



Póliza de Salud International Care

POLIZA DE SALUD INTERNATIONAL CARE CONDICIONES GENERALES

I. AMPAROS Y EXCLUSIONES

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ AXA COLPATRIA, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LOS AMPAROS SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, OTORGA COBERTURA EN EL EXTERIOR A LOS ASEGURADOS RESIDENTES EN EL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

LOS SIGUIENTES AMPAROS APLICAN PARA AQUELLOS ASEGURADOS A QUIENES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, SE LES CONFIRME EL DIAGNOSTICO DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE REQUIERAN TRATAMIENTO MÉDICO OBJETO DE COBERTURA, ASÍ:

1. TRATAMIENTO DEL CÁNCER
2. TRASPLANTE DE ÓRGANOS
3. CIRUGÍA CARDIACA Y ARTERIAS MAYORES
4. CIRUGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
5. TRAUMA MAYOR Y GRAN QUEMADO

PÁRAGRAFO 1: LOS AMPAROS OBJETO DE COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA, SE OTORGAN A NIVEL NACIONAL Y/O EN EL EXTERIOR A LOS ASEGURADOS RESIDENTES EN EL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CONFORME EL PLAN CONTRATADO E INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ASÍ:

- A. COBERTURA INTERNACIONAL INCLUIDO EEUU.
- B. COBERTURA INTERNACIONAL SIN INCLUIR EEUU.
- C. COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL INCLUIDO EEUU.
- D. COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL SIN INCLUIR EEUU.

PARAGRAFO 2. LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DE COBERTURA, SE HARÁ A TRAVÉS DE LA RED ASISTENCIAL DESIGNADA PARA TAL FIN POR AXA COLPATRIA. TODOS LOS SERVICIOS Y COBERTURAS REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA DE AXA COLPATRIA.

1. TRATAMIENTO DEL CÁNCER

EL CÁNCER SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA PROPAGACIÓN DESCONTROLADOS DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDOS. INCLUYE TODOS LOS CÁNCERES DE ÓRGANOS SÓLIDOS Y LEUCEMIA.

EL DIAGNOSTICO DEBE SER CONFIRMADO COMO MALIGNO POR UN MEDICO ESPECIALISTA (ONCÓLOGO O PATÓLOGO) Y DEBE DEMOSTRARSE MEDIANTE EXAMENES PREVIOS COMO BIOPSIAS, PET, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ENTRE OTROS.

EL DIAGNÓSTICO Y LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER SEGUIRÁN EL ÚLTIMO MANUAL DE ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE LA OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) Y EL AJCC (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER)

1.1. CONDICIONES ESPECIALES DE ESTE AMPARO

- a. AXA COLPATRIA ASUMIRÁ LOS SERVICIOS DE SALUD OBJETO DE COBERTURA REQUERIDOS MEDICAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER, SIN INCLUIR CICLOS DE MANTENIMIENTO O DE LARGO PLAZO, HASTA EL TOPE DE COBERTURA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. CUALQUIER AFECTACIÓN DEL LIMITE ANUAL CONTRATADO, REDUCIRÁ DICHO MONTO.

- b. LOS TRATAMIENTOS CUBIERTOS SON CIRUGÍA PARA EXTIRPAR UN TUMOR Y/O EL TEJIDO AFECTADO, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, TERAPIA CON HAZ DE PROTONES Y DEMAS TERAPIAS DIRIGIDAS CONTRA EL CÁNCER QUE NO ESTEN ESPECIFICADAS COMO EXCLUSION EN LA PRESENTE POLIZA.
- c. TERAPIA CON HAZ DE PROTONES EFICAZ PARA LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE MUESTRAN A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE ESTOS CÁNCERES NO ESTÉN EXCLUIDOS BAJO LA SECCIÓN 1.4 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS:
 - 1. CÁNCERES SOLIDOS MALIGNOS EN ASEGURADOS DE 21 AÑOS O MENOS.
 - 2. CÁNCER DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (CEREBRO Y MÉDULA ESPINAL).
 - 3. CORDOMAS O CONDROSARCOMAS (TIPOS DE CÁNCER DE COLUMNA) EN LA BASE DEL CRÁNEO O LA COLUMNA CERVICAL (HUESOS DEL CUELLO) QUE NO SE HAN PROPAGADO (METÁSTASIS).
 - 4. TUMORES NASO-ETMOIDALES ALTOS, FRONTALES Y ESFENOIDALES CON AFECTACIÓN DE LA BASE DEL CRÁNEO.
 - 5. CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO CON INVASIÓN PERI-NEURAL.
 - 6. ESTESIONEUROBLASTOMA.
 - 7. CÁNCER DEL IRIS, CUERPO CILIAR O PARTES COROIDEAS DEL OJO (MELANOMA UVEAL) QUE NO SE HA PROPAGADO (METÁSTASIS).
 - 8. MELANOMA CONJUNTIVAL.
 - 9. HEMANGIOMA COROIDEO.

1.2 EL AMPARO INCLUYE:

- a. MEDICAMENTOS PARA FORTALECER LOS HUESOS, COMO BIFOSFONATOS O DENOSUMAB Y TERAPIA HORMONAL ADMINISTRADA POR INYECCIÓN (POR EJEMPLO, GOSERELINA TAMBIÉN CONOCIDA COMO ZOLADEX) SIEMPRE QUE EL ASEGURADO LOS RECIBA AL MISMO TIEMPO QUE LA QUIMIOTERAPIA PARA DESTRUIR LAS CÉLULAS CANCEROSAS CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- b. MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE AFECIONES SECUNDARIAS AL CÁNCER COMO LA

ERITROPOYETINA (EPO), MIENTRAS EL ASEGURADO RECIBE QUIMIOTERAPIA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

- c. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ORDENADAS POR EL ONCÓLOGO DEL ASEGURADO DENTRO DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO, INCLUIDOS LOS GASTOS DE TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y TOMOGRAFÍAS POR EMISIÓN DE POSITRONES QUE SE REALIZAN EN UN HOSPITAL O UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN CÁNCER. CUANDO LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NO TIENEN RELACION CON EL CANCER, NO SE PAGARÁ EL COSTO DE ESTAS PRUEBAS.
- d. PRUEBAS GENÉTICAS CUANDO SE DEMUESTRE QUE AYUDAN A ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO ELEGIBLE PARA LA CONDICIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO QUE SE DEMUESTRE COMO TRATAMIENTO CONVENCIONAL SEGURO Y EFICAZ.

1.3. EL AMPARO NO INCLUYE:

- a. CICLOS CONTINUOS DE RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA Y MANEJO DEL DOLOR A LARGO PLAZO O DE MANTENIMIENTO.
- b. CUALQUIER PRUEBA O TRATAMIENTO DIAGNÓSTICO QUE NO SE CONSIDERE CLÍNICAMENTE APROPIADA O NECESARIA POR PARTE DE AXA COLPATRIA.
- c. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ORDENADAS POR CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL ONCÓLOGO DEL ASEGURADO.
- d. TRATAMIENTO PREVENTIVO, COMO EXÁMENES DE DETECCIÓN, CUANDO EL ASEGURADO NO PRESENTA SÍNTOMAS DE CÁNCER. POR EJEMPLO, SI LA PERSONA ASEGURADA SE REALIZÓ UNA PRUEBA DE DETECCIÓN QUE MOSTRÓ QUE TENÍA UN RIESGO GENÉTICO DE CÁNCER, NO SE CUBRIRÍA LA PRUEBA DE DETECCIÓN NI NINGÚN TRATAMIENTO PARA REDUCIR LAS PROBABILIDADES DE DESARROLLAR CÁNCER EN EL FUTURO.
- e. TRATAMIENTO PALIATIVO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CUANDO AUN NO ESTE DECLARADO EL CANCER EN ESTADO TERMINAL.
- f. LOS GASTOS PREHOSPITALARIOS, POST-HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR

CONSULTAS, PRESCRIPCIONES E INVESTIGACIONES ESTÁN EXCLUIDOS, A MENOS QUE SEA ACORDADO Y APROBADO POR AXA COLPATRIA.

1.4. EXCLUSIONES ESPECIFICAS

- a. CUALQUIER CÁNCER DE PIEL, EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE COMO ESTADIO II O SUPERIOR, O CON EVIDENCIA DEFINITIVA DE METÁSTASIS EN GANGLIOS LINFÁTICOS O EN ZONAS DISTANTES. CUALQUIER CÁNCER DE PIEL AQUÍ INCLUYE TODOS LOS LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS Y MICOSIS FUNGOIDES. PIEL SE REFIERE A LA EPIDERMIS, LA DERMIS Y LA HIPODERMIS (TEJIDO SUBCUTÁNEO) ENTRE OTROS
- b. CÁNCER DE VEJIGA PAPILAR
- c. TUMORES QUE MUESTRAN CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA IN SITU.
- d. TUMORES CLASIFICADOS HISTOLOGICAMENTE COMO PREMALIGNOS, NO INVASIVOS O CARCINOMA IN SITU.
- e. TODOS LOS GRADOS DE DISPLASIA, LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAAS (HSIL Y LSIL) Y NEOPLASIA INTRAEPITELIAL (NIC) 1,2 Y 3, Y LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PROSTÁTICA (PIN) 1, 2 Y 3.
- f. CUALQUIER TUMOR CLASIFICADO HISTOLÓGICAMENTE COMO DE MALIGNIDAD LÍMITE O DE BAJO POTENCIAL DE MALIGNIDAD.
- g. CUALQUIER CÁNCER DE TIROIDES CLASIFICADO HISTOLÓGICAMENTE COMO ESTADIO 1 O INFERIOR.
- h. CUALQUIER CÁNCER DE PRÓSTATA CLASIFICADO HISTOLÓGICAMENTE COMO ESTADIO 1 O INFERIOR.
- i. CUALQUIER TUMOR DE VEJIGA URINARIA CLASIFICADO HISTOLÓGICAMENTE COMO TIS O TA
- j. CUALQUIER LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA INFERIOR AL ESTADIO B DE BINET O AL ESTADIO 3 DE RAI.
- k. CUALQUIER TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) EN ESTADIO 1 O IA O INFERIOR.
- l. CUALQUIER TUMOR EPITELIAL TÍMICO EN ESTADIO 1 O INFERIOR.
- m. CUALQUIER LINFOMA GÁSTRICO MALTOSO SI LA AFECCIÓN SE PUEDE TRATAR CON LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER.
- n. CUALQUIER TUMOR O NEOPLASIA NEUROENDOCRINA (NET Y NEN), INCLUIDOS LOS TUMORES CARCINOIDES CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE COMO ESTADIO 1 O INFERIOR.
- o. TODOS LOS TUMORES PITUITARIOS, INCLUYENDO LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS PITUITARIOS (PITNET) O EL CARCINOMA PITUITARIO.
- p. CUALQUIER MALIGNIDAD DE LA MÉDULA ÓSEA QUE NO REQUIERA TRANSFUSIONES DE SANGRE RECURRENTES, QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS CONTRA EL CÁNCER, TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA, TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS Y OTRO TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA MAYOR.
- q. CÁNCERES DERIVADOS DE AFECIONES PREEXISTENTES.

2. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

LA PÓLIZA CUBRE TRASPLANTES MEDICAMENTE NECESARIOS DE RIÑONES, PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS, CORAZÓN Y MÉDULA ÓSEA.

2.1. CONDICIONES ESPECIALES DE ESTE AMPARO

- a. AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS GASTOS ÚNICAMENTE PARA LOS SIGUIENTES TRASPLANTES: RIÑONES, PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS, CORAZÓN Y MÉDULA ÓSEA.
- b. PARA EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA, DEBE TRATARSE DE UN TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS PRECEDIDO DE UNA ABLACIÓN TOTAL DE MÉDULA ÓSEA.
- c. PARA TRASPLANTES DE DONANTES VIVOS, ESTOS ÓRGANOS DEBEN PROVENIR DE UN PARIENTE. (PADRE, MADRE, HERMANO, HERMANA, HIJO, HIJA, CÓNYUGE O PAREJA).
- d. PARA TRASPLANTES DE DONANTES CADAVERÍCOS COMPATIBLES, DEBE SER DE UNA FUENTE CERTIFICADA Y VERIFICADA ACORDE A LA

LEGISLACION APLICABLE EN EL PAIS DE ATENCION DONDE SERA PRESTADO EL SERVICIO.

- e. SE PAGARÁN HASTA SEIS (6) SEMANAS DE DIÁLISIS RENAL SI EL ASEGURADO SE ESTÁ PREPARANDO PARA EL TRASPLANTE DE RIÑÓN.
- f. ESTA COBERTURA PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE COMIENZA EN EL MOMENTO EN QUE UN ESPECIALISTA MÉDICO REGISTRADO HAYA DETERMINADO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE, CUYA PERTINENCIA SERÁ VALIDADA INICIALMENTE POR AXA COLPATRIA Y CON SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE LA RED ASISTENCIAL DESIGNADA PARA TAL FIN POR AXA COLPATRIA.

2.2. EL AMPARO INCLUYE:

- a. ANTES DE LA ATENCIÓN DEL TRASPLANTE, LOS SERVICIOS MÉDICOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA CONFIRMACION DE LA NECESIDAD DE UN TRASPLANTE, SI ÉSTE APLICA, LA EVALUACIÓN DEL ASEGURADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE, ASÍ COMO LA PREPARACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE.
- b. EXAMEN MÉDICO PREQUIRÚRGICO, INCLUYENDO TODOS LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS.
- c. TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO POS-OPERATORIO MÉDICAMENTE NECESARIO DESPUÉS DEL TRASPLANTE Y COMPLICACIONES QUE SURJAN DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE, YA SEA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, DENTRO DE UN PERIODO DE 30 DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO. EL TRATAMIENTO DEBE SER DENTRO DE LA MISMA AREA DE COBERTURA ESPECIFICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- d. SE CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA POR LOS SERVICIOS RAZONABLES Y HABITUALES EN QUE INCURRA UN DONANTE VIVO PARA DONAR UN ÓRGANO O TEJIDO, ASI:

- 1. CUANDO LA OPERACIÓN Y EL TRASPLANTE SEAN DE UN PARIENTE DEL ASEGURADO (PADRE, MADRE, HERMANO, HERMANA, HIJO, HIJA, CÓNYUGE O PAREJA).
- 2. CUANDO EL TRASPLANTE SE REALIZA DE ACUERDO CON LAS PAUTAS REGULATORIAS CORRESPONDIENTES AL PAIS DONDE SEA REALIZADO.
- 3. CUBRE LA CIRUGÍA PARA EXTRAER EL ÓRGANO DEL DONANTE, INCLUIDO EL ANALISIS DE COMPATIBILIDAD TANTO DEL ASEGURADO (PACIENTE) COMO DEL DONANTE POTENCIAL Y LAS PRUEBAS PREOPERATORIAS.
- 4. CUBRE PROCEDIMIENTOS DE RECUPERACIÓN/CUIDADO POSTERIOR PARA EL DONANTE, SI APLICA.

