

# Póliza de Seguro de Salud Esencial

## Condiciones Generales

### CLÁUSULA PRIMERA

#### AMPARO

LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., EN ADELANTE LIBERTY, CUBRE LOS SERVICIOS REQUERIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA CON Y SIN INTERNAMIENTO HOSPITALARIO, CON SUJECION A LOS LIMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES, CUANDO SEA APLICABLE. LOS RUBROS CONSIDERADOS EN LA COBERTURA DE LA POLIZA SON LOS MENCIONADOS A CONTINUACION, SALVO LOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS.

ESTAS COBERTURAS ESTARAN SUJETAS A LAS DISPOSICIONES QUE OPERAN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DENTRO DE LA RED DE INSTITUCIONES EN CONVENIO CON LIBERTY.

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 MEDICOS Y HOSPITALARIOS CAUSADOS POR FUERA DE LA RED DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y MEDICOS EN CONVENIO DE SERVICIOS CON LIBERTY NO TENDRÁN COBERTURA, SALVO QUE EN EL LUGAR DE COLOMBIA DONDE SE CAUSEN LOS SERVICIOS NO EXISTA RED DE INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y MEDICOS EN CONVENIO CON LIBERTY, EN CUYO CASO EL VALOR MAXIMO A RECONOCER, EN NINGUN MOMENTO SERÁ SUPERIOR AL VALOR ACORDADO POR LIBERTY CON LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS Y MEDICOS EN CONVENIO.

#### I. GASTOS HOSPITALARIOS

1. HABITACION
2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O CUIDADO INTERMEDIO
3. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
4. URGENCIAS
5. MATERNIDAD
6. AMPARO AL RECIEN NACIDO
7. GASTOS PRE Y POSTHOSPITALARIOS
8. HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

#### II. HONORARIOS PROFESIONALES

1. HONORARIOS QUIRURGICOS
2. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO
3. HONORARIOS POR AYUDANTIA QUIRURGICA

4. HONORARIOS PROFESIONALES POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS NO QUIRURGICOS
5. HONORARIOS MEDICOS POR TRATAMIENTOS MEDICOS SIMULTANEOS
6. HORARIOS POR TERAPIAS
7. TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS POR ACCIDENTE.

#### III. OTRAS COBERTURAS

1. TRATAMIENTO DE CANCER
2. TRANSPLANTE 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. APARATOS ORTOPÉDICOS
13. DEFECTOS DE REFRACCION VISUAL
14. 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 ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

#### VI. AMPAROS OPCIONALES

- CONSULTA MEDICA AMBULATORIA
- EXAMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE, LABORATORIOS, TERAPIAS E INFILTRACIONES
- EXAMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNOSTICO
- URGENCIAS POR ENFERMEDAD EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION E INCAPACIDAD DOMICILIARIA
- RENOVACIÓN AUTOMATICA DE LA POLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL.
- ASISTENCIA EN VIAJE 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 PRIMERA 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, FÁRMACODEPENDENCIA, 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; ASÍ 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 DÍAS 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, ASÍ 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, INSERCION 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 REHABILITACIÓN, 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 MEDICOS 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, INDEPENDIEMENTE 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 COMPAÑÍA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA.
2. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.
3. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCACIONEN 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 PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES Y/O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIÁTRICO DE CARÁCTER AGUDO CRÓNICO.
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 COMPETICIÓN.
9. LA ASISTENCIA Y GASTOS A LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO 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 FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
3. HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN 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 ENERGÍA NUCLEAR RADIACTIVA.
6. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, RIÑAS O DESAFÍOS.

