ESTE GRUPO SE RECONOCERA EL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA PARA EL CÁNCER PREVIO DIAGNOSTICO DE CONFORMACIÓN POR ANATOMIA PATOLOGICA.

1. TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER: APLICACIÓN DE RAQDIACIONES IONIZANTES CON FINES TERAPÉUTICOS EN PERSONAS CON CÁNCER. DEBES SER ADMINISTRADAS EN CENTRO DEBIDAMENTE AUTORIZADO, POR MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA. INCLUYE EL USO DE EQUIPOS, ADMINISTRACIÓN DE MATERIAL RADIOACTIVO Y HONORARIOS MÉDICOS. DE ACUERDO AL ARTÍCULO 87 DE LA RESOLUCIÓN 5261, NUMERALES 1 AL 5. Y

2. TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA PARA EL CÁNCER: SUMINISTRO DE AGENTES QUIMIOTERAPEUTICOS PARA TRATAREL CÁNCER. DEBE SER INDICADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO, HEMATÓLOGO O CANCERÓLOGO. INCLUYE EL COSTO DE LOS AGENTES QUIMIOTERAPEUTICOS, LA SUPERVISIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA Y EL COSTO HOSPITALARIO. DE ACUERDO AL ARTÍCULO 87 DE LA RESOLUCIÓN 5261, NUMERAL 6.

E. TRATAMIENTO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES: DEFINICIÓN DE SIDA: - SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: DEFINICIÓN PARA INDIVIDUOS MAYORES DE 14 AÑOS: TODO INDIVIDUO QUE TENGA UNA PRUEBA SEROLÓGICA POSITIVA PARA EL VIH, CONFIRMADA CON WESTERN BLOT Y QUE TENGA ADEMÁS UN RECuento TOTAL DE CELULAS CD4 (MEDIDO MEDIANTE CITOMETRIA DE FLUJO), MENOR DE 200/MM3 O UN PORCENTAJE DE LINFOCITOS TOTALES CD4 MENORES DEL 14%.

1. TODO INDIVIDUO QUE TENGA UN PRUEBA SEROLÓGICA POSITIVA PARA VIH CONFIRMADA CON WESTERN BLOT Y TENGA ADEMÁS CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES ASOCIADAS:

- CANDIDIASIS DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS O PULMONES.
- CANDIDIASIS DE ESÓFAGO
- CÁNCER MASIVO DE CUELLO UTERINO
- COCCIDIOMICOSIS EXTRAPULMONAR O DISEMINADA.
- CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR.
- CRIPTOSPORIDIASIS INTESTINAL CRÓNICA (MÁS DE UN MES DE DURACIÓN).
- CITOMEGALOVIRUS (DIFERENTE DE LA INFECCIÓN HEPATO-ESPELICA O GANGLIONAR).
- CITOMEGALOVIRUS: RETINITIS (ASOCIADA CON DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL).
- ENCEFALOPATIA RELACIONADA CON VIH.
- HERPES SIMPLEX: ULCERAS CRÓNICAS DE MÁS DE UN MES DE DURACIÓN: O BRONQUITIS, NEUMONITIS O ESOFAGITIS.

- HISTOPLASMOSIS DISEMINADA O EXTRAPULMONAR.
- ISOSPORIDIASIS INTESTINAL CRÓNICA (MÁS DE UN MES DE DURACIÓN)
- LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA.
- LINFOMA DE BURKIT.
- LINFOMA INMUNOBLASTICO
- LINFOMA PRIMARIO DEL CEREBRO.
- MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELULARE O MYCOBACTERIUM KANSASI, DISEMINADAS O EXTRAPULMONARES.
- MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, EN CUALQUIER SITIO (PULMONAR O EXTRA PULMONAR).
- MYCOBACTERIUM. OTRAS ESPECIES, IDENTIFICADAS O NO, DISEMINADAS O EXTRAPULMONARES.
- NEUMONIA LINFOIDEA INTERSTICIAL Y/O HIPERPLASTIA PULMONAR LINFOIDE.
- NEUMONÍAS POR PNEUMOCYSTIS CARINI.
- NEUMONÍAS BACTERIANAS RECURRENTES
- SALMONELLA (NO TIFOIDEA), BACTERIANA RECURRENTE.
- SARCOMA DE KAPOSI.
- SÍNDROME DE CONSUCIÓN CAUSADO POR VIH,
- TOXOPLASMOSIS CEREBRAL.