2.3 EL AMPARO NO INCLUYE:

- a. TRATAMIENTO RECIBIDO COMO PACIENTE AMBULATORIO ANTES O DESPUÉS DEL TRASPLANTE, QUE SUPERE EL MONTO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO LÍMITE MÁXIMO DE MEDICAMENTOS RECETADOS.
- b. UN TRASPLANTE QUE NO HAYA SIDO AUTORIZADO PREVIAMENTE POR AXA COLPATRIA.
- c. UN TRASPLANTE CUANDO ESTÉ DISPONIBLE UN PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO ALTERNATIVO IGUALMENTE EFECTIVO PARA TRATAR LA CONDICIÓN O ENFERMEDAD QUE CAUSA EL TRASPLANTE.
- d. UN TRASPLANTE EN EL QUE EL ASEGURADO RECIBE UN DISPOSITIVO ARTIFICIAL O DISPOSITIVOS DISEÑADOS PARA REEMPLAZAR ÓRGANOS HUMANOS, O SI EL ÓRGANO DEL DONANTE PROVIENE DE UN ANIMAL.
- e. UN TRASPLANTE FALLIDO PARA EL MISMO ÓRGANO QUE REQUIERE UNA SEGUNDA OPERACIÓN DE TRASPLANTE.
- f. CUALQUIER MEDICAMENTO O MEDIDA TERAPÉUTICA UTILIZADA PARA ASEGURAR LA VIABILIDAD Y PERMANENCIA DEL ÓRGANO.
- g. CUALQUIER ATENCIÓN DOMICILIARIA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (POR EJEMPLO: CUIDADO DE HERIDAS, APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS U OTRAS SUSTANCIAS, EVALUACIÓN, CUIDADOR, ENTRE OTROS).

- h. COSTOS DE RECOLECCIÓN DE ÓRGANOS DEL DONANTE (INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS COSTOS DE TRANSPORTE Y ADMINISTRACIÓN).
- i. CUALQUIER GASTO EN QUE INCURRA EL DONANTE SI EL ÓRGANO O LOS ÓRGANOS NO PROVIENEN DE UN PARIENTE O DE UNA FUENTE DE DONACIÓN CERTIFICADA Y VERIFICADA.

2.4. EXCLUSIONES

- a. CONDICIONES PRE-EXISTENTES Y CUALQUIER ENFERMEDAD ASOCIADAS A ELLAS COMO CARDIOMIOPATÍA, ENFERMEDAD CORONARIA, INSUFICIENCIA CARDIACA, ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA, PANCREATITIS CRÓNICA, HIPERTENSIÓN PULMONAR, FIBROSIS QUÍSTICA, ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA O ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.
- b. NO ESTAN CUBIERTOS LOS TRASPLANTES NO HUMANOS (XENOTRASPLANTES), NI LOS ORGANOS ARTIFICIALES, O CUALQUIER OTRO MECANISMO QUE REEMPLACE LA FUNCION DE UN ORGANO VITAL, COMO LOS MECANISMOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR (VAD), EL OXIGENO DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO), EL HÍGADO BIO-ARTIFICIAL, EL PULMÓN ARTIFICIAL Y OTRAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.
- c. TRASPLANTES QUE SEAN REQUERIDOS POR EL ASEGURADO POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS, TALES COMO, SIN LIMITARSE A: ATRESIA BILIAR, CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS, FIBROSIS QUÍSTICA, TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS COMO LA MIELOFIBROSIS, Y ANEMIA APLÁSICA GRAVE.
- d. TRASPLANTE POR CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA.
- e. AUTOTRASPLANTES CON EXCEPCIÓN DEL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.
- f. EL COSTO DE LA RECOLECCION DE ÓRGANOS O TEJIDOS DEL DONANTE, LOS COSTOS DE CONSERVACIÓN, SUS COMPLICACIONES Y LOS TRASPLANTES ILEGALES DE ÓRGANOS.

3. CIRUGÍA CARDIACA Y ARTERIAS MAYORES

AXA COLPATRIA ASUMIRÁ LOS SERVICIOS DE SALUD REQUERIDOS MEDICAMENTE PARA LAS ENFERMEDADES

CARDIACAS Y DE ARTERIAS MAYORES Y LOS PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS RELACIONADOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACION:

- a. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (ATAQUE CARDÍACO).
- b. ANGIOPLASTIA CORONARIA / COLOCACIÓN DE STENTS.
- c. CIRUGÍA DE DERIVACIÓN CORONARIA.
- d. REEMPLAZO O REPARACIÓN DE VÁLVULAS CARDÍACAS (UNA O MÁS VÁLVULAS CARDÍACAS).
- e. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA ARRITMIAS.
- f. ENDARTERECTOMÍA CARÓTIDEA Y AÓRTICA.

EL DIAGNÓSTICO DEBER SER CONFIRMADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (CARDIÓLOGO) Y DEBE DEMOSTRARSE CON EVIDENCIA MÉDICA COMO TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, RESONANCIA MAGNÉTICA, ENZIMAS CARDÍACAS O BIOMARCADORES RELEVANTES, ANGIOGRAFÍA CORONARIA, ECOCARDIOGRAMA 2D, ANGIOGRAFÍA Y OTRAS PRUEBAS RELEVANTES.

3.1. CONDICIONES Y PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ESTA COBERTURA

a. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (ATAQUE AL CORAZÓN):

ESTA COBERTURA SE REFIERE A LA PRIMERA APARICIÓN DE UN INFARTO DE MIOCARDIO, LO QUE SIGNIFICA LA MUERTE DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO CARDÍACO DEBIDO A UN SUMINISTRO SANGUÍNEO INADECUADO A LA ZONA AFECTADA.

EL DIAGNÓSTICO DEBE BASARSE EN LOS SIGUIENTES CRITERIOS MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS:

- a. CUADRO CLINICO CON SIGNOS Y SINTOMAS CARACTERÍSTICOS O RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, COMO DOLOR TORÁCICO ATÍPICO, FATIGA, NAUSEAS, SUDORACION ENTRE OTROS.
- b. CAMBIOS EN LOS REGISTROS NORMALES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA COMO: ELEVACIÓN O DEPRESIÓN DEL SEGMENTO ST-T, ONDAS Q

PATOLÓGICAS O BLOQUEO DE LA RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS, QUE INDIQUE UN ATAQUE CARDÍACO AGUDO/INFARTO DE MIOCARDIO.

- c. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS ESPECÍFICAS DEL INFARTO, INCLUYENDO LA CK-MB, POR ENCIMA DE LOS NIVELES NORMALES DE LABORATORIO GENERALMENTE ACEPTADOS, TROPONINA CARDÍACA T O I U OTROS MARCADORES BIOQUÍMICOS ESPECÍFICOS. EL AUMENTO CARACTERÍSTICO DE BIOMARCADORES CARDÍACOS O TROPONINA REGISTRADOS EN LOS SIGUIENTES NIVELES O SUPERIORES
- TROPONINA T > 200 NG/L (0,2 NG /ML O 0,2 UG/L); O
 - ACCUTNL > 500 NG/L (0,5 NG/ML O 0,5 UG/L).

EXCLUSIONES:

1. UN AUMENTO DE BIOMARCADORES CARDÍACOS O TROPONINA T O I EN AUSENCIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA MANIFIESTA O DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO CARDÍACO INTRAARTERIAL, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, ANGIOGRAFÍA Y ANGIOPLASTIA CORONARIAS.
2. OTROS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS.
3. CUALQUIER TIPO DE ANGINA DE PECHO.

b. ANGIOPLASTIA / COLOCACIÓN DE STENTS CORONARIOS

SE REFIERE A UN PROCEDIMIENTO UTILIZADO CUANDO EXISTE UN ESTRECHAMIENTO DE LA ARTERIA CORONARIA, EN EL CUAL EL CIRUJANO CARDÍACO UTILIZA UN CATÉTER CON BALÓN ESPECIALMENTE DISEÑADO PARA ALCANZAR EL PUNTO DE ESTRECHAMIENTO DE LA ARTERIA CORONARIA Y LUEGO LO INFLA PARA ESTIRARLA Y RESTAURAR UN FLUJO SANGUÍNEO ÓPTIMO. SE PODRÍA INSERTAR UN STENT (MALLA METÁLICA) PARA EVITAR LA REOCCLUSIÓN.

ESTOS PROCEDIMIENTOS SERÁN CUBIERTOS PARA TRATAR UNA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA QUE REQUIERE CORREGIR AL MENOS EL 70% DEL ESTRECHAMIENTO O LA OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS EN UN SOLO PROCEDIMIENTO. EN ESTE CONTEXTO, SE DENOMINA ARTERIA

CORONARIA PRINCIPAL IZQUIERDA, DESCENDENTE ANTERIOR IZQUIERDA, CIRCUNFLEJA Y DERECHA.

c. CIRUGÍA DE BYPASS DE LA ARTERIA CORONARIA (CABG)

SE REFIERE A LA REALIZACIÓN DE UNA CIRUGÍA A CORAZÓN ABIERTO (ESTERNOTOMÍA COMPLETA, ESTERNOTOMÍA PARCIAL O TORACOTOMÍA) PARA CORREGIR EL ESTRECHAMIENTO O LA OBSTRUCCIÓN DE UNA O MÁS ARTERIAS CORONARIAS MEDIANTE INJERTOS DE DERIVACIÓN.

PARA SU COBERTURA, ESTA CIRUGÍA DEBE SER CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA Y DEBE SER SOLICITADA POR UN CARDIÓLOGO O CIRUJANO CARDÍACO, ESTAR RESPALDADA POR LOS HALLAZGOS DE LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA CORRESPONDIENTE QUE DEMUESTREN UNA OBSTRUCCIÓN CORONARIA SIGNIFICATIVA.

EXCLUSIONES:

1. ANGIOPLASTIA
2. PROCEDIMIENTOS INTRAARTERIALES
3. TÉCNICAS LÁSER
4. OTRAS TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS.

d. REEMPLAZO O REPARACIÓN DE VÁLVULA CARDÍACA.

SE REFIERE A LA CIRUGÍA NECESARIA CUANDO UNA DE LAS CUATRO VÁLVULAS QUE MANTIENEN EL FLUJO SANGUÍNEO EN LA DIRECCIÓN CORRECTA A TRAVÉS DEL CORAZÓN NO FUNCIONA CORRECTAMENTE. CONSISTE EN LA REALIZACIÓN DE UNA CIRUGÍA A CORAZÓN ABIERTO PARA REEMPLAZAR O REPARAR ANOMALÍAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS. LA CIRUGÍA A CORAZÓN ABIERTO IMPLICA HACER UNA INCISIÓN EN EL CORAZÓN PARA EVALUAR VISUALMENTE Y TRATAR LAS ANOMALÍAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS.

LA EVIDENCIA DE LA ANOMALÍA VALVULAR CARDÍACA DEBE CORROBORARSE MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO O ECOCARDIOGRAMA.

EL PROCEDIMIENTO DEBE SER CONSIDERADO MÉDICAMENTE NECESARIO POR UN CARDIÓLOGO O UN CIRUJANO CARDIOTORÁCICO.

EXCLUSIONES:

1. TODAS LAS CIRUGÍAS DE VÁLVULAS BAJO TECNICA CERRADA, ES DECIR LOS PROCEDIMIENTOS PERCUTÁNEOS TRANS VASCULARES CON CATÉTER EN LOS QUE NO SE HA ABIERTO LA CAVIDAD TORÁCICA NI EL CORAZÓN.
2. EL REEMPLAZO O REPARACIÓN DE VÁLVULA CARDIACA POR DAÑO O ANOMALIA DE ORIGEN CONGÉNITO.

e. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA ARRITMIAS

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA ARRITMIAS (LATIDOS CARDÍACOS ANORMALES) QUE SE AGRAVAN Y PONEN EN PELIGRO LA VIDA, O QUE SON RESISTENTES AL TRATAMIENTO QUÍMICO.

EL DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ARRITMIAS DEBE SER CERTIFICADO POR UN CARDIÓLOGO ESPECIALISTA Y DOCUMENTADO MEDIANTE PRUEBAS COMO ELECTROCARDIOGRAMA, TÉCNICA DE MONITORIZACIÓN AVANZADA (HOLTER), ENTRE OTRAS.

EL AMPARO INCLUYE:

1. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA DE PROBLEMAS CARDÍACOS ESTRUCTURALES SUBYACENTES (EXCLUYENDO CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS);
2. IMPLANTACIÓN DE DCI Y MARCAPASOS (SIEMPRE QUE NO PUEDA TRATARSE POR OTROS MEDIOS).
3. ABLACIÓN CON CATÉTER.

f. ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA Y AÓRTICA

SE DARA COBERTURA CUANDO LA ARTERIA CARÓTIDA PRESENTE ESTRECHAMIENTO DE AL MENOS EL 80%, DIAGNOSTICADO MEDIANTE ARTERIOGRAFÍA O CUALQUIER OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA DISPONIBLE.

EXCLUSIONES:

1. ENDARTERECTOMÍA DE VASOS SANGUÍNEOS DISTINTOS DE LA ARTERIA CARÓTIDA.
2. ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA PERCUTÁNEA.

3.2. CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA ESTA COBERTURA.

- A.** ESTA COBERTURA REQUIERE PRE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE AXA COLPATRIA

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- a. AUMENTO DE LOS BIOMARCADORES CARDÍACOS O DE LA TROPONINA TRAS UN PROCEDIMIENTO CARDÍACO INTRAARTERIAL, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.
- b. ANGINA SIN INFARTO DE MIOCARDIO
- c. MIOCARDIOPATÍA SECUNDARIA AL ALCOHOL O AL ABUSO DE DROGAS.
- d. TRATAMIENTO QUÍMICO (CARDIOVERSIÓN QUÍMICA) DE LAS ARRITMIAS
- e. LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA AORTA O ALTERACIONES CONGÉNITAS DE LA AORTA CORONARIA
- f. ANGIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA
- g. PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL.

4. CIRUGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

AXA COLPATRIA CUBRE CUALQUIER ACCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS PERMANENTES. ESTO INCLUYE EL INFARTO DEL TEJIDO CEREBRAL, LA TROMBOSIS DE UN VASO INTRACRANEAL, LA HEMORRAGIA Y LA EMBOLIZACIÓN DE ORIGEN EXTRACRANEAL.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO DEFINITIVAMENTE POR UN NEURÓLOGO REGISTRADO Y SE DEBEN CUMPLIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- a. EVIDENCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE CON SIGNOS NEUROLÓGICOS ANORMALES Y PERSISTENTES EN EL EXÁMEN FÍSICO, AL MENOS 28

DIAS CONSECUTIVOS DESPUÉS DEL INCIDENTE CEREBROVASCULAR, QUE DEBE SER ANATÓMICAMENTE COMPATIBLE CON LOS HALLAZGOS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM), LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) U OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN EQUIVALENTES.

- b. LOS HALLAZGOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA (IRM), LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) U OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN EQUIVALENTES SON CONSISTENTES CON UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NUEVO (DE PRIMERA OCURRENCIA) QUE NO ES PREEXISTENTE.

4.1. EXCLUSIONES ESPECIFICAS

- a. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT).
- b. DAÑO CEREBRAL DEBIDO A ACCIDENTE O LESIÓN, INFECCIÓN, VASCULITIS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA.
- c. DÉFICIT NEUROLÓGICO ISQUÉMICO REVERSIBLE PROLONGADO.
- d. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ASINTOMÁTICO IDENTIFICADO EN IMAGENOLÓGÍA.
- e. HEMORRAGIA SECUNDARIA EN UNA LESIÓN CEREBRAL PREEXISTENTE.
- f. SÍNTOMAS CEREBRALES DEBIDO A MIGRAÑA.
- g. ANOMALÍAS EN LA NEUROIMAGEN DE LA SUSTANCIA BLANCA CEREBRAL, TAMBIÉN CONOCIDAS COMO LEUCOARAIOSIS.
- h. ENFERMEDAD VASCULAR QUE AFECTA ÚNICAMENTE AL OJO O AL NERVIÓ ÓPTICO O LAS FUNCIONES VESTIBULARES.
- i. ENFERMEDAD O TRASTORNO QUE AFECTA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O PERIFÉRICO DE MANERA SECUNDARIA. ES DECIR, CUANDO LA CAUSA SUBYACENTE DE LA CONDICIÓN MÉDICA SE ORIGINA EN OTRA PARTE DEL CUERPO, O CUANDO ES RESULTADO DE OTRO PROBLEMA DE SALUD, E INCLUSO SI POSTERIORMENTE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O EL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO INDIRECTAMENTE, ESTOS PERMANECEN COMO EXCLUIDOS) O QUE HAYA SIDO CAUSADA POR CONDICIONES O FACTORES EXTERNOS AL SISTEMA NERVIOSO.