### **EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL ANEXO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA**

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 ESTÉTICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA 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 SICOTRÓPICAS, ALCOHÓLICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGÍA.
3. LOS EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL NO CUBIERTOS POR LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUYO TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y QUIRÚRGICO HAYA SIDO CUBIERTO POR ESTA, EN CUYO CASO SE EXCLUYEN LOS APARATOS DE PRÓTESIS, SU IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN.
4. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN 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, CAÍDAS 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 ÉTICOS 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 SERVICIOS QUE GENERE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, SE RECONOCERÁN SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE 30 DÍAS DESPUÉS DE HABER INGRESADO LA ASEGURADA A LA PÓLIZA Y QUE DESDE EL INICIO DEL EMBARAZO HASTA SU TERMINACIÓN HAYA POR LO MENOS DOS (2) ASEGURADOS EN LA PÓLIZA.

CUANDO SEA UNA SOLA LA ASEGURADA, EL EMBARAZO SE RECONOCERÁ SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE, SE INICIE TRANSCURRIDOS 12 MESES DE INICIADA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CUANDO SE EXPIDA UNA PÓLIZA CON UN SÓLO ASEGURADO Y ESTE ES MUJER, EL INGRESO POSTERIOR DE OTRO ASEGURADO A LA PÓLIZA NO MODIFICA EL PERIODO DE CARENANCIA PARA LA COBERTURA DE MATERNIDAD Y POR LO TANTO SE APLICARÁ LO DISPUESTO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR.

EN LAS PÓLIZAS COLECTIVAS, INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE ASEGURADOS, LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO SE RECONOCERÁN SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE INICIE 30 DÍAS DESPUÉS DE HABER INGRESADO LA ASEGURADA A LA PÓLIZA.

2. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SEGUNDO AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA SE INDEMNIZARÁN CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE: AMIGDALITIS, ADENOIDITIS, FIMOSIS, MIOMAS, QUISTES OVÁRICOS, HIPERTROFIA PROSTÁTICA, CÁLCULOS RENALES, PROLAPSOS UTERINOS, TRASPLANTES, CÁNCER E INSUFICIENCIA RENAL.

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 PARCHE; ASÍ COMO TAMBIÉN EL EXAMEN DE DIAGNÓSTICO PET SCAN, SIEMPRE Y CUANDO EL MISMO NO SEA DE TAMISAJE. ESTOS EXÁMENES SE RECONOCERÁN, SIEMPRE Y CUANDO SE TENGA CONTRATADO EL AMPARO OPCIONAL DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO.

3. A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL TERCER AÑO DE PERMANENCIA CONTINUA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA, SE INDEMNIZARÁN CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS, COMO CONSECUENCIA DE: CATARATAS, CÁLCULOS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES, HERNIAS: DISCAL, INGUINAL, UMBILICAL Y EPIGÁSTRICA, SIDA, PTERIGIOS, ÚLCERA GÁSTRICA O DUODENAL, HALLUX VALGUS, VARICES Y SEPTOPLASTIA FUNCIONAL (NO ESTÉTICA), ESTA ÚLTIMA EN TODOS LOS CASOS SÓLO SE INDEMNIZARÁ CUANDO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR REPORTE MÉDICO Y RADIOLÓGICO DEL DÍA DEL ACCIDENTE.

### **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 servicios 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 días de internamiento durante la vigencia.

Mientras el asegurado permanezca en la unidad de cuidados intensivos, bajo este amparo no se reconocerá el servicio de habitación, ni honorarios del intensivista, los cuales se entienden incluidos dentro del servicio de la unidad.

#### **3. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Bajo este rubro se reconocerán los siguientes conceptos:

##### **A. ALIMENTACION:**

La dieta normal suministrada por la institución hospitalaria al paciente y ordenada médicamente.

##### **B. SERVICIO GENERAL DE ENFERMERIA:**

Servicio suministrado normalmente por la institución hospitalaria.

##### **C. SERVICIOS HOSPITALARIOS:**

Derecho de sala de cirugía, instrumentación, material de cirugía, elementos de anestesia, exámenes de laboratorio y radiológicos y de diagnóstico, especializado vendajes, yesos, medicamentos, plasma sanguíneo, transfusiones, oxígeno, respiradores artificiales, terapias; prótesis y material de osteosíntesis, el valor máximo a reconocer por estos dos conceptos será el estipulado en la carátula de la póliza por evento.