DEFINICIÓN PARA INDIVIDUOS MENORES DE 14 AÑOS: PARA LOS INDIVIDUOS MENORES DE 14 AÑOS, EL RECUENTO TOTAL DE CÉLULAS CD4 (MEDIDO MEDIANTE CITOMETRIA DE FLUJO) DEBERA 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.

1. 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).

2. TODO NIÑO MENOR DE 15 MESES CON CULTIVO POSITIVO O EVIDENCIA DE INFECCIÓN POR VIH POR PRUEBA DE POLIMERIZACIÓN EN CADENA, MAS LAS CONDICIONES CLÍNICAS CITADAS EN EL APARTE DEL INDIVIDUO MAYOR DE 14 AÑOS.

Para los pacientes que cumplan los anteriores criterios la cobertura será sobre los SERVICIOS MÉDICOS POR HOSPITALIZACIÓN, CONSULTAS Y OTROS TRATAMIENTOS DE CARÁCTER AMBULATORIO, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y DROGAS FORMULADAS POR PRESCRIPCIÓN NECESARIAS PARA su TRATAMIENTO Y CONTROL.

SE EXCLUYE AL PORTADOR ASINTOMATICO CON VIH, POSITIVO POR LO CUAL LA PÓLIZA, SOLO SE RECONOCE A PARTIR DE LA CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA DEL SIDA, SE INCLUYE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES, MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS EN AL NORMATIVIDAD VIGENTE PARA EL POS-C.

F. TRATAMIENTO PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADES INTENSIVOS POR MAS DE CINCO (5) DÍAS. CUBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CUALQUIER EDAD CRÍTICAMENTE ENFERMOS, DE CONFORMIDAD A LO DEFINIDO EN LOS ARTÍCULOS 28, 29 Y 30 DE LA RESOLUCIÓN

5261 DE 1994 Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LO ADICIONESN O LO MODIFIQUEN, RECUPERBLES Y CUYA PERMANENCIA EN AL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SUPER LOS 5 DÍAS. EL CUBRIMIENTO SE HARA A PARTIR DEL SEXTO DIA SI SUPERA EN LA FECHA Y HORA CINCO DIAS. DE EXISTIR DIVERSOS INGRESOS A UCI EN FORMA DISCONTINUA SE RECONOCERAN TODAS AQUELLAS QUE SUPEREN LOS CINCO DIAS. SE ACLARA QUE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIO PERTENECE AL TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD Y POR LO TANTO NO SE ENCUENTRA AMPARADA POR ESTA PÓLIZA. NO DEBEN ADMITIRSE PACIENTES TERMINALES QUE NO SE BENEFICIEN DE LOS CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

G. TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO PARA PACIENTES CON TRAUMA MAYOR: SERÁN RECONOCIDAS SOLO LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES, MEDICAMENTOS Y ESTANCIA DE PACIENTES QUE SUFRAN LESIONES COMO CONSECUENCIAS DE TRAUMA QUE COMPROMETA EN FORMA CRITICA SU VIDA, CON UN ÍNDICE DE SEVERIDAD IGUAL O MAYOR A 15, DE ACUERDO A LAS VARIABLES ESTABLECIDAD EN AL ESCALA “INDICE DE TRAUMA REVISADO”, EL CUAL SE ANEXA; SOLO SE RECONOCE A PARTIR DE QUE CUMPLE CON ESTE INDICE DE SEVERIDAD, HASTA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN TRAUMA MODERADO SEGÚN LA MISMA TABLA, LA ANTERIOR CONDICIÓN SE RECONOCERÁ LAS VECES QUE SEA NECESARIO SIEMPRE U CUANDO CUMPLA CON LA CONDICIÓN ESTIPULADA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR.