5. TRAUMA MAYOR Y GRAN QUEMADO

TRAUMA MAYOR EN DIVERSOS ÓRGANOS Y TEJIDOS DEL CUERPO HUMANO, ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE CAUSE AL ASEGURADO LESIÓN FÍSICA GRAVE CON SECUELAS IMPORTANTES DE TRATAMIENTO, QUE RESULTEN EN UNA DE LAS SIGUIENTES CIRUGÍAS:

- a. CIRUGÍA DE EMERGENCIA MÉDICA NECESARIA CON HOSPITALIZACIÓN (BAJO ANESTESIA GENERAL) QUE DEBE REALIZARSE DENTRO DE LAS 24 HORAS POSTERIORES AL ACCIDENTE, Y QUE SEA SOLICITADA POR PROFESIONAL MEDICO IDONEO Y CON EXPERIENCIA EN EVENTOS CRITICOS, DE LO CONTRARIO, EL ASEGURADO PODRÍA SUFRIR UNA DISCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE E INCLUSO LA MUERTE.
- b. ADMINISTRACIÓN DE 10 UNIDADES O MÁS DE SANGRE COMPLETA O CONTENIDO DE GLÓBULOS ROJOS EN 24 HORAS; O
- c. REQUIERE VENTILACIÓN MECÁNICA CONTINUA MEDIANTE INTUBACIÓN TRAQUEAL DURANTE 5 DÍAS CONSECUTIVOS (24 HORAS AL DÍA) O MÁS, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O CRÍTICOS DE UN HOSPITAL.

GRAN QUEMADO SE REFIERE A QUEMADURAS DE TERCER GRADO QUE CUBRE AL MENOS EL 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO.

EL PERIODO DE CARENCIA ES DE 24 HORAS CUANDO LAS LESIONES Y AFECCIONES SEAN RESULTADO DIRECTO DE UN ACCIDENTE NO EXCLUIDO, CONFORME LA SECCIÓN IV. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES - APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS:

II. COBERTURAS ADICIONALES

AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES AMPAROS, SUJETOS A LA DISPONIBILIDAD EN LA RED DEL PROVEEDOR, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON EL DEDUCIBLE Y LOS

COPAGOS QUE SEAN APLICABLES Y CUYO EVENTO DE USO ESTE RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO DE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA OBJETO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA. EL DEDUCIBLE APLICA POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA Y SI UN RECLAMO CONTINÚA AL SIGUIENTE AÑO PÓLIZA, OTRO DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO.

1. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

AL RECIBIR EL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS CONDICIONES MÉDICAS OBJETO DE COBERTURA QUE PUEDAN REQUERIR TRATAMIENTO, EL ASEGURADO PODRÁ SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA. EL ASEGURADO PODRÁ PONERSE EN CONTACTO CON AXA COLPATRIA, QUIEN HARÁ LOS ARREGLOS NECESARIOS.

CONSIDERANDO QUE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA LA OFRECE UN PROVEEDOR EXTERNO, AXA COLPATRIA NO SERÁ RESPONSABLE DE NINGUNA RECLAMACIÓN, PÉRDIDA O DAÑO QUE SURJA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DEL USO DE ESTE SERVICIO.

2. VISITA A EMERGENCIAS

AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS GASTOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS ELEGIBLES RECIBIDOS EN CENTROS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y CLÍNICAS.

LA AUTORIZACIÓN DE COBERTURA, DEBE SOLICITARSE DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES AL INGRESO AL HOSPITAL.

3. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PREVIA AUTORIZACIÓN Y LÍMITE DE 30 DÍAS DE TRATAMIENTO

AXA COLPATRIA CUBRIRÁ MEDIANTE REEMBOLSO LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR UN MÉDICO PARA TRATAR CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA CUBIERTA HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. LOS MEDICAMENTOS DEBEN TENER REGISTRO OFICIAL Y USARSE DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LA LICENCIA PARA LA CUAL FUERON APROBADOS EN EL PAÍS DE COBERTURA. LA COBERTURA DE LOS MEDICAMENTOS APLICA POR UN

TÉRMINO QUE NO PODRÁ SUPERAR LOS 30 DÍAS CALENDARIO, PREVIA AUTORIZACIÓN DE AXA COLPATRIA.

4. CUIDADOS PALIATIVOS

AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS SERVICIOS PRESTADOS POR HOSPICIO Y CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS, EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL RELACIONADA DIRECTAMENTE CON UNA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA CUBIERTA POR LA POLIZA, SI EL ASEGURADO YA NO PUEDE RECIBIR TRATAMIENTO QUE CONDUZCA A LA RECUPERACIÓN.

ESTA COBERTURA INCLUYE:

- ALOJAMIENTO EN UN HOSPICIO O CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES.
- ATENCIÓN POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CALIFICADO.
- MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR UN MÉDICO Y TERAPIAS PARA REDUCIR EL DOLOR CORPORAL.

ESTE AMPARO REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA Y ES OTORGADO POR AXA COLPATRIA CUANDO EL MÉDICO PROPORCIONA INFORMACIÓN CLÍNICA COMPLETA SOBRE EL ASEGURADO, INCLUYENDO EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO RECIBIDO.

III. OTRAS COBERTURAS

AXA COLPATRIA MEDIANTE REEMBOLSO, CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES BENEFICIOS, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON EL DEDUCIBLE Y LOS COPAGOS QUE SEAN APLICABLES, RELACIONADOS CON LA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA OBJETO DE COBERTURA. EL DEDUCIBLE APLICA POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA Y SI EL RECLAMO CONTINÚA AL SIGUIENTE AÑO DE LA PÓLIZA, OTRO DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO.

SI EL ASEGURADO DECIDE CONTINUAR EN EL PAÍS DE TRATAMIENTO, O SI ALGÚN COSTO EXCEDE EL LÍMITE DEL BENEFICIO, DEBERÁ ASUMIRLO.

1. VIAJE Y ACOMODACIÓN

LOS SIGUIENTES BENEFICIOS SE OFRECEN POR EVENTO/ENFERMEDAD GRAVE SI EL ASEGURADO, CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, REQUIERE TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL EVENTO CUBIERTO O LA ENFERMEDAD GRAVE. ESTOS BENEFICIOS ESTÁN SUJETOS A SUS RESPECTIVOS LÍMITES Y DEDUCIBLES, Y DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA. EL DEDUCIBLE APLICA POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA Y SI EL RECLAMO CONTINÚA AL SIGUIENTE AÑO DE LA PÓLIZA, OTRO DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO.

A. GASTOS DE VIAJE

AXA COLPATRIA REEMBOLSARÁ LOS GASTOS DE VIAJE Y ALOJAMIENTO, LOS CUALES INCLUYEN:

- I. LOS COSTOS DE LOS BOLETOS DE VIAJE PARA EL ASEGURADO Y UN ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO POR EL PERIODO DEL SERVICIO O TRATAMIENTO MÉDICO PROGRAMADO FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA PERMANENTE.

PARAGRAFO: LOS GASTOS DE VIAJE DEBEN CORRESPONDER A COSTOS DE TRANSPORTE RAZONABLES Y HABITUALES NECESARIOS PARA VIAJAR DESDE EL LUGAR DE RESIDENCIA PERMANENTE DEL ASEGURADO HASTA EL LUGAR ACORDADO EN EL EXTERIOR DONDE EL ASEGURADO RECIBIRÁ TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA UN CASO ELEGIBLE DE CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA OBJETO DE COBERTURA.

LOS COSTOS DE VIAJE ESTÁN CUBIERTOS PARA EL ASEGURADO (EL PACIENTE), UNA PERSONA ACOMPAÑANTE SI ES MÉDICAMENTE NECESARIO, O AMBOS PADRES, SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD.

LOS VUELOS DEBEN SER CLASE ECONÓMICA ESTÁNDAR. LA PÓLIZA NO CUBRIRÁ OTROS TIPOS DE GASTOS DE VIAJE INCURRIDOS, COMO BILLETES DE TREN, TARIFAS DE TAXI, ALQUILER DE AUTOS, ENTRE OTROS.

B. COSTOS DE ALOJAMIENTO EN HOTEL

PARA EL ASEGURADO, LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO EN HOTEL ESTÁN CUBIERTOS DESDE QUE EL ASEGURADO LLEGUE AL LUGAR DEL TRATAMIENTO HASTA QUE:

- I. SE COMPLETE EL TRATAMIENTO Y EL MÉDICO TRATANTE CONFIRME QUE LA PERSONA ASEGURADA ESTÁ EN CONDICIONES DE VIAJAR
- II. SE ALCANCE EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EL QUE OCURRA PRIMERO

SI EL ASEGURADO NECESITA VARIOS VIAJES AL LUGAR DEL HOSPITAL PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS ELEGIBLES REQUERIDOS DENTRO DEL MISMO CASO DE CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA, AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO EN HOTEL HASTA EL LÍMITE DEL AMPARO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

NO SE CUBRIRÁN GASTOS VARIOS COMO COMIDAS, LLAMADAS TELEFÓNICAS, PERIÓDICOS, ARTICULOS DE USO Y CUIDADO PERSONAL, ENTRE OTROS.

C. GASTOS DE ACOMPAÑANTE

PARA EL ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO, EL LÍMITE INDICADO EN LA COBERTURA INCLUYE UN PASAJE DE CLASE ECONÓMICA Y GASTOS DE ALOJAMIENTO EN HOTEL, HASTA EL LÍMITE TOTAL INDICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

NO SE CUBRIRÁN GASTOS VARIOS COMO COMIDAS, LLAMADAS TELEFÓNICAS, PERIÓDICOS, ARTICULOS DE USO Y CUIDADO PERSONAL, ENTRE OTROS.

D. RECUPERACIÓN EN HOTEL EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA.

AXA COLPATRIA PAGARÁ ESTE BENEFICIO HASTA EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA RECUPERACIÓN NECESARIAS EN UN HOTEL, SI EL MÉDICO LO RECOMIENDA TRAS LA HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA

DEL ASEGURADO POR UNA ENFERMEDAD MÉDICA CUBIERTA POR LA PÓLIZA.

LA ESTANCIA EN EL HOTEL COMIENZA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO SALGA DEL HOSPITAL.

NO SE CUBRIRÁN GASTOS VARIOS COMO COMIDAS, LLAMADAS TELEFÓNICAS, PERIÓDICOS, ARTICULOS DE USO Y CUIDADO PERSONAL, ENTRE OTROS.

6. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION EN EL PAÍS DE RESIDENCIA PERMANENTE

AXA COLPATRIA PAGARÁ ESTE BENEFICIO HASTA EL LIMITE ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, CUANDO EL ASEGURADO RECIBA TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN EL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, QUE ES SU PAÍS DE RESIDENCIA PERMANENTE, COMO ESTA ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA I, SIN QUE PREVIAMENTE HAYA PRESENTADO UNA RECLAMACIÓN QUE AFECTE LA PRESENTE PÓLIZA DURANTE LA RESPECTIVA VIGENCIA ANUAL.

ESTE BENEFICIO APLICA A CADA INGRESO HOSPITALARIO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA PERMANENTE.

PARAGRAFO 1: ESTE BENEFICIO APLICA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A LOS ASEGURADOS QUE ESTEN VINCULADOS CON OTRO DE LOS PRODUCTOS DE LAS COMPAÑÍAS AXACOLPATRIA MEDICINA PREPAGADA SA Y/O AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUE SE DETALLARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ESTE BENEFICIO ESTÁ SUJETO AL LÍMITE DIARIO Y HASTA UN MÁXIMO DE 30 DÍAS POR AÑO DE PÓLIZA.

IV. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES - APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

AXA COLPATRIA NO CUBRIRÁ LOS SERVICIOS REQUERIDOS O QUE HAYAN SIDO PRESTADOS POR CAUSA O COMO CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, AÚN EN LOS CASOS DE URGENCIAS:

1. NO TENER COMO PAÍS DE RESIDENCIA COLOMBIA.
2. CUANDO EL ASEGURADO HAYA PASADO MAS DE 3 MESES CONTINUOS FUERA DE COLOMBIA, EXCEPTO CUANDO LA ATENCION MÉDICA O EL TRATAMIENTO EN EL EXTRANJERO SE HAYA INICIADO ANTES DEL VENCIMIENTO DE ESTE PERIODO.
3. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN, COSTOS DE INFORMES MÉDICOS DE CUALQUIER TIPO (A MENOS QUE SEA ACORDADO), IMPUESTOS O CUALQUIER OTRO GASTO DE NATURALEZA NO MÉDICA, PERO NO LIMITADO A LOS COSTOS DE TRANSPORTE. TARIFAS DE REGISTRO O CANCELACIÓN COBRADAS POR HOSPITALES, PROVEEDORES MÉDICOS, CUALQUIER CARGO DE SU BANCO O COMPAÑÍA DE TARJETA DE CRÉDITO.
4. CUALQUIER TRATAMIENTO, LESIÓN, ENFERMEDAD O CARGOS QUE SURJAN DE CUALQUIER SERVICIO O SUMINISTRO QUE:
 - a. MÉDICAMENTE NO SEA NECESARIO.
 - b. SI LA ORDEN MEDICA NO FUE EXPEDIDA POR UN MÉDICO, DOCTOR O PROFESIONAL LEGALMENTE CALIFICADO Y/O REGISTRADO Y/O QUE NO PERTENEZCA A LA RED DEL PROVEEDOR CONTRATADO POR AXA COLPATRIA.
 - c. SI EL SERVICIO REQUERIDO EXCEDE EL CARGO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PERTINENCIA MEDICA.
5. CUALQUIER ATENCIÓN O TRATAMIENTO POR LESIONES O ENFERMEDADES O LESIONES AUTOINFLIGIDAS, SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, INFLUENCIA O ABUSO DEL ALCOHOL O DROGAS, USO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS, USO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS, PELEAS O ACTOS CRIMINALES, O EN LOS QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DE MANERA NEGLIGENTE.
6. CUALQUIER RECLAMO O GASTO INCURRIDO POR TRATAMIENTO, SERVICIOS O SUMINISTROS PRESTADOS EN COLOMBIA, DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO.
7. CUALQUIER RECLAMO O GASTO INCURRIDO POR TRATAMIENTO, SERVICIOS O SUMINISTROS PRESTADOS EN PAÍSES, O POR, O PARA EL