#### **4. URGENCIAS:**

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

#### **5. MATERNIDAD**

Mediante este beneficio se reconocen los servicios relativos con el cuidado prenatal, para estos efectos LIBERTY reconocerá hasta seis (6) consultas prenatales y tres (3) ecografías gestacionales y cubrirá los servicios como consecuencia de la atención hospitalaria del parto ya sea normal o por cesárea, el aborto no provocado, o cualquier otra complicación resultante del embarazo.

#### **PARÁGRAFO:**

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

#### **6. 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 la consulta de

valoración pediátrica al momento del nacimiento.

## **7. GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS**

LIBERTY indemnizará dentro de esta cobertura los gastos que se causen dentro de los 30 días anteriores y posteriores a la hospitalización y/o cirugía, siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó esta, por los siguientes conceptos:

7.1 Exámenes de laboratorio y radiografías simples.

7.2 Exámenes especiales de diagnóstico, hasta por un valor máximo total de dos (2) SMLMV.

7.3 Los medicamentos posteriores a esta, que formule el médico para un período máximo de un (1) mes.

7.4 Así mismo se reconocerán hasta tres (3) consultas entre pre y posthospitalarias y una consulta preanestésica.

## **8. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

Este servicio será prestado previa solicitud del asegurado y cuando a criterio del médico tratante se amerite dicha hospitalización domiciliaria. 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 y a la alimentación parenteral.

## **II. HONORARIOS PROFESIONALES**

La póliza reconocerá los siguientes honorarios profesionales sin límites de cobertura dentro de la red médica LIBERTY.

### **1. HONORARIOS QUIRURGICOS**

### **2. HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO**

### **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.

### **4. HONORARIOS PROFESIONALES POR TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS NO QUIRURGICOS.**

Cuando cualquiera de los asegurados requiera ser recluido en una institución hospitalaria para tratamiento médico no quirúrgico, se indemnizará bajo este concepto las visitas diarias estipuladas en la carátula de la póliza.

Cuando cualquiera de los asegurados se encuentre recluido en Unidad de Cuidados Intensivos, se reconocerán hasta tres (3) visitas

médicas diarias en caso de requerir la asistencia de uno (1) o más especialistas.

### **5. HONORARIOS MEDICOS POR TRATAMIENTOS MEDICOS SIMULTANEOS.**

En caso que un asegurado requiera como consecuencia de una complicación la atención médica por parte de uno 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, hasta un máximo de 20 terapias por evento al año.

### **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, puede incluir quimioterapia, radioterapia, cirugía tanto con fines curativos como paliativos, braquiterapia, tratamientos hormonales, o cualquier otro método o técnica reconocida por las sociedades científicas.

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 reconocemos los gastos del donante efectivo por estudios pretrasplante y procedimiento quirúrgico, hasta por 60 SMLMV, así este se encuentre o no asegurado

### **3. TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.**

Se reconocen los servicios hospitalarios y ambulatorios necesarios para la atención de la insuficiencia renal crónica, incluye la hemodiálisis y diálisis peritoneal.

### **4. TRATAMIENTO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES.**

Se reconocen los servicios intrahospitalarios y ambulatorios para el tratamiento del SIDA, para este último el valor máximo a reconocer es de 15 SMLMV por



vigencia anual, incluyendo medicamentos, exámenes y consultas de control.

El valor asegurado máximo y único durante la vigencia de la póliza y sus renovaciones será de 100 SMMLV por asegurado.

**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**

El valor asegurado máximo y único durante la vigencia de la póliza y sus renovaciones para este amparo será máximo de 100 SMLMV por asegurado; siempre y cuando no se trate de una enfermedad conocida, manifiesta o diagnosticada antes del ingreso del asegurado a la póliza; y una vez agotado el mismo cesará la responsabilidad de LIBERTY por este evento.

**9. REEMPLAZOS ARTICULARES**

LIBERTY reconoce todas las prótesis que requiera un asegurado, incluyendo dentro de estas los: marcapasos, stent, coils, válvulas cardiacas y prótesis articulares entre otras, ajustadas a la definición, el valor máximo a reconocer por este concepto es de 20 SMMLV por evento.