PUNTAJE	1	3	5	6
REGIÓN	EXTREMIDADES PIEL	SOLAMENTE ESPALDA	SOLAMENTE TORAX	CABEZA, ABDOMEN MULTIPLES
TIPO DE TRAUMA	HERIDA ABIERTA MENOR	IMPACTO CERRADO UNICO QUEMADURA 2DO GRADO	HERIDA ABIERTA MAYOR QUEMADURA DE 3ER GRADO GRADO ACP	BALA PERDIGÓN
CARDIOVASCULAR	TAS > 100 P < 100	TAS 80 – 100 P: 100-140	TAS < 80 P > 140	NO PULSO
RESPIRATORIO	DOLOR TORACICO F.R – 10- 25	FR > DE 25 < O IGUAL A 35	FR > A 35 O < DE 10 TIRAJES ASPIRACIÓN	APNEA
S.N.C	DESORIENTADOS CONFUSO	RESPONDE A ESTIMULO VERBAL	RESPONDE AL DOLOR	NO RESPONDE
SELECCIONE EL MAS ALTO EN CADA CATEGORIA Y SUME PARA OBTENER EL PUNTAJE TOTAL.				
3-9 MENOR 10- 14 MODERADO 15-19 SEVERO 20 CRITICO				

PUNTAJE DE TRAUMA REVISADO R.T.S			
GLASGOW	PRESIÓN SISTÓLICA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PUNTOS
13-15	> 89	10-29	4
9-12	76-89	> 29	3
6-8	50-75	6-9	2

4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0
ESTA TABLA APLICA CADA 24 HORAS PARA DETERMINAR CUANDO EL PACIENTE PASA DE TRAUMA MAYOR A TRAUMA MODERADO.			

- H. REEMPLAZOS ARTICULARES:** COMPRENDE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE REEMPLAZO ARTICULAR POR UN MATERIAL SINTETICO A FIN DE RECUPERAR SU CAPACIDAD FUNCIONAL. EL AMPARO OPERA DESDE EL MOMENTO DE LA CIRUGIA Y CUBRE LA PROTESIS, LOS DERECHOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA COMPEJIDAD NECESARIA, LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN INICIAL INTRAHOSPITALARIA, EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA CIRUGIA Y LOS CONTROLES POSTOPERATORIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE Y LA FINALIZACIÓN DE SU INCAPACIDAD, CONSIDERÁNDOSE COMO LIMITE MÁXIMO DE ESTA EL DE TREINTA (30) DIAS SEGÚN ARTICULO 24 DE LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994. EL COSTO DE LA PROTESIS NO PUEDE EXCEDER EL VALOR DEL PROVEEDOR DE SUMINISTROS ESTABLECIDO POR LA COMPAÑÍA A LA FECHA EN QUE FUE SUMINISTRADO.
- I. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DE ORIGEN GENETICO O CONGÉNITAS:** PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS CON EL FIN DE CORREGIR O MEJORAR DEFECTOS PRESENTES DESDE EL NACIMIENTO Y QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE. SE CONSIDERA COMO EVENTO CATASTROFICO A PARTIR DEL MOEMNTO EN QUE SE REALICE LA CIRUGIA Y HASTA CUANDO SEA DADO DE ALTA EL PACIENTE. INCLUYE INTERVENCIÓN QUIRURGICA, COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS DERIVADOS DIRECTAMENTE DE LA INTERVENCIÓN. NO HAY COBERTURA PARA EL MANEJO MEDICO DE ESTAS PATOLOGIAS.
- J. TRASPLANTE DE CORAZÓN, RIÑÓN, MEDULA OSEA Y CORNEA.** REEMPLAZO CON FINES TERAPÉUTICOS DE ÓRGANOS O COMPONENTES ANATÓMICOS DE UNA PERSONA POR OTROS IGUALES O SIMILARES PROVENIENTES DEL MISMO RECEPTOR O DE UN DONANTE VIVO O MUERTO Y DEBE SER REALIZADO EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD, CON UNIDAD Y PROGRAMA DE TRASPLANTE DEBIDAMENTE APROBADOS. INCLUYE RIÑÓN, CORAZÓN, CÓRNEA Y MÉDULA ÓSEA. SE CUBREN LOS ESTUDIOS DE HISTO-COMPATIBILIDAD DEL DONANTE EFECTIVO VIVO O MUERTO, ADEMÁS DE LOS ESTUDIOS DE HISTO-COMPATIBILIDAD DEL RECEPTOR, ACTO QUIRURGICO DE EXTRACCIÓN, TRASPORTE DEL ÓRGANO COMPONENTE, PROCEDIMIENTO DE IMPLANTE, DESDE EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN HASTA QUE EL PACIENTE SEA DADO DE ALTA POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE REALIZA EL