- BENEFICIO DE PERSONAS Y/O EMPRESAS SUJETAS A RESTRICCIONES COMERCIALES SANCIONES ECONÓMICAS O POLÍTICAS Y/O EMBARGOS.
8. CUALQUIER ENFERMEDAD, TRASTORNO O DOLENCIA CONGÉNITA, HEREDITARIA O FAMILIAR.
 9. CUALQUIER PROCEDIMIENTO CORONARIO QUE NO REQUIERA CIRUGÍA, EXCEPTO LA ANGIOPLASTIA CON BALÓN.
 10. CUALQUIER COSTO RELACIONADO CON LA ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE ÓRGANOS ARTIFICIALES O PROVENIENTES DE ANIMALES Y TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA CRIOPRESERVACIÓN, ALMACENAMIENTO DE TEJIDO O CÉLULAS MADRE; CUALQUIER COSTO POR EQUIPO PERSONAL DE RIÑÓN ARTIFICIAL PARA USO DOMÉSTICO Y TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS.
 11. CUALQUIER ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA, TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO, ACUPUNTURA O CUALQUIER TIPO DE MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARIA.
 12. CUALQUIER SUPLEMENTO DIETÉTICO O VITAMÍNICO Y SUSTANCIAS, INCLUYENDO, ENTRE OTRAS, VITAMINAS, MINERALES, SUPLEMENTOS PROTEÍNICOS, ALIMENTOS INFANTILES Y SUSTANCIAS ORGÁNICAS, INDEPENDIENTEMENTE DE SI SON RECETADOS POR UN MÉDICO/ESPECIALISTA Y/O SE RECONOCE QUE TIENEN EFECTOS TERAPÉUTICOS.
 13. CUALQUIER GASTO, COMPLICACIÓN Y TRATAMIENTO RELACIONADO CON CONDICIONES PREEXISTENTES, CONDICIONES ASOCIADAS (RELACIONADAS) SEGÚN SE DEFINEN EN ESTA PÓLIZA, Y CUALQUIER CONDICIÓN PERSONAL EXCLUIDA.
 14. CUALQUIER GASTO POR EMBARAZO, COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y COMPLICACIONES DEL PARTO; CONCEPCIÓN ASISTIDA, TRATAMIENTO DE FERTILIDAD; DISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA O CUALQUIER CONSECUENCIA DE ESTA.
 15. CUALQUIER GASTO INCURRIDO ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO ACORDADO, A MENOS, QUE ESTÉ DEFINIDO EN LA PÓLIZA Y ESTÉ RELACIONADO CON UN TRATAMIENTO QUE SE HAYA AUTORIZADO Y QUE SEA NECESARIO REALIZAR ANTES DE LA HOSPITALIZACIÓN.
 16. CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA O SÍNTOMAS QUE POSTERIORMENTE RESULTEN EN UNA CONDICIÓN MÉDICA, IDENTIFICADOS DURANTE EL PERIODO DE ESPERA O CARENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA DEL ASEGURADO O LA FECHA DE REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA O LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN, LO QUE SEA MÁS RECIENTE.
 17. CUALQUIER GASTO HOSPITALARIO ADICIONAL POR UNA HABITACIÓN INDIVIDUAL PRIVADA NO ESTÁNDAR (PARA UN ENTORNO DE HOSPITALIZACIÓN O DE PACIENTE AMBULATORIO).
 18. CUALQUIER ARTÍCULO, GASTO POR ELEMENTOS NO INCLUIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA APLICABLE AL PLAN.
 19. INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ASEGURADO DE OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO.
 20. CUALQUIER TRASPLANTE DE ÓRGANO O TEJIDO QUE NO ESTÉ CUBIERTO POR LA PÓLIZA;
 21. DIÁLISIS RENAL, EXCEPTO HASTA SEIS (6) SEMANAS SI EL ASEGURADO SE ESTÁ PREPARANDO PARA UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.
 22. CUALQUIER GASTO POR TRASPLANTE DE ÓRGANO O TEJIDO CUANDO EL ASEGURADO SEA DONANTE.
 23. CUALQUIER MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE O FÁRMACO O MEDICAMENTO SIN RECETA O MEDICAMENTOS RECETADOS QUE NO FORMEN PARTE DE LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO DESPUÉS DE UNA INTERNACIÓN, UNA ESTANCIA AMBULATORIA O UNA CIRUGÍA.
 24. MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA POR MÁS DE 60 DÍAS CONTINUOS SI EL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE Y SOLO SE MANTIENE CON VIDA MEDIANTE INTERVENCIÓN MÉDICA COMO VENTILACIÓN MECÁNICA.
 25. CÁNCER CERVICAL IN SITU; TUMORES QUE MUESTRAN CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA IN SITU; TUMORES QUE HISTÓRICAMENTE SE DESCRIBEN COMO PREMALIGNOS O NO INVASIVOS; CÁNCERES DE PIEL, EXCEPTO MELANOMA; CÁNCER DE PAPILA DE LA VEJIGA; DISPLASIA CERVICAL; CÁNCER QUE SURGE DE DISPLASIA CERVICAL.

26. CIRUGÍA ELECTIVA O COSMÉTICA O TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO PRINCIPAL SEA EL EMBELLECIMIENTO; CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.
27. PRUEBAS GENÉTICAS, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y SE DEMUESTRE QUE AYUDAN A ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO QUE SERÁ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
28. SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA RELACIONADOS CON EPIDEMIAS O PANDEMIAS RECONOCIDAS INTERNACIONAL Y LOCALMENTE; COSTOS EN LOS QUE EL ASEGURADO ESTÉ OBLIGADO A PERMANECER EN CUARENTENA, PERO NO TENGA NECESIDAD MÉDICA DE TRATAMIENTO O ATENCIÓN COMO PACIENTE HOSPITALIZADO. ESTO INCLUYE LA CUARENTENA OBLIGATORIA DECLARADA, INCLUSO SI SE LLEVA A CABO EN UN HOSPITAL.
29. CUALQUIER TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO, EQUIPO, MEDICAMENTO O COMBINACIÓN DE MEDICAMENTOS, HOSPITALIZACIÓN, SERVICIO O SUMINISTRO QUE AL MOMENTO DE SER OFRECIDO NO ESTÉ CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDO; QUE NO HAYA SIDO APROBADO PARA LA CONDICIÓN O INDICACIÓN ESPECIFICADA POR LA FDA DE LOS ESTADOS UNIDOS CUYA APROBACIÓN SE REQUIERE INDEPENDIENTEMENTE DE DÓNDE SE HAYAN INCURRIDO LOS GASTOS MÉDICOS; O EN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO ESTÉ INSCRITO EN UN ESTUDIO O TRATAMIENTO EXPERIMENTAL PATROCINADO POR TERCEROS; INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A CUALQUIER SERVICIO MÉDICO DERIVADO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS Y/O COMPLICACIONES.
30. CUALQUIER TRATAMIENTO O GASTO INCURRIDO EN UNA INSTALACIÓN EN LA QUE EL ASEGURADO TENDRÍA DERECHO A ATENCIÓN GRATUITA, ASÍ COMO SERVICIOS O TRATAMIENTO POR LOS QUE NO TENDRÍA QUE REALIZAR NINGÚN PAGO SI NO HUBIERA COBERTURA DE SEGURO.
31. CUALQUIER TRATAMIENTO NECESARIO PARA EL DETERIORO COGNITIVO LEVE O LA DEMENCIA LEVE, COMO EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DESTINADO A RETARDAR LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.
32. CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO PARA ADELGAZAR Y/O TRATAR LA OBESIDAD.
33. CUALQUIER PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS, TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO O DEL DESARROLLO.
34. CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL O DE ORTODONCIA, INCLUIDO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MAXILAR SUPERIOR PARA CORREGIR MALFORMACIONES ÓSEAS INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA SUBYACENTE.
35. CUALQUIER TRATAMIENTO DE LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE DESEMPEÑA EN UNA OCUPACIÓN PELIGROSA, O PRESTA SERVICIO COMO MIEMBRO DE UNA FUERZA POLICIAL O DE UNA UNIDAD MILITAR, O QUE SURJAN MIENTRAS PARTICIPA DIRECTAMENTE EN UNA GUERRA, MOTÍN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ACTOS DE TERRORISMO, EVENTOS O ACTOS SIMILARES, CONMOCIÓN CIVIL, HUELGA, ALTERACIÓN DEL ORDEN PÚBLICO O CUALQUIER ACTIVIDAD ILEGAL.
36. CUALQUIER TRATAMIENTO BRINDADO POR EL ASEGURADO (AUTO TERAPIA), SU EMPLEADOR, UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A CÓNYUGE, PADRES, HERMANOS, HIJOS O POR OTRA PERSONA QUE RESIDA EN EL HOGAR DEL ASEGURADO, ASÍ COMO CUALQUIER ENTIDAD O INSTALACIÓN PROPIEDAD DEL ASEGURADO, O BAJO SU OPERACIÓN O SUPERVISIÓN, SOCIOS COMERCIALES O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, EXCEPTO AQUELLOS APROBADOS PREVIAMENTE POR AXA COLPATRIA.
37. LESIONES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR DESASTRES NATURALES, TALES COMO, PERO SIN LIMITARSE A, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TIFONES, HURACANES, TORNADOS O CUALQUIER OTRO EVENTO SIMILAR.
38. TRATAMIENTOS PRESTADOS POR MÁS DE UN ASISTENTE QUIRÚRGICO, A MENOS QUE AXA COLPATRIA LOS APRUEBE PREVIAMENTE.
39. TRATAMIENTOS, SERVICIOS Y SUMINISTROS PRESTADOS POR INSTITUCIONES QUE SEAN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS, HOGARES DE ANCIANOS, CENTROS DE VIDA ASISTIDA, CENTROS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO, BALNEARIOS,

- CENTROS DE SALUD Y CLÍNICAS DE CURACIÓN NATURAL.
40. TRATAMIENTOS POR LESIONES RESULTANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES PROFESIONALES O ACTIVIDADES PELIGROSAS QUE EXPONGAN AL PARTICIPANTE A UN RIESGO O PELIGRO PREVISIBLE. ALGUNOS EJEMPLOS DE ACTIVIDADES PELIGROSAS INCLUYEN, ENTRE OTROS, PARACAIDISMO, MONTAÑISMO, SENDERISMO, CORRIDAS DE TOROS, CUALQUIER TIPO DE DEPORTE DE AVIACIÓN, PARAPENTE, ALA DELTA, CUALQUIER DEPORTE EXTREMO O PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER DEPORTE A CAMBIO DE UNA REMUNERACIÓN O COMO PROFESIONAL; COMPETICIONES DE VELOCIDAD, CARRERAS DE MOTOCICLETAS, DEPORTES O COMPETICIONES CON VEHÍCULOS DE MOTOR, BUCEO, BOXEO, EQUITACIÓN, PUENTING.
 41. ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE O POR DAÑO NEUROLÓGICO PERMANENTE DURANTE UNA ESTANCIA HOSPITALARIA DE MÁS DE 60 DÍAS CONTINUOS.
 42. TERAPIA DE HAZ DE PROTONES (PBT), PRODUCTOS MEDICINALES TERAPÉUTICOS AVANZADOS (ATMP), PRODUCTOS DE TERAPIA CELULAR Y GÉNICA (CGTP) O TERAPIA AVANZADA DE MEDICINA REGENERATIVA (RMAT), TRATAMIENTO CAR-T, INCLUIDOS LOS COSTOS ASOCIADOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE ESPECIALISTAS, A MENOS QUE ESTO SE PROPORCIONE EN LA CARATULA DE LA POLIZA DEL ASEGURADO Y AXA COLPATRIA HAYA ACORDADO POR ESCRITO LA COBERTURA Y LOS COSTOS ANTES DE QUE COMIENCE EL TRATAMIENTO DEL ASEGURADO.
 43. PRÓTESIS, MIEMBROS ARTIFICIALES, APARATOS CORRECTIVOS, EQUIPOS MÉDICOS, APARATOS ORTOPÉDICOS, EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, COMPRA O ALQUILER DE SILLAS DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES Y CUALQUIER OTRO ARTÍCULO O EQUIPO SIMILAR.
 44. IMPLANTES QUIRÚRGICOS Y MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS O NUEVAS TECNOLOGÍAS A MENOS QUE AXA COLPATRIA LOS APRUEBE CON ANTICIPACIÓN.
 45. EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, TRATAMIENTO PREVENTIVO, TRATAMIENTO PROFILÁCTICO, EXÁMENES DE DETECCIÓN DE SALUD O PRUEBAS PARA DESCARTAR LA EXISTENCIA DE UNA CONDICIÓN MÉDICA PARA LA CUAL EL ASEGURADO NO TIENE UN DIAGNÓSTICO EXISTENTE.
 46. TRATAMIENTOS ATRIBUIBLES A CUALQUIER ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL, O CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA DERIVADA DE CUALQUIER MANERA O EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), COMPLEJOS RELACIONADOS CON EL SIDA Y TODAS LAS DOLENCIAS O ENFERMEDADES ASOCIADAS A ÉL (INCLUIDO EL SARCOMA DE KAPOSÍ).
 47. ARTÍCULOS DE TOCADOR COMO, PERO NO LIMITADO A, CHAMPÚ, JABONES, PASTAS DE DIENTES, ENJUAGUES BUCALES, LOCIONES, HUMECTANTES, LIMPIADORES, GELES DE DUCHA, ANTICONCEPTIVOS, CURAS REGISTRADAS PARA DOLOR DE CABEZA Y RESFRIADOS, LÁGRIMAS ARTIFICIALES, GOTAS Y GEL, ENTRE OTROS.
 48. TRATAMIENTO, SI SE REQUIERE, COMO RESULTADO DE CONTAMINACIÓN NUCLEAR, CONTAMINACIÓN BIOLÓGICA O CONTAMINACIÓN QUÍMICA, O EXPOSICIÓN AL ASBESTO; PARTICIPAR O TOMAR PARTE DE UNA GUERRA (DECLARADA O NO), ACTO DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, INVASIÓN, GUERRA CIVIL, MOTÍN, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO, DERROCAMIENTO DE UN GOBIERNO LEGALMENTE CONSTITUIDO, EXPLOSIONES DE ARMAS DE GUERRA O CUALQUIER EVENTO SIMILAR A LOS ENUMERADOS. ESTO INCLUYE EL TRATAMIENTO QUE SE REQUIERE PORQUE EL ASEGURADO SE EXPONE A UN PELIGRO INNECESARIO, COMO IR AL LUGAR DEL DISTURBIO COMO TESTIGO O ESPECTADOR; O CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO.
 49. SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE, INCLUIDO EL PAGO DE AMBULANCIA, EVACUACIÓN DE EMERGENCIA, ASISTENCIA PARA LA REPATRIACIÓN.
 50. LO SIGUIENTE NO SERÁ CUBIERTO:
 - a. CUALQUIER ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN MÉDICA

HOSPITALARIA POR TRANSPORTE AÉREO Y/O TERRESTRE.

- b. CUALQUIER ACCIDENTE O LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO DONDE EL COSTO DE DICHO TRATAMIENTO SEA RECUPERABLE BAJO UNA PÓLIZA DE ARL, O UNA COBERTURA SIMILAR REQUERIDA POR LA LEY DEL GOBIERNO VIGENTE EN EL PAÍS DONDE TUVO LUGAR EL ACCIDENTE O LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO O EN OTRO LUGAR EN EL MOMENTO DE LA LESIÓN O ACCIDENTE.
 - c. TRATAMIENTO DE TODO TIPO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO, INCLUIDA LA APNEA DEL SUEÑO, LA PRUEBA DE ESTUDIO DEL SUEÑO, EL INSOMNIO Y LOS RONQUIDOS.
 - d. ESTERILIZACIÓN O CUALQUIER CONSECUENCIA DE LA ESTERILIZACIÓN; O REVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN O CUALQUIER CONSECUENCIA DE LA REVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN.
 - e. CONFIRMACIÓN DE GÉNERO DE CUALQUIER FORMA; OPERACIONES DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO U OTRO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O PSICOTERAPIA O SERVICIOS SIMILARES; O CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO.
 - f. CUALQUIER TRATAMIENTO PARA CORREGIR DEFECTOS REFRACTIVOS DE LOS OJOS, COMO HIPERMETROPÍA O MIOPIA O ASTIGMATISMO; CIRUGÍA OCULAR CON LÁSER / LASIK.
 - g. CUALQUIER TRATAMIENTO PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS COMÚNMENTE ASOCIADOS CON CUALQUIER CAMBIO CORPORAL QUE SURJA DE CUALQUIER CAUSA FISIOLÓGICA O NATURAL, COMO EL ENVEJECIMIENTO, LA MENOPAUSIA O LA PUBERTAD.
 - h. TRATAMIENTO DE LA PÉRDIDA DE CABELLO O REEMPLAZO DE CABELLO
51. LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE NO PAGAR LOS BENEFICIOS DE NINGÚN TRATAMIENTO SI NO SE HAN RECIBIDO LAS FACTURAS/RECIBOS ORIGINALES DENTRO DE LOS 90 DÍAS POSTERIORES A LA PRESTACIÓN DEL TRATAMIENTO. SIN EMBARGO, LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DENTRO DE DICHO PLAZO NO PONDRÁ EN PELIGRO EL

DERECHO A RECLAMAR SI SE DA UNA RAZÓN VÁLIDA.

V. CONDICIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

1. AXA COLPATRIA CUBRIRÁ DENTRO DE LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA LOS AMPAROS DE QUE TRATA LA SECCIÓN I DEL PRESENTE CLAUSULADO, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a. EL ASEGURADO HAYA RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ALGUNA DE LAS CONDICIONES O EVENTOS MÉDICOS CRÍTICOS AMPARADOS.
- b. LAS CONDICIONES O EVENTOS MÉDICOS CRÍTICOS CUBIERTOS NO ESTÉN EXCLUIDOS EN CADA UNO DE LOS AMPAROS Y EN LAS EXCLUSIONES GENERALES DE QUE TRATA LA SECCIÓN IV.
- c. LAS CONDICIONES O EVENTOS MÉDICOS CRÍTICOS Y/O SUS CONDICIONES MÉDICAS ASOCIADAS, SIGNOS O SÍNTOMAS DEBEN OCURRIR DESPUÉS DEL PERÍODO DE CARENCIA DE 90 DÍAS PARA TRATAMIENTO DEL CÁNCER, TRASPLANTE DE ÓRGANOS, CIRUGÍA CARDÍACA Y ARTERIAS MAYORES, CIRUGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y DE 24 HORAS PARA TRAUMA MAYOR Y GRAN QUEMADO, DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO.
- d. SE CUMPLAN TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA.

2. AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA, CONFORME ORDEN MÉDICA, A TRAVÉS DE TRATAMIENTOS CONVENCIONALES. EL ASEGURADO PAGARÁ EL DEDUCIBLE, LOS COPAGOS QUE APLIQUEN Y EL MONTO DETERMINADO PARA LOS MEDICAMENTOS AUTORIZADOS, VALORES ESTOS CONSIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. EL DEDUCIBLE APLICA POR ASEGURADO, POR AÑO PÓLIZA Y SI EL RECLAMO CONTINÚA AL SIGUIENTE AÑO DE LA PÓLIZA, OTRO DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO.

3. AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE:

- a. DETERMINAR SI CUALQUIER CARGO DE UN HOSPITAL, O PROFESIONAL MÉDICO, ES USUAL, RAZONABLE Y HABITUAL CON REFERENCIA A (PERO NO LIMITADO A) PROTOCOLOS, PUBLICACIONES O INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE EL PROGRAMA DE HONORARIOS DEFINIDO EN EL PAÍS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO, POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y LAS ASOCIACIONES MÉDICAS.
- b. AJUSTAR TODOS LOS MONTOS PAGADEROS EN RELACIÓN CON CUALQUIER CARGO DE HOSPITAL O PROFESIONAL MÉDICO QUE, EN OPINIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO DE LA ASEGURADORA, NO SEA UN CARGO USUAL, RAZONABLE Y HABITUAL.
- c. EN NINGÚN CASO SE OTORGARÁ COBERTURA POR NINGÚN GASTO INCURRIDO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA O LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DE UN ASEGURADO, O QUE OCURRA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN O CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA, INDEPENDIENTEMENTE DE SI EL GASTO INCURRIDO ES EL RESULTADO DIRECTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA CUBIERTA QUE OCURRIÓ ANTES DE LA TERMINACIÓN O CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.
- d. LA AUTORIZACIÓN Y NOTIFICACIÓN PREVIAS PARA TODO TRATAMIENTO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS, INCLUIDA CUALQUIER SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA REQUERIDA, SON OBLIGATORIAS, EXCEPTO EN EL CASO DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA.
- e. LOS LÍMITES SE APLICAN INDIVIDUALMENTE A CADA ASEGURADO. HAY ALGUNOS LÍMITES QUE SE APLICAN ANUALMENTE, LO QUE SIGNIFICA QUE UNA VEZ QUE SE HA ALCANZADO EL LÍMITE, LA COBERTURA YA NO ESTARÁ DISPONIBLE HASTA QUE SE RENUEVE LA PÓLIZA. OTROS LÍMITES SE APLICAN EN FORMA ACUMULATIVA POR VARIAS VIGENCIAS DE LA PÓLIZA, LO QUE SIGNIFICA QUE UNA VEZ QUE SE HA ALCANZADO EL LÍMITE, LA COBERTURA SE EXTINGUE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

4. DEDUCIBLE ANUAL

SE DEFINE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. EL ASEGURADO ES RESPONSABLE DE ESTE MONTO, QUE ES UN PAGO QUE DEBE REALIZAR ANTES DE QUE SE ACTIVEN LOS AMPAROS. LA RESPONSABILIDAD DE AXA COLPATRIA SOLO COMENZARÁ UNA VEZ QUE EL VALOR DEL DEDUCIBLE HAYA SIDO PAGADO POR EL ASEGURADO, INCLUSO SI EL MONTO DEL AMPARO ES MENOR AL DEDUCIBLE ANUAL TOTAL. EL ASEGURADO DEBE ENVIAR SU RECLAMACIÓN A AXA COLPATRIA, PARA QUE ESTA AUTORICE EL SERVICIO E INFORME EL MONTO A PAGAR POR DEDUCIBLE ANUAL. EL DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO POR EL ASEGURADO UNA VEZ POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA CUANDO LA COBERTURA SEA ACTIVADA. SI EL TRATAMIENTO O SERVICIO (RECLAMO) CONTINUA AL SIGUIENTE AÑO DE LA PÓLIZA, OTRO DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO.

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA DEL ASEGURADO

EL MONTO MÁXIMO QUE PAGA CADA ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA INCLUYE EL DEDUCIBLE Y LOS COPAGOS SI APLICAN. UNA VEZ QUE SE ALCANZA ESTE MONTO, EL ASEGURADO PODRÁ ACCEDER A LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA.

6. LÍMITE MÁXIMO ACUMULATIVO

ES EL MONTO MÁXIMO DE AMPAROS QUE CUBRE AXA COLPATRIA POR CADA ASEGURADO DE MANERA ACUMULATIVA DURANTE EL PERIODO EN EL QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA VIGENTE Y HASTA EL LÍMITE TOTAL DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EVENTO EN EL CUAL, LA COBERTURA FINALIZA.

7. LÍMITES POR VISITAS O DÍAS

ESTA ES LA CANTIDAD MÁXIMA QUE CUBRIRÁ AXA COLPATRIA POR CIERTAS COBERTURAS ESPECÍFICAS ENUMERADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

8. ÁREA DE COBERTURA

SE TRATA DEL ÁREA GEOGRÁFICA EN LA QUE EL ASEGURADO PUEDE OPTAR POR RECIBIR EL

TRATAMIENTO Y SERVICIOS AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, EL CUAL SE ELIGE EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD Y SE ESTIPULA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

VI. EXPLICACIÓN DE LOS AMPAROS

TODOS LOS AMPAROS ESTÁN SUJETOS A AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE AXA COLPATRIA. SE HARÁ UNA EVALUACIÓN SOBRE LA BASE DE LO QUE ES USUAL, RAZONABLE Y HABITUAL DENTRO DE LA RED DEL PROVEEDOR CONTRATADO POR AXA COLPATRIA. CUANDO EL MÉDICO QUE TRATA AL ASEGURADO LO DERIVE A UN TRATAMIENTO FUERA DE LA RED CONTRATADA, A PESAR DE ESTAR DISPONIBLE EN ELLA, NO HABRÁ COBERTURA.

HAY ALGUNOS HOSPITALES O INSTITUCIONES MÉDICAS POR LOS CUALES NO SE PAGARÍA EL TRATAMIENTO POR NO CUMPLIR CON LOS CRITERIOS, O POR NO SER RECONOCIDOS POR EL PROVEEDOR QUE CONTRATA AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA. NO SE REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO POR TRATAMIENTOS QUE NO FUERAN PROPORCIONADOS POR INSTITUCIÓN MÉDICA U HOSPITALARIA RECONOCIDA O APROBADA POR LA ASEGURADORA, CONFORME A LA DEFINICIÓN DE LA SECCIÓN V37 QUE HACE PARTE DE LAS CONDICIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS.

LOS AMPAROS ESTÁN DISPONIBLES PARA EL ASEGURADO QUE HAYA RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA O EVENTO CRÍTICO CUBIERTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PERO DESPUÉS DEL PERIODO DE CARENCIA, QUE REQUIERA UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO HASTA POR LOS LÍMITES ESTABLECIDOS, DEDUCIBLES, COPAGOS ESPECIFICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SEGÚN EL PLAN ELEGIDO.

LA COBERTURA QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN ESTÁ CONDICIONADA A QUE EL DOMICILIO DEL ASEGURADO (PAÍS DE RESIDENCIA PRINCIPAL) SEA EN TERRITORIO COLOMBIANO, RESPECTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA, QUIRÚRGICA U HOSPITALARIA REALIZADA EN CUALQUIER PARTE (DENTRO DEL ÁREA DE COBERTURA).

1. COBERTURAS HOSPITALARIAS

a. GASTOS DE ACOMODACIÓN POR NOCHE

SUJETO A LA DISPONIBILIDAD EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED CONTRATADA, AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS GASTOS INCURRIDOS POR ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN PARA UNA HABITACIÓN INDIVIDUAL ESTÁNDAR, DURANTE EL PERIODO EN EL QUE EL ASEGURADO REQUIERA INTERNACIÓN OBJETO DE COBERTURA.

SI EL HOSPITAL OFRECE VARIAS CLASES DE HABITACIÓN INDIVIDUAL, Y EL ASEGURADO ESTÁ EN UNA HABITACIÓN QUE ES MÁS COSTOSA QUE LA HABITACIÓN INDIVIDUAL ESTÁNDAR, EL ASEGURADO DEBERÁ PAGAR LA DIFERENCIA EN LOS CARGOS DE LA HABITACIÓN. EL ASEGURADO TAMBIÉN PUEDE TENER QUE PAGAR UNA PARTE DE OTROS GASTOS MÉDICOS CUANDO ESTOS AUMENTEN COMO RESULTADO DE LA MEJORA DE LA HABITACIÓN.

SOLO SE PAGARÁN LOS COSTOS DE HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL CUANDO LA DURACIÓN DE LA ESTADÍA SEA MÉDICAMENTE NECESARIA Y SE CONSIDERE CLÍNICAMENTE APROPIADA PARA LA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA OBJETO DE COBERTURA.

b. GASTOS HOSPITALARIOS

SUJETO A LA DISPONIBILIDAD EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED CONTRATADA. AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES GASTOS HOSPITALARIOS INCURRIDOS PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA CUBIERTA ENTRE EL INGRESO Y EL ALTA:

- I. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.
- II. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.
- III. SALA DE OPERACIONES.
- IV. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, MEDICAMENTOS Y APÓSITOS.
- V. IMPLANTES QUIRÚRGICOS EN EL CUERPO USADOS DURANTE LA CIRUGÍA, EXCLUYENDO PRÓTESIS EXTERNAS O ELEMENTOS SIMILARES.
- VI. GASTOS DE CIRUJANO Y ANESTESIOLOGO.

- VII. GASTOS POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, GASTOS POR UNIDAD DE ALTA DE DEPENDENCIA O CUIDADOS INTERMEDIOS.
- VIII. VISITAS DIARIAS POR EL MÉDICO TRATANTE.
- IX. CONSULTAS Y TERAPIA FÍSICA DURANTE LA INTERNACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA, SIEMPRE QUE DICHA TERAPIA ESTÉ DIRECTAMENTE RELACIONADA CON LA MISMA Y REQUIERA SER SUMINISTRADA EN UN ENTORNO HOSPITALARIO.
- X. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, RESONANCIA MAGNÉTICA, RADIOGRAFÍAS Y OTRAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES COMPROBADAS.
- XI. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS CON RECETA MÉDICA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA CUBIERTA Y UN PROCEDIMIENTO MÉDICO CUBIERTO.
- XII. LOS HONORARIOS DE MÉDICOS, CIRUJANOS, ANESTESIOLOGOS, SEGUNDOS CIRUJANOS, CIRUJANOS ASISTENTES, ESPECIALISTAS Y CUALQUIER OTRO HONORARIO MÉDICO, SOLO ESTÁN CUBIERTOS CUANDO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS DURANTE UNA CIRUGÍA O TRATAMIENTO OBJETO DE COBERTURA.

c. REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

SUJETO A LA DISPONIBILIDAD EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED CONTRATADA, AXA COLPATRIA CUBRIRÁ LOS GASTOS HOSPITALARIOS INCURRIDOS PARA LA REHABILITACIÓN HOSPITALARIA MÉDICAMENTE NECESARIA, PARA PACIENTES INTERNADOS HASTA 30 DÍAS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA CUBIERTA. EL INGRESO A UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DEBE REALIZARSE CUANDO SE PRODUCE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO HOSPITALARIO POR UNA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA CUBIERTA.

PARA ESTE AMPARO, AXA COLPATRIA OTORGARÁ LA COBERTURA, SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a. SEA PARTE DEL TRATAMIENTO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.
- b. SE LLEVE A CABO EN UN HOSPITAL O UNIDAD QUE SE ESPECIALICE EN REHABILITACIÓN.
- c. QUE UN MÉDICO QUE SE ESPECIALICE EN REHABILITACIÓN SUPERVISE EL TRATAMIENTO DEL ASEGURADO.
- d. QUE SE HAYAN ACORDADO LOS COSTOS ANTES DE QUE EL ASEGURADO COMIENCE LA REHABILITACIÓN.
- e. EL TRATAMIENTO NO SE PUEDA LLEVAR A CABO DE FORMA AMBULATORIA.

VII. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

EL TOMADOR DEL SEGURO DESCRITO EN EL ANEXO DEL PRESENTE DOCUMENTO HA PRESENTADO SU SOLICITUD ANTE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA (EN ADELANTE, LA “COMPAÑÍA” O EL “ASEGURADOR”) PARA EL PLAN DE SEGUROS, QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULA EN FAVOR Y BENEFICIO DE LOS ASEGURADOS, CONFORME A LO ESPECIFICADO EN LA PÓLIZA. EL TOMADOR DEL SEGURO HA PAGADO, O SE HA COMPROMETIDO A PAGAR, LA PRIMA CONFORME A LO MENCIONADO EN LA REFERIDA PÓLIZA.

ESTA PÓLIZA ESTABLECE QUE SUJETO A LOS TÉRMINOS, LÍMITES, DISPOSICIONES, EXCLUSIONES Y CONDICIONES AQUÍ CONTENIDOS, ADICIONADOS O DE OTRA MANERA EXPRESADOS EN ESTA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA ASUME QUE DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTOS TÉRMINOS Y BENEFICIOS, SI EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES CRÍTICAS CUBIERTAS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LOS BENEFICIOS DETALLADOS EN ESTA PÓLIZA RELACIONADOS CON LOS GASTOS ELEGIBLES QUE SE INCURRAN COMO RESULTADO DEL TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO MÉDICO, DONDE EL PLAN OFREZCA COBERTURA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE ESTA PÓLIZA, EL PERÍODO DE CARENCIA Y MIENTRAS ESTÉ VIGENTE.