Los reemplazos de prótesis se reconocerán después de transcurridos dos (2) años del primer procedimiento. Sin embargo, si en un período inferior se requiere de un reemplazo, se reconocerá el procedimiento quirúrgico y los servicios hospitalarios, más no los gastos incurridos por la prótesis.

**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.

Los gastos se reconocerán 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 o incapacidad total y permanente del tomador asegurado principal, LIBERTY exonerará a los asegurados del pago de las primas que se generen con fecha posterior al

fallecimiento o incapacidad total y permanente de este 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 o incapacidad total y permanente del asegurado principal.

**12. 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.

**13. 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.

**14. 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 INDIVIDUAL Y COLECTIVO

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 de salud ESENCIAL, 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 hayan estado amparados por un período no inferior a un (1) año y 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..

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

### PAGO DE PRIMAS

Las primas están calculadas para períodos 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 TERCERA

### 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 CUARTA

### 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 QUINTA

### RESPONSABILIDAD

LIBERTY pondrá a disposición de sus asegurados una Red de Instituciones y Médicos autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y prestación de servicios asistenciales y 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 SEXTA

### 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

**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.

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.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA  
PÉRDIDA DEL DERECHO A LA  
INDENIZACIÓN**

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 trate le suministre toda información relacionada con la misma.

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

Art. 1080. El asegurado estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun 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.

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

**CLÁUSULA DÉCIMA  
RECLAMACIONES**

De conformidad con el parágrafo único del artículo 20 del Decreto 806 de 1998 LIBERTY queda exceptuada de la obligación legal contenida en el artículo 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.

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.

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.

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 el y su grupo familiar y a sustentar esta 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.

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.

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

**CLÁUSULA NOVENA**

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 OCTAVA  
CERTIFICADO DE SEGURO**

## CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA

### 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 OCTAVA

### 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 DÉCIMA NOVENA

### 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

### 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

### 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. MÉDICOS:**

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.

**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. Coccidioidomycosis 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 Burkitt
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 CRÓNICA**

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 QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DEL CORAZÓN**

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 QUIRÚRGICO 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 QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGENITO O GENÉTICO**

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 veinte (20) asegurados principales o grupos familiares, salvo que LIBERTY acuerde por escrito un número mínimo menor de asegurados principales o grupos familiares.

#### **24. SMMLV:**

Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

#### **25. 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.

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

## **Anexos Póliza de Seguro de Salud Esencial**

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 MEDICA 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 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 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 receptionan 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 quién 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-SES-031

## **II. 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 SUJECIÓN 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 DEFINICION DE CADA UNO DE ESTOS AMPAROS Y SU FORMA DE APLICACIÓN APARECEN ESPECIFICADOS EN LA CLAUSULA CUARTA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE ANEXO.

LOS BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS ANTERIORMENTE CITADOS SERAN PRESTADOS A LAS PERSONAS QUE COMO TAL FIGURAN COMO ASEGURADOS EN EL CONTRATO A TRAVES 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 CLAUSULAS 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 PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Area 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. PROMOCION Y PREVENCION 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 FLUORIZACION**

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, desaloejo 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. DIAGNOSTICO 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 especialita se genera la respectiva remisión y asesoramiento.

## **2. URGENCIA ENDODONTICAS**

Area 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 pulpares 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 PROTESICA**

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.

#### **PARAGRAFO: CONDICIONES ESPECIALES DE ATENCION 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.

08/02/07-1418-A-35-SES-032

### **AMPAROS OPCIONALES POLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL**

LOS SIGUIENTES AMPAROS OPCIONALES  
HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL A LA QUE SE ADHIEREN, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO CONTRATADOS E INCLUIDOS EN EL «CUADRO DE BENEFICIOS CONTRATADOS» DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y EN UN TODO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

## **CONSULTA MEDICA AMBULATORIA**

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.