TRASPLANTE. EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES, INMUNO-SUPRESORES Y DEMÁS MEDICAMENTOS QUE SE REQUIERAN PARA EL RECEPTOR. SOLO SE RECONOCE LA EXTRACCIÓN DEL DONANTE EFECTIVO; SIN RECONOCER COSTO DEL ÉRGANO A TRASPLANTAR. NO SE RECONOCE EL CONTROL POST-TRASPLANTE.

EXCLUSIONES. Esta póliza no ampara los gastos de tratamientos médicos causados directa o indirectamente por:

- 1) Lesiones recibidas en actos de guerra (declarada o no) revolución, sedición, conmoción civil, terrorismo y huelga. Lesiones sufridas como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales y las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.
- 2) Accidentes de trabajo o enfermedad laboral
- 3) Tratamientos no incluidos en manual de actividades, intervenciones y procedimientos, establecido por el Ministerio de Salud, o no reconocidos por asociaciones medio científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- 4) 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.
- 5) Tratamientos psiquiátrico y psicológico.
- 6) Suministro de aparatos de prótesis o de equipos ortopédicos, a excepción de los requeridos exclusivamente como materiales quirúrgicos, tales como: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, incluidos para el tratamiento de las patologías enunciadas en la cláusula primera.
- 7) Actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, tal como se define en el artículo 18 de la resolución 5261 de agosto 5 de 1994, del Ministerio de Salud.
- 8) 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.
- 9) No se cubre eventos judiciales como tutelas, o por determinación legal o judicial para los casos no contemplados en la cobertura.
- 10) En caso de que una tutela, evento judicial o determinación lega, este cubierta dentro de la cobertura se indemnizara máximo hasta los límites establecidos en al presente póliza.
- 11) Tratamiento de afiliados al POS a quienes el tomador establezca periodos de carencia autorizados por el decreto 806 de Abril de 1998, en su artículo 60, exceptuando al neonato, de existir periodos de carencia la cobertura se efectuara por las semanas mínimas de cotización correspondiente.
- 12) No se dará cubrimientos los afiliados que no hayan compensado
- 13) El trasplante del paciente
- 14) En tratamientos del corazón no se cubre angioplastia ni la colocación de marcapasos.

CLÁUSULA SEGUNDA – LIMITE ASEGURADO. EL LIMITE ASEGURADO, REPRESENTA LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA POR LOS GASTOS CAUSADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EN RELACIÓN CON CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS Y ESTA CLARAMENTE DEFINIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA TERCERA – DEDUCIBLE. CORRESPONDE AL MONTO DE LOS GASTOS DE CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUE SE DEDUCE DE LA INDEMNIZACIÓN Y QUE, POR LO TANTO, SIEMPRE ESAT A CARGODEL TOMADOR. EL DEDUCIBLE ES POR PATOLOGÍA POR PACIENTE Y POR VIGENCIA DELA PÓLIZA.

CLÁUSULA CUARTA – LIMITACIONES DE LA COBERTURA. LA COMPAÑÍA INDEMNIZARA POR LOS COSTOS POR ATENCIÓN EN SALUD CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS QUE SE PRESTEN CON POSTERIORIDAD TANTO A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, COMO A LA FECHA

EN AL QUE EL PACIENTE HAYA ADQUIRIDO LA CALIDAD DE AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN LA RESPECTIVA ENTIDAD ASEGURADORA. EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR CORRESPONDE A LA DIFERENCIA ENTRE EL LIMITE Y EL DEDUCIBLE. EJEMPLO: PARA UN LIMITE DE \$60.000.000 Y DEDUCIBLE DE \$5.000.000, EL VALOR MÁXIMO A INDEMNIZAR POR PERSONA POR VIGENCIA ES DE \$55.000.000.