TODOS LOS BENEFICIOS ESTÁN SUJETOS A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ESTABLECIDOS EN ESTA PÓLIZA, INCLUYENDO PERÍODOS DE CARENCIA APLICABLES, DEDUCIBLES, COPAGOS, ACUERDOS DE COSTOS COMPARTIDOS (SI LOS HUBIERA) Y BENEFICIOS MÁXIMOS Y LÍMITES DETALLADOS EN LA TABLA DE BENEFICIOS EN EL ANEXO DE LA PÓLIZA Y EL CERTIFICADO DE COBERTURA QUE SON PARTE INTEGRAL DE LA MISMA.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y LA COMPAÑÍA ACUERDAN QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y TODAS LAS DECLARACIONES HECHAS POR O PARA EL ASEGURADO, SEGÚN LO REQUERIDO BAJO ESTA PÓLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO, SERÁN VERDADERAS, PRECISAS Y TOTALMENTE DENTRO DEL MEJOR CONOCIMIENTO Y ENTENDIMIENTO DEL ASEGURADO Y SU MÁS ALTO NIVEL DE BUENA FE.

NINGUNA MODIFICACIÓN A ESTA PÓLIZA SERÁ VÁLIDA A MENOS QUE SEA APROBADA POR ESCRITO POR EL FUNCIONARIO AUTORIZADO DE LA COMPAÑÍA Y SE REFLEJE EN UN CERTIFICADO. NINGÚN INTERMEDIARIO TIENE LA AUTORIDAD PARA MODIFICAR O RENUNCIAR A NINGUNO DE LOS TÉRMINOS O CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA.

LA COBERTURA COMIENZA A LAS 00:00 HORAS, HORA OFICIAL DE COLOMBIA, EN LA FECHA DE VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y TERMINA A LAS 23:59 HORAS, HORA OFICIAL DE COLOMBIA, EN LA FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA RESPECTIVA.

1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

LAS PROTECCIONES DE ESTA PÓLIZA SE BRINDARÁN AL ASEGURADO EN EL ÁREA DE COBERTURA ESTABLECIDA EN EL CARATULA DE LA PÓLIZA, DONDE EL PROVEEDOR DE AXA COLPATRIA TENGA CONTRATADA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS, DE ACUERDO CON LA OFERTA DE ESTABLECIDA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y PROPORCIONADA POR AXA COLPATRIA PARA TAL EFECTO. EN CASO DE REQUERIRSE SERVICIOS DE EMERGENCIA EN LUGARES DONDE NO EXISTA RED DE

PRESTADORES, SE AUTORIZARÁ EL REEMBOLSO DE ACUERDO CON LA COBERTURA DEL SERVICIO.

2. REQUERIMIENTOS DE ASEGURABILIDAD

A. DECLARACIÓN DE SALUD.

COMPLETAR VERAZMENTE EL CUESTIONARIO DE SALUD, EL CUAL SERÁ VERIFICADO PARA DETERMINAR EL RIESGO A ASEGURAR Y/O EL OTORGAMIENTO DE LOS BENEFICIOS QUE SE ESPECIFICAN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA. AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE REQUERIR EXÁMENES O EVALUACIONES ADICIONALES PARA EVALUAR EL RIESGO.

B. AFILIACIÓN Y PAGO DE CUOTAS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO A TRAVÉS DE UNA EPS

PARA LA CONTRATACIÓN Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE DEBERÁ ACREDITAR LA AFILIACIÓN Y EL PAGO DE LAS CUOTAS AL PLAN DE BENEFICIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD- RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE DICHA OBLIGACIÓN LEGAL, EL ASEGURADO QUEDARÁ EXCLUIDO PREVIA NOTIFICACIÓN.

C. NOTIFICACIÓN DE CUALQUIER CAMBIO ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

SI ENTRE LA FECHA DE SOLICITUD DEL SEGURO Y EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SE PRODUCE CUALQUIER CAMBIO, INCLUIDO EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO, EL TOMADOR DEL SEGURO ESTÁ OBLIGADO A NOTIFICAR A AXA COLPATRIA DE DICHO CAMBIO, A FIN DE QUE QUEDE CLARO SI PUEDE ASEGURAR EL RIESGO O NO.

3. CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS

LA RESPONSABILIDAD DE AXA COLPATRIA BAJO ESTA PÓLIZA ESTARÁ SUJETA AL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL TOMADOR Y DE CADA ASEGURADO DE SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

4. PARTES EN EL CONTRATO

LAS ÚNICAS PARTES EN ESTE CONTRATO SON EL TOMADOR, EL ASEGURADO Y AXA COLPATRIA.



5. GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE

5.1 TOMADOR DEL SEGURO

EL TOMADOR DEL SEGURO ES UNA PERSONA MAYOR DE EDAD, DE 18 AÑOS O MÁS. EL TOMADOR DEL SEGURO ES RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA EN NOMBRE DEL ASEGURADO. EL TOMADOR DEL SEGURO PUEDE COBRAR EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES A AXA COLPATRIA EN NOMBRE DEL ASEGURADO.

AXA COLPATRIA SE PONDRÁ EN CONTACTO CON EL TOMADOR DEL SEGURO, EN PRIMERA INSTANCIA, CUANDO AXA COLPATRIA NECESITE PONERSE EN CONTACTO CON LA COMUNIDAD ASEGURABLE.

COMO PARTE DEL PROCESO DE SOLICITUD, EL ASEGURADO HA AUTORIZADO AL TOMADOR DEL SEGURO A REALIZAR TRANSACCIONES CON AXA COLPATRIA EN SU NOMBRE. ESTO SIGNIFICA QUE AXA COLPATRIA PUEDE COMPARTIR LA INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL DEL ASEGURADO CON EL TOMADOR DEL SEGURO A MENOS QUE EL ASEGURADO HAYA INFORMADO A AXA COLPATRIA DE LO CONTRARIO, POR ESCRITO.

5.2. ASEGURADO Y ELEGIBILIDAD DE LA COBERTURA:

A. ASEGURADO:

PARA SER ELEGIBLE PARA LA COBERTURA, EL ASEGURADO DEBE ESTAR LEGALMENTE RELACIONADO, COMO MIEMBRO DE LA FAMILIA, CON EL TOMADOR, ES DECIR, DEBE TENER UNA DE LAS SIGUIENTES RELACIONES CON EL TOMADOR:

1. CÓNYUGE, HIJO, NIETO, HERMANO, HERMANA, PADRE, ABUELO, SUEGRO, CUÑADA, CUÑADO, SOBRINO, SOBRINA, PRIMO, TÍO, TÍA, TÍO ABUELO Y TÍA ABUELA. ESTA DEFINICIÓN INCLUYE A LOS HIJOS LEGALMENTE ADOPTADOS. LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PUEDEN INCLUIR OTRAS FORMAS DE RELACIONES FAMILIARES SUJETAS A LA APROBACIÓN POR ESCRITO DE AXA COLPATRIA. AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LA EVIDENCIA LEGAL DE LA RELACIÓN CUANDO SEA NECESARIO.

2. CUALQUIER OTRA RELACIÓN CON EL TOMADOR NO ES ELEGIBLE PARA ACEPTACIÓN.

B. PAÍS DE RESIDENCIA PRINCIPAL:

ESTA PÓLIZA NO PUEDE EMITIRSE A PERSONAS QUE RESIDAN EN CUALQUIER PAÍS QUE NO SEA COLOMBIA. LOS ASEGURADOS DEBEN SER RESIDENTES COLOMBIANOS, LO QUE SIGNIFICA QUE DEBEN RESIDIR EN COLOMBIA DURANTE 185 DÍAS O MÁS EN EL AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EL TOMADOR DE LA PÓLIZA DEBE INFORMAR POR ESCRITO A AXA COLPATRIA SI ÉL O ALGUNO DE LOS ASEGURADOS CAMBIA DE PAÍS DE RESIDENCIA. LA NOTIFICACIÓN DEBE REALIZARSE DENTRO DE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL CAMBIO

C. LÍMITES DE EDAD:

(I) EL LÍMITE DE EDAD MÁXIMO PARA LA INCLUSIÓN DE ADULTOS EN EL GRUPO ASEGURABLE SERÁ DE 59 AÑOS, RENOVABLES HASTA LOS 70 AÑOS.

(II) PARA LOS NIÑOS, LA EDAD MÍNIMA ES DE TREINTA (30) DÍAS.

PARA LA INCLUSIÓN DE CUALQUIER NIÑO, ÉSTE DEBE ESTAR ASEGURADO CON AL MENOS UN PADRE O TUTOR LEGAL BAJO LA MISMA PÓLIZA Y PLAN, AL INICIO DE LA PÓLIZA O DURANTE UN AÑO DE LA PÓLIZA.

D. NUEVA INCLUSIÓN

PODRÁN INCORPORARSE A LA PÓLIZA AQUELLAS PERSONAS QUE HAYAN SOLICITADO SU INGRESO A ÉSTA, DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DE SUS RENOVACIONES. ESTA RESTRICCIÓN NO APLICA PARA LOS RECIÉN NACIDOS Y LOS RECIÉN CASADOS, QUIENES PUEDEN INGRESAR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PREVIA NOTIFICACIÓN A AXA COLPATRIA DADA DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO O AL MATRIMONIO. AXA COLPATRIA PODRÁ EXIGIR QUE SE APORTEN DOCUMENTOS QUE ACREDITEN EL NACIMIENTO O EL MATRIMONIO, JUNTO CON LA SOLICITUD.

LA PERSONA PASA A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO Y SE INCORPORA AL SEGURO MEDIANTE UNA SOLICITUD INDIVIDUAL, SIEMPRE QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR AXA COLPATRIA.

5.3 CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES POR EL FALLECIMIENTO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA, QUIEN DEBE SER TAMBIÉN ASEGURADO BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA PERMITIRÁ LA CONTINUACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL RESTO DE BENEFICIARIOS EN LA MISMA PÓLIZA HASTA EL VENCIMIENTO DE ESTA, MIENTRAS SE CUMPLA CON EL PAGO DE LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES Y LAS CONDICIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS ESPECIFICADAS EN LA SECCIÓN V DEL PRESENTE CLAUSULADO.

EN EL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN, LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS PODRÁN SUSCRIBIR UNA NUEVA PÓLIZA CON UN NUEVO TOMADOR SIN UNA NUEVA EVALUACIÓN DE RIESGO SI SIGUEN SIENDO ELEGIBLES. ESTARÁN SUJETOS A LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA ANTERIOR, SIEMPRE QUE PRESENTEN UNA SOLICITUD DE SEGURO Y PAGUEN LA PRIMA COMPLETA ANTES DEL PERÍODO DE GRACIA PARA EL ANIVERSARIO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

6. OBLIGACIÓN DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADO:

A. SEGUIR LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS DE SU MÉDICO O INSTITUCIÓN TRATANTE, NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN O RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD.

B. TRATAR CON RESPETO AL PERSONAL MÉDICO, PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS Y FUNCIONARIOS DE AXA COLPATRIA.

C. ESTAR AFILIADO Y ACTIVO AL PLAN DE BENEFICIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN.

D. EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DEBEN NOTIFICAR A AXA COLPATRIA CUALQUIER CAMBIO QUE SEA IMPORTANTE YA QUE AFECTA SU PÓLIZA:

- DIRECCIÓN DE RESIDENCIA O DOMICILIO
- DATOS DE CONTACTO
- PAÍS DE RESIDENCIA
- CAMBIOS EN LOS DATOS QUE NOS PROPORCIONE AL AFILIARSE.
- CAMBIOS DE EPS O CESE DE PERTENECER A UN RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN.
- FALLECIMIENTO.

TODAS LAS COMUNICACIONES SE ENVIARÁN AL ÚLTIMO CORREO ELECTRÓNICO CONOCIDO PROPORCIONADO POR EL TOMADOR.

7. INEXACTITUD, RETICENCIA U OMISIÓN

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO INDIVIDUALMENTE ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR VERAZMENTE TODOS LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO, ES DECIR, SU VERDADERO ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO. LA OMISIÓN O INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES REALIZADAS A AXA COLPATRIA DARÁ LUGAR A LAS SANCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO DEBERÁN INDICAR SI PADECEN O HAN PADECIDO ENFERMEDADES, SECUELAS, COMPLICACIONES O RECURRENCIAS QUE REQUIERAN O HAYAN REQUERIDO O NO, ESTUDIOS, ANÁLISIS CLÍNICOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO O QUIRÚRGICO O CUALQUIER INFORMACIÓN SOLICITADA POR AXA COLPATRIA.

LA PRESENTACIÓN A AXA COLPATRIA DE ESTOS HECHOS DETERMINARÁ LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE O LA NEGACIÓN DEL RIESGO.

8. FRAUDE

SI UNA RECLAMACIÓN ES FALSA O FRAUDULENTO EN CUALQUIER ASPECTO, AXA COLPATRIA TIENE DERECHO A HACER CUALQUIERA O TODAS LAS SIGUIENTES ACCIONES, A SU DISCRECIÓN:

- a. NEGARSE A PAGAR CUALQUIER BENEFICIO EN RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN.
- b. REVOCAR LA PÓLIZA INMEDIATAMENTE Y RETENER TODAS LAS PRIMAS PAGADAS;
- c. NEGARSE A RENOVAR LA PÓLIZA;
- d. RECUPERAR LAS RECLAMACIONES PAGADAS SI EL FRAUDE SE DETECTA POSTERIORMENTE.
- e. NOTIFICAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA QUE INVESTIGUEN;
- f. EMPRENDER ACCIONES LEGALES CONTRA LAS PARTES IMPLICADAS EN EL FRAUDE.

9. PRIMA

LA PRIMA SE CALCULARÁ SEGÚN LAS TARIFAS DESCRITAS EN LA TABLA DE PRIMAS. SE DETERMINARÁ EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS AL INICIO DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO DURANTE CADA PERÍODO POSTERIOR SI ÉSTA SE RENUEVA.

LA PRIMA PODRÁ AJUSTARSE AL RENOVAR LA PÓLIZA. LA ASEGURADORA NOTIFICARÁ EL AJUSTE DE LA PRIMA POR ESCRITO AL ASEGURADO 30 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE RENOVACIÓN, MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO A LA DIRECCIÓN REGISTRADA POR EL ASEGURADO DURANTE EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS.

10. PAGO DE LA PRIMA

EL PAGO DE LA PRIMA ES OBLIGACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEBERÁ EFECTUARSE EN LA FECHA DE VENCIMIENTO CONVENIDA EN LA PÓLIZA. LA PRIMA NO DEVENGADA, EN CASO DE DESISTIMIENTO DEL ASEGURADO, SE LIQUIDARÁ CONFORME AL ARTÍCULO 1070 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA EN EL PLAZO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA O EN LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON BASE EN ELLA, DARÁ LUGAR A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

NO SE PAGARÁ NINGUNA PRESTACIÓN NI SE ACEPTARÁ NINGÚN RECLAMO SI LA PRIMA, EN SU FECHA DE VENCIMIENTO, NO SE PAGA O SI ALGUNA PARTE DE LA PRIMA ESTÁ PENDIENTE DE PAGO.

11. DERECHO DE MODIFICACIÓN

AXA COLPATRIA NO REALIZARÁ MODIFICACIÓN ALGUNA A LA PÓLIZA NI A LA PRIMA QUE SE PAGA POR ÉSTA DURANTE CADA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. EN CASO DE TENER QUE HACER CAMBIOS EN LAS PRIMAS Y EN LOS BENEFICIOS QUE OTORGA AL ASEGURADO, LO NOTIFICARÁ POR ESCRITO AL TOMADOR/ASEGURADO, CON AL MENOS TREINTA (30) DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

12. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. EL TOMADOR PUEDE SOLICITAR A AXA COLPATRIA LA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA. AXA COLPATRIA DETERMINARÁ LAS CONDICIONES DE LA REHABILITACIÓN. NO SE PAGARÁ NINGUNA RECLAMACIÓN ENTRE LA FECHA DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y LA FECHA EN QUE SE APRUEBE LA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.