### **CONSULTA MEDICA**

El asegurado debe 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 obstante, cuando se trate de una consulta médica efectuada en una ciudad en la cual no haya Red Médica contratada, LIBERTY reconocerá el valor de la misma de acuerdo con las tarifas de convenio con su Red en la respectiva ciudad de residencia del asegurado, descontando de esta el valor del copago, sin que el valor a reconocer exceda el valor incurrido por el asegurado

**PARAGRAFO:** Por este concepto se reconocerán las consultas ambulatorias de Nutrición, Psicología, Terapia Ocupacional y Psiquiatría, únicamente dentro de la red y con el valor del copago establecido en la carátula de la póliza. Si el acceso es por fuera de la red de LIBERTY, no habrá lugar a reembolso.

### **EXCLUSIONES PARTICULARES Y LIMITACIONES**

1. 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.

2. No cubrimos las consultas telefónicas.

3. No cubrimos las 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-SES-033

## **EXAMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE, LABORATORIOS, TERAPIAS E INFILTRACIONES**

Cada uno de los asegurados cubiertos por el presente amparo tendrá derecho al reconocimiento de las siguientes coberturas, siempre y cuando sean prescritas por un médico:

### **1. Exámenes de Diagnóstico General y Laboratorios**

- a. Exámenes de Laboratorio Clínico e Histológico
- b. Radiografías simples
- c. Ecografías simples
- d. Electrocardiogramas
- e. Electroencefalogramas

### **2. Terapias**

Requeridas como tratamiento de afecciones recuperables, iniciadas con posterioridad a la inclusión del beneficiario al presente contrato. Se reconocerán las siguientes Terapias, bajo tratamiento ambulatorio, siempre que sean prescritas por un médico:

- a. Física y Rehabilitación: En lo que se refiere a Rehabilitación, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
- b. Respiratorias
- c. Del lenguaje
- d. Ortópticas y Pleópticas

### **3. Infiltraciones**

El asegurado debe acceder a la Red Médica establecida por LIBERTY para tal efecto. A cargo del asegurado siempre habrá un copago por cada cinco (5) exámenes y por terapia, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza.

No obstante, cuando se trate de exámenes efectuados en una ciudad en la cual no haya Red Médica contratada, LIBERTY reconocerá el valor de los mismos de acuerdo con las tarifas de convenio con su Red en la respectiva ciudad de residencia del asegurado, descontando de esta el valor del copago, sin que el valor a reconocer exceda el valor incurrido por el asegurado

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

## **EXAMENES ESPECIALIZADOS 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.

Los exámenes de laboratorio clínico, ecografías simples, electrocardiogramas, electroencefalogramas y radiografías simples no se entienden para efectos de este Amparo como exámenes especiales de diagnóstico y solo tendrán cobertura bajo el Amparo de Exámenes de Diagnóstico general, laboratorios, terapias e infiltraciones, cuando éste sea contratado.

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

## **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-SES-036

## **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 numero 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**

- 3.1. No se indemnizará Renta Diaria por aquellos tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con el embarazo y/o sus complicaciones.
- 3.2. Tampoco será objeto de esta cobertura, la renta generada por atenciones hospitalarias de urgencias.
- 3.3. 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-SES-037

# RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA POLIZA DE SEGURO DE SALUD ESENCIAL

## 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-SES-038

## **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 LOCOMOCIÓN, 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. RECUPERACIÓN 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. TRANSMISIÓN 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 DE ESTE ANEXO**

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, 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 PRIMERA 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 atiende, 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 médico tratante.
- Terapias de recuperación física hasta un máximo de 10 sesiones según prescripción médica (fisioterapia, Kinesiterapia, Quiropráctica).

El valor asegurado es de US \$30.000 por evento, y por el tiempo de vigencia 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 US \$750 por evento.

**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 por US \$2.500 por evento.

**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 por US \$1.500 por evento.

**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 por US \$1.200.

**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 por US \$1.000.

**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 con 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:**

Es la 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-SES-039

SES-03 F 16958

REV. 2007 - 02