CLÁUSULA QUINTA – BASE DE DATOS DE AFILIADOS. ES REQUISITO INDISPENSABLE QUE EL AFILIADO SE ENCUENTRE PREVIAMENTE INSCRITO Y CARNETIZADO EN LOS REGISTROS DEL TOMADOR, PARA LO CUAL SE HACE NECESARIO QUE LOS CINCO PRIMEROS DIAS DE CADA MES EL TOMADOR ENVIE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EN MEDIO MAGNETICO COPIA DE LA BASE DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS) QUE ENTREGA EN AL SECRETARIA DE SALUD, CON LAS NOVEDADES DE INGRESO Y RETIRO, LA BASE DE DATOS DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1149 DE 2006 DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. LA POBLACIÓN TOMADA EN REFERENCIA PARA LA FACTURACIÓN Y PARA EL RECONOCIMIENTO DE INDEMNIZACIONES ES LA REPORTADA POR EL TOMADOR MENSUALMENTE EN SU BASE DE DATOS CERTIFICADA POR LOS ENTES TERRITORIALES.

LA BASE DE DATOS SE CONSIDERA AMPARADA DENTRO DE LOS TÉRMINOS DEL SEGURO SIEMPRE Y CUANDO SEA POR AUMENTO NORMAL DE LA POBLACIÓN DERIVADO DE ESTRATEGIAS DE MERCADEO, NOVEDADES, NACIMIENTOS INCREMENTO POR FUSIONES VOLUNTARIAS, INCORPORACIONES, LIQUIDACIONES DE OTRAS ARS Ó EPS O POR MANDATO DE LEY. CUANDO OCURREN ESTAS VARIACIONES LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA SERÁN REVISADAS DE NUEVO POR LAS PARTES Y SE APLICARÁN LOS AJUSTES NECESARIOS EN LA PRIMA Y SE PODRAN REVISAR EL LÍMITE Y E DEDUCIBLE DE LA PÓLIZA.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ANTERIOR GARANTÍA, PODRÍA GENERAR REVISIÓN DE TÉRMINOS O EN SU DEFECTO, DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE SEGUROS, DESDE EL MOMENTO DE LA INFRACCIÓN, PARA LO CUAL, LA COMPAÑÍA PODRÁ EXAMINAR Y REVISAR LOS LIBROS Y REGISTROS DEL TOMADOR, EN CUALQUIER MOMENTO, EN AQUELLOS ASPECTOS QUE PUEDAN TENER IMPORTANCIA PARA LOS FINES DEL SEGURO.

CLÁUSULA SEXTA – PAGO DE PRIMAS. EL PAGO DE PRIMAS ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DE SEGURO, SINO EXISTIERA UN ACUERDO DIFERENTE ENTRE LAS PARTES ACERCA DEL PAGO DE LAS PRIMAS, LA FACTURACIÓN Y EL PAGO SERA MENSUAL, TENIENDO EN CUENTA LA VARIACIÓN EN EL NUMERO DE AFILIADOS. EL TOMADOR PAGARA LAS PRIMAS CAUSADAS MENSUALMENTE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL MES (Artículo 1066 del Código de Comercio). EL NO PAGO OPORTUNO, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, AL TENOR DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLÁUSULA SEPTIMA- CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA CON DESTINO AL ENTE TERRITORIAL EL TOMADOR DEBERÁ ESTAR AL DÍA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS Y EN EL ENVÍO DE LA BASE DE DATOS.

CLÁUSULA OCTAVA – AVISO DE SINIESTROS. SE CONVIENE QUE EL MÁXIMO PLAZO PARA EL AVISO Y REPORTE DEL SINIESTRO POR PARTE DEL ASEGURADO A LA COMPAÑÍA SERÁ DE DIEZ (10)

DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO, HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, EN CASOS DE ATENCIONES DE SALUD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, EL TOMADOR DEBE AVISAR A LA COMPAÑÍA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS HÁBILES SIGUIENTES AL INICIO DE LA ATENCIÓN.