13. CAMBIO DE PLAN

EL ASEGURADO PUEDE SOLICITAR UN CAMBIO DE TIPO DE PLAN DE LA PÓLIZA ENVIÁNDONOS UNA SOLICITUD POR ESCRITO EN NUESTRO FORMULARIO. DICHA SOLICITUD DEBE REALIZARSE AL MENOS TREINTA (30) DÍAS ANTES DE CUALQUIER ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE:

- a. EL TIPO DE PLAN SOLICITADO AÚN ESTÉ DISPONIBLE AL MOMENTO DE LA SOLICITUD;
- b. LOS ASEGURADOS ESTÉN DENTRO DEL LÍMITE DE EDAD PARA ESE TIPO DE PLAN;
- c. PARA UN CAMBIO A UN TIPO DE PLAN CON MAYORES BENEFICIOS, EL TOMADOR Y LOS ASEGURADOS NOS PROPORCIONEN EVIDENCIA SATISFACTORIA DE SU ASEGURABILIDAD QUE DEBE SER ACEPTABLE PARA NOSOTROS; Y
- d. PAGUEN LAS PRIMAS ADICIONALES APLICABLES PARA EL NUEVO TIPO DE PLAN.

EL NUEVO TIPO DE PLAN ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL SIGUIENTE ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA.

CUALQUIER CONDICIÓN CONOCIDA O QUE RAZONABLEMENTE DEBA CONOCERSE AL MOMENTO DE UNA MEJORA DEBE SER INFORMADA A NOSOTROS ANTES DE QUE LA MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA ENTRE EN VIGENCIA. EN EL CASO DE QUE ACEPTEMOS UNA SOLICITUD DE MEJORA, PODEMOS RESTRINGIR LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE LA MEJORA AL NIVEL DE BENEFICIOS DISFRUTADOS BAJO LA PÓLIZA ORIGINAL.

14. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

EL CONTRATO DE SEGURO SE DARÁ POR TERMINADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

A. VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN HABERSE RENOVADO.

B. POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

C. POR DECISIÓN UNILATERAL DEL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO AL ASEGURADOR. EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA PRIMA NO DEVENGADA PARA LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁN SEGÚN LOS ESTABLECIDO EN EL ART. 1070 CÓDIGO DE COMERCIO.

D. POR INCUMPLIMIENTO DEL TOMADOR O ASEGURADO DE ESTAR AFILIADO AL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE ÉL Y/O DE LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR, DE ACUERDO CON LO QUE DISPONEN LAS NORMAS APLICABLES PARA LA MATERIA.

15. PERTINENCIA MÉDICA

AXA COLPATRIA PODRÁ REALIZAR LA REVISIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS SOLICITADOS BAJO EL MODELO DE AUDITORÍA MÉDICA, EL CUAL ES EL MÉTODO SELECTIVO DE CONTROL Y VIGILANCIA SOBRE ASPECTOS TALES COMO LA GESTIÓN MÉDICA Y LA PERTINENCIA DE LOS

INSUMOS UTILIZADOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. LA AUDITORÍA MÉDICA PODRÁ UTILIZAR PARA EL EFECTO TODOS LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ASISTENCIA, LA HISTORIA CLÍNICA, LA HOJA QUIRÚRGICA Y DEMÁS INFORMACIÓN MÉDICA PERTINENTE.

16. SUBROGACIÓN

DADO QUE LA COBERTURA DE GASTOS SE REFIERE A DAÑOS PATRIMONIALES COMO GASTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS, ASÍ COMO EL PAGO DE MEDICAMENTOS, LA ASEGURADORA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1140 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE SUBROGARÁ EN CUALQUIER DERECHO QUE EL ASEGURADO PUEDA TENER CONTRA LOS RESPONSABLES DE LA CONDICIÓN MÉDICA.

17. RENOVACIÓN

LA PÓLIZA SERÁ RENOVADA AUTOMÁTICAMENTE POR UNA VIGENCIA IGUAL A LA INICIALMENTE PACTADA, SALVO QUE EL TOMADOR MANIFIESTE POR ESCRITO CON UNA ANTELACIÓN NO INFERIOR A 10 DÍAS A LA FECHA DE SU VENCIMIENTO SU INTENCIÓN DE NO RENOVAR. AXA COLPATRIA ENVIARÁ AL TOMADOR LA NUEVA PRIMA QUE REGIRÁ PARA LA SIGUIENTE ANUALIDAD, CON UNA ANTELACIÓN NO INFERIOR A TREINTA (30) DÍAS A LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA ANUALIDAD EN CURSO. AXA COLPATRIA GARANTIZA EL DERECHO A LA RENOVACIÓN DEL CONTRATO, SALVO QUE MEDIE INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL MISMO.

18. NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO PODRÁN HACERSE POR CUALQUIER MEDIO. SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, LA CONSTANCIA DE ENVÍO DEL AVISO ESCRITO POR CORREO CERTIFICADO O ELECTRÓNICO EN LOS CANALES DISPONIBLES QUE SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB DE AXA COLPATRIA.

19. MONEDA

EL REEMBOLSO DE LA RECLAMACIÓN SE REALIZARÁ EN PESOS COLOMBIANOS. EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO HAYA EFECTUADO EL PAGO DE UN SERVICIO EN UNA MONEDA DISTINTA, AXA COLPATRIA HARÁ LA CONVERSIÓN A PESOS COLOMBIANOS A LA TASA DE CAMBIO VIGENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO REALIZÓ EL PAGO.

20. LEY

LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE REGISTRÁN E INTERPRETARÁN DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA.

21. SANCIONES ECONÓMICAS INTERNACIONALES

AXA COLPATRIA NO HARÁ NEGOCIOS CON NINGUNA PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE FIGURE EN UNA LISTA DE SANCIONES ECONÓMICAS O ESTÉ SUJETA A RESTRICCIONES SIMILARES POR CUALQUIER OTRA LEY O NORMATIVA. SI EL REPORTE EN LAS LISTAS DE SANCIONES ECONÓMICAS SOBREVIENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, DE MANERA INMEDIATA AL CONOCIMIENTO POR PARTE DE AXA COLPATRIA, ÉSTA DARÁ POR TERMINADO UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGURO, LO CUAL SERÁ INFORMADO AL TOMADOR.

COMO CONSECUENCIA DE LO ANTERIOR, AXA COLPATRIA NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGUNA RECLAMACIÓN NI DE PROPORCIONAR NINGÚN BENEFICIO EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, EN LA MEDIDA EN QUE EL HACERLO EXPONDRÁ A AXA COLPATRIA A LA IMPOSICIÓN DE SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN EN VIRTUD DE LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O LAS SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O REGLAMENTOS DE LA UNIÓN EUROPEA, REINO UNIDO, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER JURISDICCIÓN QUE SEA APLICABLE.

22. EXENCIONES

LA RENUNCIA POR PARTE DE AXA COLPATRIA DE CUALQUIER TÉRMINO O CONDICIÓN DE ESTA PÓLIZA NO

NOS IMPEDIRÁ CONFIAR EN DICHO TÉRMINO O CONDICIÓN EN EL FUTURO.

23. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

AXA COLPATRIA NO ES RESPONSABLE DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA DE NINGUNA INSTITUCIÓN O INDIVIDUO. ESTA PÓLIZA NO OTORGA AL ASEGURADO NI AL TOMADOR DEL SEGURO NINGÚN DERECHO NI CAUSA DE ACCIÓN CONTRA AXA COLPATRIA POR UN ACTO DE OMISIÓN O LA ACCIÓN DE UN HOSPITAL, MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN O SERVICIO EN EL TRATAMIENTO O EXAMEN DE UN ASEGURADO BAJO LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA.

24. VIGENCIA

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE UNA VIGENCIA ANUAL DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA COBERTURA DE LA PÓLIZA, CON RENOVACIÓN POR CADA PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CONVENIDA.

25. DOMICILIO

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO LEGALMENTE, EL DOMICILIO DE AXA COLPATRIA SERÁ LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.

26. PRIVACIDAD DE DATOS

TODOS LOS DATOS PERSONALES QUE RECIBIMOS PARA PODER PRESTAR LOS SERVICIOS SERÁN TRATADOS DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS QUE EL TOMADOR HA FIRMADO, CONFORME A LA LEY 1581 DE 2012. EN DICHA AUTORIZACIÓN SE HA INFORMADO SOBRE LAS FINALIDADES, EL TRATAMIENTO QUE DAREMOS A LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO LOS DERECHOS QUE TIENE CONFORME A LA LEGISLACIÓN ACTUAL COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN

27. PÓLIZA ÚNICA

EL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y LOS ASEGURADOS NO ESTARÁN CUBIERTOS POR MÁS DE UNA PÓLIZA DE

“ENFERMEDADES MÉDICAS CRÍTICAS EN EL EXTRANJERO” EMITIDA POR AXA COLPATRIA. SI ESTÁ CUBIERTO POR MÁS DE UNA PÓLIZA DE ESTE TIPO, CONSIDERAREMOS QUE ESTÁ ASEGURADO BAJO LA PÓLIZA QUE SE EMITIÓ PRIMERO.

28. FUERZA MAYOR

AXA COLPATRIA NO SERÁ RESPONSABLE POR CUALQUIER FALLA O DEMORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES BAJO LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA, CAUSADA POR, O RESULTANTE DE, FUERZA MAYOR, QUE INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A EVENTOS QUE SON IMPREDECIBLES, IMPREVISIBLES O INEVITABLES, TALES COMO CLIMA EXTREMADAMENTE SEVERO, INUNDACIONES, DESLIZAMIENTOS DE TIERRA, TERREMOTOS, TORMENTAS, RAYOS, INCENDIOS, HUNDIMIENTOS, PANDEMIAS, EPIDEMIAS, ACTOS DE TERRORISMO, ESTALLIDOS DE HOSTILIDADES MILITARES (DECLARADAS O NO), MOTINES, EXPLOSIONES, HUELGAS Y OTROS DISTURBIOS LABORALES, DISTURBIOS CIVILES, SABOTAJE, EXPROPIACIÓN POR AUTORIDADES GUBERNAMENTALES Y CUALQUIER OTRO ACTO O EVENTO QUE ESTÉ FUERA DEL CONTROL RAZONABLE DE LA ASEGURADORA.

VIII. PROCEDIMIENTO PARA RECLAMACIONES

LAS RECLAMACIONES CORRESPONDIENTES A CADA AÑO DE PÓLIZA SERÁN CUBIERTAS APLICANDO LOS LÍMITES DE LAS COBERTURAS AMPARADAS, ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

EL ASEGURADO DEBERÁ NOTIFICAR A AXA COLPATRIA SI EXISTE UN DIAGNÓSTICO Y/O PLAN DE TRATAMIENTO PARA UNA DE LAS CONDICIONES CUBIERTAS POR LA PÓLIZA SIGUIENDO EL PROCESO BAJO LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:

1. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

ESTE ES UN REQUISITO PREVIO PARA ACCEDER A LA COBERTURA.

ES RESPONSABILIDAD DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADO ASEGURARSE DE QUE SE HAYA SOLICITADO LA AUTORIZACIÓN PREVIA A AXA COLPATRIA ANTES DE SOMETERSE A UN TRATAMIENTO PLANIFICADO Y GENERAR CARGOS.

SI NO SE OBTIENE LA PRE-AUTORIZACIÓN Y SE RECIBE EL TRATAMIENTO, ESTOS CARGOS NO ESTARÁN CUBIERTOS SEGÚN LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO.

CON O SIN LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA, DEBE QUEDAR CLARO QUE LA COBERTURA DEL SEGURO PARA CUALQUIER RECLAMO ESTARÁ SUJETA A LAS EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y OTRAS CONDICIONES GENERALES E INDIVIDUALES DE ESTA PÓLIZA.

2. TRATAMIENTO DE URGENCIA

EN CASO DE QUE LOS SERVICIOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA SE RELACIONEN CON UN ACCIDENTE GRAVE, O ATENCIÓN QUE REQUIERA TRATAMIENTO HOSPITALARIO URGENTE E INMEDIATO, Y QUE ESTÉ RELACIONADO DIRECTAMENTE CON LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA, EL PRESTADOR DE ATENCIÓN, EL ASEGURADO O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEBE COMUNICARSE CON AXA COLPATRIA Y SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN A TRAVÉS DE LOS CANALES DISPUESTOS PARA TAL FIN, DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL INGRESO AL HOSPITAL. CUANDO EL ASEGURADO SEA INGRESADO POR EL SERVICIO DE URGENCIA, O EMERGENCIAS DEL HOSPITAL, ASEGÚRESE DE PRESENTAR LA TARJETA DE AFILIADO QUE HA SIDO ENTREGADA EN EL MOMENTO DE LA ACTIVACIÓN DE LOS SERVICIOS AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PARA QUE PUEDAN PONERSE EN CONTACTO CON AXA COLPATRIA.

3. RECLAMACIONES POR REEMBOLSO

AXA COLPATRIA NO REEMBOLSARÁ LOS SERVICIOS ASUMIDOS DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO, SI NO HAY UNA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA QUE SEAN PRESTADOS BAJO ESTA MODALIDAD.

EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR UN MÉDICO, HOSPITAL, CLÍNICA O FARMACIA, O CUALQUIER CENTRO DONDE LE HAYAN PRESTADO UN SERVICIO MÉDICO AMBULATORIO AUTORIZADO Y/O LAS FÓRMULAS MÉDICAS QUE INDIQUEN LOS MEDICAMENTOS QUE ADQUIRIÓ. PARA EL REEMBOLSO DEBERÁ ACOMPAÑAR LAS FACTURAS ORIGINALES EN LAS QUE SE DETALLE EL TIPO DE SERVICIO, EL COMPROBANTE DE PAGO, EL VALOR DE CADA SERVICIO PRESTADO, UNA COPIA DE LA FÓRMULA MÉDICA Y UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR ESCRITO. AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR MÁS INFORMACIÓN PARA EVALUAR LA RECLAMACIÓN

4. TRATAMIENTO EN CENTROS MÉDICOS O EN HOSPITALES DENTRO DE LA RED

SI LOS SERVICIOS REQUERIDOS POR EL ASEGURADO ESTÁN DISPONIBLES CON UNA ENTIDAD O MÉDICO DE LA RED DEL PROVEEDOR CONTRATADO POR AXA COLPATRIA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ ESTOS SERVICIOS, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN SIDO AUTORIZADOS PREVIAMENTE.

PARA LA PRE-AUTORIZACIÓN, EL ASEGURADO DEBE REMITIR LA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS CANALES PROVISTOS PARA ESTE PROPÓSITO.

BUSCADOR DE REDES:

[HTTPS://WWW.AXAGLOBALHEALTHCARE.COM/FIND-ACS](https://www.axaglobalhealthcare.com/find-acs)

LOS HOSPITALES DE NUESTRA RED SON REVISADOS CONTINUAMENTE, POR LO QUE SIEMPRE DEBES CONSULTAR CON NOSOTROS ANTES DE CONCERTAR CUALQUIER TRATAMIENTO.

5. PAGO DE RECLAMOS POR OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

SI EL ASEGURADO HA INCURRIDO EN GASTOS INCLUIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, COMO GASTOS DE VIAJE, ALOJAMIENTO PARA EL ASEGURADO Y UN ACOMPAÑANTE Y MEDICAMENTOS RELACIONADOS

CON LAS COBERTURAS AMPARADAS EN LA PÓLIZA, EL ASEGURADO PAGARÁ ESTOS GASTOS Y LUEGO SOLICITARÁ EL REEMBOLSO A AXA COLPATRIA, POR LOS CANALES DISPONIBLES PARA TAL FIN, ADJUNTANDO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, TAL COMO LA FACTURA DETALLADA EN ORIGINAL, RECIBOS COMO PRUEBA DE PAGO Y CUALQUIER DOCUMENTO DE RESPALDO, ENTRE OTROS.