CLÁUSULA NOVENA – RECLAMACIÓN DE SINIESTRO. ES REQUISITO INDISPENSABLE PARA EL COBRO DE LAS COBERTURAS AMPARADAS POR ESTA PÓLIZA, QUE EL TOMADOR ENTREGUE A LA

COMPAÑÍA LA RECLAMACIÓN JUNTO CON LOS ORIGINALES DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS FOLIADOS RELACIONADOS:

- 1) SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN, EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA COMPAÑÍA
- 2) ORIGINAL DE LA FACTURA DE LA IPS, DETALLANDO LAS ATENCIONES EN SALUD PRESTADAS AL AFILIADO DISCRIMINADO POR SERVICIO.
- 3) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DEL AFILIADO (CÉDULA DE CIUDADANÍA),
- 4) FOTOCOPIA DEL CARNET DE AFILIACIÓN VIGENTE.
- 5) CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD SOBRE SEMANAS COTIZADAS.
- 6) CERTIFICADO MÉDICO, EPICIRISIS COMPLETA Y/O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.
- 7) COPIAS DE LOS REPORTES DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO Y DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS PRACTICADAS AL AFILIADO. (PRUEBAS SEROLÓGICAS POSITIVAS PARA HIV, WESTER BLOT CONFIRMATORIO)
- 8) RESULTADO DE INFORMA PATOLÓGICO SI FUERE EL CASO. (CONFIRMATORIO DE PATOLOGÍA AMPARADA).
- 9) OTRAS CUENTAS, DISCRIMINANDO TODOS LOS GASTOS, DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL CASO, TALES COMO PAGOS A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD. MÉDICOS, PARAMÉDICOS, LABORATORIOS CLÍNICOS Y DROGUERÍAS O FARMACIAS, Y TODAS AQUELLAS QUE SEAN CONDUCTENTES Y PERTINENTES PARA SUSTENTAR LA ATENCIÓN MÉDICA. (ACUERDO 228 DE 2002 DEL CNSS).
- 10) OTRAS PRUEBAS SUPLEMENTARIAS ESTABLECIDAS EN AL LEY, QUE DEMUESTREN EL DERECHO AL PAGO DE LA PRESTAVIÓN ASEGURADA.

EN TODO PARA LA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ATENCIONES EN SALUD, EL TOMADOR SE GUIARÁ POR EL **MANUAL PARA LA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ATENCIONES EN SALUD CUBIERTAS POR LA PÓLIZA DE ASEGURAMIENTO PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O DE ALTO COSTO**, DOCUMENTO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE SEGUROS.

LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DE DERECHO AL PAGO, CAUSARÁ LA PÉRDIDA DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA.

CLÁUSULA DÉCIMA – TARIFAS PARA RECONOCIMEINTO DE INDEMNIZACIONES. LA COMPAÑÍA INDEMNIZARA LOS COSTOS DE ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, DE ACUERDO CON LS TARIFAS AUTORIZADAS PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DENTRO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, ISS O SOAT, LAS CUALES DEBEN SER DEFINIDAS AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO CRÓNICAS COMO LA INSUFICIENCIA RENAL Y EL VIH – SIDA, LA COMPAÑÍA ORIENTARÁ AL TOMADOR EN LA CONTRATACIÓN Y PAGO POR PAQUETES INTEGRALES PARA LA ATENCIÓN EN

SALUD. EL VALOR A INDEMNIZAR POR LA ASEGURADORA POR PRÓTESIS ARTICULARES, PARCIALES O TOTALES DE CADERA Y RODILLA, PRÓTESIS CARDIOVASCULARES O BIOMECÁNICAS, MARCAPASO, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, SISTEMAS DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PEROTONEALES Y OTROS ELEMENTOS DESTINADOS A REEMPLAZAR FUNCIONES BIOLÓGICAS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA, SERA EL PRECIO PROMEDIO DEL MERCADO. LA ASEGURADORA VELARÁ POR LA RACIONALIDAD DE LOS PRECIOS, ENMARCADOS DENTRO DEL CONTEXTO DE LOS MERCADOS LOCAL Y NACIONAL.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA – PAGO DE SINESTROS. LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL PERFECCIONAMIENTO DE LA RECLAMACIÓN, POR

EL COSTO DE LAS ATENCIONES EN SALUD PRESTADOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DEL LÍMITE ASEGURADO, QUE SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE CAUSADOS POR EL TOMADOR. VENCIDO ESTE PLAZO EL ASEGURADOR RECONOCERÁ Y PAGARÁ AL ASEGURADO O BENEFICIARIO UN INTERES MORATORIO, ACORDE CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTROS, SE RESERVA EL DERECHO A COMPROBAR EL ESTADO DE SALUD DEL AFILIADO, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTOS, EVOLUCIÓN VERCIDAD DE LAS CUENTAS, ENTRE OTROS ASPECTOS, OBLIGÁNDOSE AL TOMADOR A PERMITIR LOS EXÁMENES, INFORMES Y AUTORIZACIONES QUE LA COMPAÑÍA REQUIERA.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA – AUDITORIA CONCURRENTE. EN TODOS LOS SINIESTROS LA COMPAÑÍA PODRÁ REALIZAR AUDITROIAS CONCURRENTES PARA GARANTIZAR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD (PERTINENCIA, OPORTUNIDAD, ETC.)

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA – CAPACITACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD. LA COMPAÑÍA OFRECERÁ A SOLICITUD DEL TOMADOR LA CAPACITACIÓN EN EL MANEJO Y OPERACIÓN DE LA PÓLIZA, AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD, MANAGED CARE Y AUDITORÍA MÉDICA ESPECIALIZADA EN ALTO COSTO.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – COEXISTENCIA DE SEGUROS. EN CASO DE PLURALIDAD O DE COEXISTENCIA DE AMPAROS O SEGUROS, LA COMPAÑÍA SOPORTARÁ LA INDEMNIZACIÓN DEBIDA AL ASEGURADO EN PROPORCIÓN A LA CUANTÍA DE SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA ACTUADO DE BUENA FE. LA INOBSERVANCIA DE ESTA OBLIGACIÓN O LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO, CAUSARÁN A PERDIDA DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN ASEGURADA BAJO ESTA PÓLIZA. ADEMÁS DE LA PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN, AL MALA FE DEL ASEGURADO EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO PERMITIRÁ ADEMÁS A LA COMPAÑÍA HACER USO DEL DERECHO DE REVOCACIÓN, ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – ACTUALIZACIÓN DE VALORES. SE CONVIENE QUE PARA EFECTOS DE MANTENER POR UNA PARTE, EL EQUILIBRIO Y EQUIDAD DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO Y POR OTRA, EL VALOR REAL DE LA VARIABLE ECONÓMICA, EL TOMADOR PODRÁ DECIDIR ANUALMENTE, DESDE LA FECHA EFECTIVA DE REAJUSTE DE LA UPC-S Y EN EL MISMO PORCENTAJE DE INCREMENTO, AJUSTAR EL LÍMITE ASEGURADO, EL DEDUCIBLE Y AL PRIMA.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA – TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL. EL AMPARO TERMINARÁ PARA CADA UNO DE LOS AFILIADOS EN LA FECHA DE: 1. TERMINACIÓN, REVOCACIÓN O NO REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA. 2. RETIRO DEL AFILIADO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. 3. AL AGOTARSE EL VALOR ASEGURADO POR EVENTO ANUAL DE UN TRATAMIENTO INICIADO DURANTE AL VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA DÉCIMI SEPTIMA – EVALUACIONES PERIÓDICAS. LA COMPAÑÍA RESERVARÁ EL DERECHO DE COMPROBAR, CUANTAS VECES SEA NECESARIO, EL USO QUE EL TOMADOR ESTA HACIENDO DE LAS COBERTURAS, QUE OTORGA ESTA PÓLIZA. EN CONSECUENCIA, EL TOMADOR TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE FACILITAR A LA COMPAÑÍA LOS INFORMES SOBRE LAS ATENCIONES EN SALUD Y ESTADO DE SALUD DE LOS AFILIADOS, TANTO ANTERIORES COMO PRESENTES, ASÍ COMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU IDENTIFICACIÓN, FECHA DE INGRESO Y OTROS ASPECTOS QUE LA COMPAÑÍA CONSIDERE CONVENIENTES.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA – MODIFICACIONES. CUALQUIER CONDICIÓN QUE LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON EL TOMADOR, AGREGUE A LA PRESENTE PÓLIZA POR ANEXO, TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ DE LAS CONDICIONES IMPRESAS. EN CASO DE CONTRADICCIÓN ENTRE UNAS Y OTRAS, PRIMARÁN LAS CLÁUSULAS ADICIONALES.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA – PERIODOS MINIMOS DE COTIZACIÓN. PARA QUE OPERE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZADEBERAN CUMPLIRSE LOS PERIOSODS MINIMOS DE COTIZACIÓN PREVISTOS EN LA LEY.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – PRESCRIPCIÓN. LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LA PRESENTE PÓLIZA SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO. Y EMPEZARÁ A CORRER A PARTIR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO POR PARTE DE LA IPS QUE DESIGNE EL TOMADOR PARA LA ATENCIÓN DEL AFILIADO. ESTA PÓLIZA CUBRE SINIESTROS OCURRIDOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE LE SEAN AVISADOS A LA COMPAÑÍA MÁXIMO EN UN PERIODO DE TRES (3) MESES DESPUÉS DE FINALIZADA AL VIGENCIA, COBRADOS SEGÚN LAS NORMAS LEGALES Y VIGENTES DE PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE DOS (2) AÑOS. CONTADOS A PARTIR DFE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL TRATAMIENTO. DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. ES DECIR QUE LOS SINIESTROS QUE NO SEAN REPORTADOS POR EL TOMADOR A LA ASEGURADORA DENTRO DE LOS TRES (3) MESES SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA NO ESTARAN CUBIERTOS A PESAR DE QUE SUS GASTOS SE INCURRAN DENTRO DEL PERIODO DEL SEGURO.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA – PERIODO DEL SEGURO. EL SEGURO TENDRA LA VIGENCIA DE LA FECHA Y HORA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, Y PODRA SER RENOVADA POR PERIODODS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES QUE SE CONVENGAN ENTRE EL TOMADOR Y LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO. ESTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR CUALQUIERA DE LOS CONTRATANTES, ASÍ: POR LA COMPAÑÍA MEDIANTE NOTA ESCRITA ENVIADA AL ASEGURADO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA CON NO MENOS DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DE ANTELACIÓN CONTADOS A

PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO. POR EL ASEGURADO EN CUALQUIER MOMENTO MEDIANTE NOTA ESCRITA ENVIADA A LA COMPAÑÍA, LA REVOCACIÓN DA DERECHOS AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA. LA LIQUIDACIÓN DEL IMPORTE DE LA PRIMA NO DEVENGADA SE HARÁ S CORTO PLAZO. LA PRIMA A CORTO PLAZO SERÁ EQUIVALENTE A LA PRIMA A PRORRATA DE LA VIGENCIA CORRIDA, MAS UN RECARGO DEL 10% SOBRE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA A PRORRATA Y LA ANUAL.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA – REVISIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES. NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN AL PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, EL TOMADOR Y/O ASEGURADO Y EL INTERMEDIARIO (SI LO HUBIERA), EFECTUARAN REVISIONES PERIODICAS PARA VERIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LA MISMA CON EL FIN DE DETERMINAR LOS AJUSTES QUE SE REQUIERAN, LOS CUALES DEPENDERÁN DEL COMPORTAMIENTO DE SINIESTRALIDAD (FRECUENCIA Y SEVERIDAD).

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA – VOLUMEN DE USUARIOS. SI EL VOLUMEN DE USUARIOS ES INFERIOR AL 70% DE LOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR LA PRIMA.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA – DIFERENCIA EN EVALUACIONES DE RECLAMACIONES. PARA DIRIMIR LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN EN EL AJUSTE DE UNA RECLAMACIÓN, SE ESTABLECERÁ UN COMITÉ INTEGRADO POR EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA Y EL INTERMEDIARIO SI LO HUBIERE. LA FECHA SE FIJARA A TRAVÉS DE LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA – PAGO DE PRIMAS. SE CONSIDERA CANCELADA LAS PRIMAS CUANDO LOS PAGOS SE CONSIGNEN EN AL CUENTA DE AHORROS N° 00807766-1 DEL BANCO BOGOTÁ A FAVOR DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEPTIMA – DOMICILIO. SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCÉSALES, PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C., COLOMBIA.

FIRMADA POR LAS PARTES EN BOGOTÁ A LOS DÍAS DEL MES DE DE

LA ASEGURADORA

EL TOMADOR

+