AXA COLPATRIA PAGARÁ EL COSTO DE ESTOS SERVICIOS HASTA LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL NUMERAL III OTRAS COBERTURAS.

6. CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA RECLAMACIONES

EL PAGO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN NO EXIME AL ASEGURADO DE SUS OBLIGACIONES EN RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA.

AXA COLPATRIA AUTORIZARÁ LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS SEGÚN LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA Y PLAN CUANDO EL TRATAMIENTO SE REALICE EN UN PERÍODO POR EL CUAL SE HAYA PAGADO LA PRIMA. NO AUTORIZAREMOS NINGÚN COSTO POR TRATAMIENTO O SERVICIOS DESPUÉS QUE FINALICE EL PERÍODO DE COBERTURA DEL ASEGURADO SEGÚN EL PLAN A MENOS QUE SE HAYA RENOVADO LA PÓLIZA Y SE HAYA EFECTUADO EL PAGO DE LA PRIMA POR LA NUEVA VIGENCIA.

7. PAGO DE DEDUCIBLES Y COPAGOS

EL DEDUCIBLE SE APLICA A CADA ASEGURADO POR CADA AÑO DE PÓLIZA. ESTO SIGNIFICA QUE, SI EL ASEGURADO INCURRE EN COSTOS DURANTE ESTE AÑO DE PÓLIZA, DESCONTAREMOS EL DEDUCIBLE DE LO QUE PAGAMOS POR EL RECLAMO ANTES DE APLICAR CUALQUIER COPAGO.

DADO QUE EL PAGO DEL DEDUCIBLE SE REALIZA ANUALMENTE, SI EL PROCESO DE RECLAMACIÓN COMIENZA ANTES DEL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA Y FINALIZA DESPUÉS DE SU RENOVACIÓN, AXA COLPATRIA

DEDUCIRÁ EL DEDUCIBLE DEL PERÍODO VENCIDO DEL IMPORTE PAGADO POR LA RECLAMACIÓN ANTES DE LA RENOVACIÓN. POSTERIORMENTE, DEDUCIRÁ EL DEDUCIBLE DEL PLAZO SIGUIENTE DEL IMPORTE A PAGAR POR LA RECLAMACIÓN DURANTE EL NUEVO AÑO DE LA PÓLIZA.

IX. DEFINICIONES

1. ACCIDENTE/ACCIDENTAL

SE REFIERE A UN EVENTO SÚBITO, VIOLENTO, IMPREVISTO, EXTERNO, INESPERADO Y VISIBLE ENTRE LA PERSONA ASEGURADA Y OTRO OBJETO DURANTE EL PERÍODO DE SEGURO QUE, INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA, SEA LA ÚNICA Y DIRECTA CAUSA DE UNA LESIÓN FÍSICA Y EXCLUYE CUALQUIER ENFERMEDAD O DOLENCIA.

2. ACCIDENTE CUBIERTO

SE REFIERE A UN ACCIDENTE SIN INTENCIÓN DEL ASEGURADO QUE CAUSE UN TRAUMA MAYOR.

3. ACTO TERRORISTA

SE REFIERE A CUALQUIER USO DE LA VIOLENCIA POR PARTE DE UN TERRORISTA INDIVIDUAL O UN GRUPO TERRORISTA PARA COACCIONAR O INTIMIDAR A LA POBLACIÓN CIVIL CON EL FIN DE LOGRAR UN OBJETIVO POLÍTICO, MILITAR, SOCIAL O RELIGIOSO. EL TERRORISMO TAMBIÉN INCLUIRÁ CUALQUIER ACTO QUE SEA VERIFICADO O RECONOCIDO POR EL GOBIERNO PERTINENTE COMO UN ACTO DE TERRORISMO.

4. AGUDO

SE REFIERE A UNA ENFERMEDAD O DOLENCIA, O LESIÓN, QUE ES PROBABLE QUE RESPONDA RÁPIDAMENTE AL TRATAMIENTO DESTINADO A RESTABLECER EL ESTADO DEL ASEGURADO, AL PUNTO EN EL QUE SE ENCONTRABA INMEDIATAMENTE ANTES DE SUFRIR LA ENFERMEDAD, DOLENCIA O LESIÓN.

5. AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

SE REFIERE A CADA PERÍODO ANUAL DE COBERTURA BAJO LA PÓLIZA, LA CUAL SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CADA AÑO ADICIONAL DE LA PÓLIZA SERÁ UN (1) PERÍODO DE UN AÑO CONTADO A PARTIR DE CADA FECHA DE RENOVACIÓN.

6. ÁREA DE COBERTURA (ALCANCE TERRITORIAL)

SE REFIERE A CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ALCANCES TERRITORIALES DE COBERTURA DONDE SE PUEDE RECIBIR EL TRATAMIENTO, SEGÚN SE ESTABLECE EN LA OPCIÓN DE PLAN QUE ELIJA Y SE MUESTRA EN EL ANEXO DE LA TABLA DE BENEFICIOS O EN LA PÓLIZA:

I. EN TODO EL MUNDO, EXCLUIDOS LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EE. UU.) Y LAS ISLAS MENORES DE ULTRAMAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

II. EN TODO EL MUNDO, EXCEPTO LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EE. UU.) Y LAS ISLAS MENORES ALEJADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

EE. UU. SE REFIERE A ALABAMA, ALASKA, ARIZONA, ARKANSAS, CALIFORNIA, COLORADO, CONNECTICUT, DELAWARE, FLORIDA, GEORGIA, HAWÁI, IDAHO, ILLINOIS, INDIANA, IOWA, KANSAS, KENTUCKY, LUISIANA, MAINE, MARYLAND, MASSACHUSETTS, MICHIGAN, MINNESOTA, MISISIPÍ, MISURI, MONTANA, NEBRASKA, NEVADA, NUEVA HAMPSHIRE, NUEVA JERSEY, NUEVO MÉXICO, NUEVA YORK, CAROLINA DEL NORTE, DAKOTA DEL NORTE, OHIO, OKLAHOMA, OREGÓN, PENNSILVANIA, RHODE ISLAND, CAROLINA DEL SUR, DAKOTA DEL SUR, TENNESSEE, TEXAS, UTAH, VERMONT, VIRGINIA, WASHINGTON, VIRGINIA OCCIDENTAL, WISCONSIN, WYOMING Y TODOS LOS TERRITORIOS DE EE. UU., INCLUIDOS PUERTO RICO, GUAM, ISLAS VÍRGENES DE EE. UU., SAMOA AMERICANA Y LAS ISLAS MARIANAS DEL NORTE.

7. ASEGURADO

SE REFIERE A LA(S) PERSONA(S) CUYOS NOMBRES APARECEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O CUYOS

NOMBRES SE AGREGAN MEDIANTE UNA INCLUSIÓN POSTERIOR A LA EXPEDICIÓN DE ESTA.

8. BENEFICIO

SE REFIERE AL ALCANCE DE LA COBERTURA Y LOS GASTOS CUBIERTOS, INCLUIDOS LOS LÍMITES DE BENEFICIOS APLICABLES SEGÚN ESTA PÓLIZA.

9. BENEFICIARIO

SE REFIERE A LA PERSONA DESIGNADA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO/TOMADOR PARA RECIBIR EL PAGO DEL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS QUE QUEDARON PENDIENTES DE PAGO TRAS SU FALLECIMIENTO Y CUALQUIER REEMBOLSO DE PRIMA.

10. CARÁTULA DE LA PÓLIZA

SE REFIERE AL DOCUMENTO EN EL QUE SE ESTIPULA QUIÉNES SON LOS ASEGURADOS, CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA, LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL MÉTODO DE PAGO DE LA PRIMA Y EL ÁREA DE COBERTURA, ENTRE OTROS. TAMBIÉN ESTABLECE LA TABLA DE BENEFICIOS APLICABLES A SU PLAN Y/O AL DE SUS ASEGURADOS, MUESTRA LOS BENEFICIOS MÁXIMOS QUE PAGAREMOS POR CADA ASEGURADO CON RESPECTO A ESOS TÉRMINOS Y BENEFICIOS, ENTRE OTROS ELEMENTOS.

11. CÁNCER

SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA PROPAGACIÓN DESCONTROLADA DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDOS. INCLUYE TODOS LOS CÁNCERES DE ÓRGANOS SÓLIDOS Y LA LEUCEMIA.

12. CONDICIÓN(ES) MÉDICA(S)

SE REFIERE A CUALQUIER ENFERMEDAD, DOLENCIA O LESIÓN CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA. TAMBIÉN PUEDE DENOMINARSE “CONDICIÓN DIAGNOSTICADA CONFIRMADA Y CERTIFICADA”; “CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA”; “EVENTO CUBIERTO POR UN MÉDICO O ESPECIALISTA” SEGÚN SE ESPECIFICA EN LOS

BENEFICIOS INCLUIDOS EN ESTA PÓLIZA, SUPLEMENTO Y/O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN.

13. CONDICIÓN MÉDICA ASOCIADA (RELACIONADA)

UNA CONDICIÓN MÉDICA ASOCIADA (RELACIONADA) ES CUALQUIER SÍNTOMA, ENFERMEDAD O DOLENCIA QUE TENGA UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- I. CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA CAUSADA POR O DIRECTAMENTE RELACIONADA CON UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE;
- II. UNA CONDICIÓN MÉDICA (CONDICIONES MÉDICAS) EN LA QUE SE SABE GENERALMENTE QUE LA CONDICIÓN SUBYACENTE (ENFERMEDAD, LESIÓN O DOLENCIA) ES LA MISMA QUE LA ENFERMEDAD SUBYACENTE QUE CAUSA LA CONDICIÓN PREEXISTENTE;
- III. UN FACTOR DE RIESGO (FACTORES DE RIESGO) QUE SE CONOCE GENERAL O DIRECTAMENTE COMO UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDE CAUSAR UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE O QUE SURGE DE UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE.

14. CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

SE REFIERE A UNA MALFORMACIÓN O ANOMALÍA, DEFECTO BIOQUÍMICO O ENFERMEDAD, GENÉTICA (INCLUYENDO UNA CONDICIÓN HEREDITARIA), QUE HAYA SIDO ADQUIRIDA DURANTE EL DESARROLLO DEL FETO O ESTÉ PRESENTE AL MOMENTO DEL PARTO, NACIMIENTO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE MANIFIESTE O NO, SE DIAGNOSTIQUE O SE CONOZCA AL MOMENTO DEL NACIMIENTO; O PUEDA MANIFESTARSE POSTERIORMENTE; O CUALQUIER ANOMALÍA NEONATAL DESARROLLADA DURANTE LOS PRIMEROS SEIS (6) MESES POSTERIORES AL NACIMIENTO.

15. CONDICIONES PREEXISTENTES

SE REFIERE A CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD QUE SE HAYA PRESENTADO O EXISTIDO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, LA FECHA DE RESTABLECIMIENTO O LA FECHA DE ACTUALIZACIÓN DEL PLAN, Y SE PRESENTE UNA DE ESTAS CIRCUNSTANCIAS:

- EN LA QUE USTED O SU ASEGURADO HAYA SIDO DIAGNOSTICADO; O,
- PARA LA CUAL USTED O EL ASEGURADO HAYA RECIBIDO MEDICACIÓN, ASESORAMIENTO, INVESTIGACIONES O TRATAMIENTO; O,
- PARA LA CUAL USTED O EL ASEGURADO Y RAZONABLEMENTE, SEGÚN EL CONCEPTO DE UN MÉDICO INDEPENDIENTE QUE HAYAMOS DESIGNADO, USTED O EL ASEGURADO DEBERÍAN HABER SABIDO; O,
- PARA LA CUAL USTED O EL ASEGURADO HAYA EXPERIMENTADO SIGNOS O SÍNTOMAS INCLUSO SI USTED O EL ASEGURADO NO HAYAN CONSULTADO A UN MÉDICO.

PARA EVITAR DUDAS, SI USTED O EL ASEGURADO TENÍAN ALGUNA CONDICIÓN PREEXISTENTE ANTES DE VINCULARSE A LA PÓLIZA, HAGA LA DECLARACIÓN EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD CORRESPONDIENTE, INCLUIDAS TODAS LAS CONDICIONES QUE SURJAN ENTRE LA FINALIZACIÓN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD CORRESPONDIENTE Y LA FECHA DE INICIO DE SU COBERTURA/LA COBERTURA DEL ASEGURADO QUE, DE LA MISMA MANERA, SERÁ DECLARADO PREEXISTENTE. ESTAS CONDICIONES PREEXISTENTES TAMBIÉN ESTÁN SUJETAS A LA APROBACIÓN MÉDICA Y, SI NO SE DIVULGAN, ES POSIBLE QUE NO ESTÉN CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA. SI USTED O EL ASEGURADO TENÍAN UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE ANTES DE VINCULARSE Y NOS LA DECLARARON EN SU SOLICITUD, LOS TÉRMINOS DE COBERTURA PARA ESA CONDICIÓN SE INCLUIRÁN EN SU SUPLEMENTO DE EXCLUSIÓN O EN EL DEL ASEGURADO.

16. CONFIDENCIALIDAD

SE REFIERE A HECHOS MATERIALES (HECHOS QUE INFLUIRÍAN EN NUESTRA DECISIÓN DE SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE ACEPTAR EL RIESGO Y LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE DEBEN APLICARSE) QUE EL TOMADOR O EL ASEGURADO NO HAYAN DECLARADO O NO HAYAN DECLARADO EN SU TOTALIDAD.

17. COPAGO

SE REFIERE A LA PARTE DE LOS GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN FORMA ADICIONAL AL DEDUCIBLE ANUAL (SI CORRESPONDE). CONSULTE SU TABLA DE BENEFICIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS MONTOS DE COPAGO. CUANDO CORRESPONDA, AL APLICAR EL DEDUCIBLE ANUAL (EL MONTO EN DÓLARES QUE SE CARGARÁ A LA CUENTA DEL ASEGURADO POR CADA RECLAMO QUE OCURRA DURANTE EL AÑO DE LA PÓLIZA) Y EL COPAGO (EL MONTO Y/O PORCENTAJE DE LOS BENEFICIOS ELEGIBLES QUE USTED O SU ASEGURADO DEBEN PAGAR), RESTAREMOS PRIMERO EL DEDUCIBLE ANUAL Y LUEGO APLICAREMOS EL COPAGO AL SALDO RESTANTE DE LOS BENEFICIOS ELEGIBLES.

18. CRÓNICA

SE REFIERE A UNA ENFERMEDAD, DOLENCIA O LESIÓN QUE TIENE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- REQUIERE UN SEGUIMIENTO CONTINUO O A LARGO PLAZO MEDIANTE CONSULTAS, EXÁMENES, CHEQUEOS Y/O PRUEBAS.
- NECESITA UN SEGUIMIENTO CONTINUO O A LARGO PLAZO, O EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS.
- REQUIERE LA REHABILITACIÓN DEL ASEGURADO, O QUE EL ASEGURADO RECIBA CAPACITACIÓN ESPECIAL PARA TRATARLA.
- CONTINÚA INDEFINIDAMENTE.
- NO TIENE CURA CONOCIDA.
- REGRESA O PROBABLEMENTE PUEDA REGRESAR.

19. CUIDADOS PALIATIVOS

SE ENTENDERÁ POR CUIDADOS PALIATIVOS, LA ATENCIÓN BRINDADA A PACIENTES QUE NO RESPONDEN AL PROCEDIMIENTO CURATIVO Y SE ENCUENTRAN EN ETAPA TERMINAL.

20. DEDUCIBLE

SE DEFINE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. EL ASEGURADO ES RESPONSABLE DE ESTE MONTO, QUE ES UN PAGO QUE DEBE REALIZAR ANTES DE QUE SE

ACTIVEN LOS AMPAROS. LA RESPONSABILIDAD DE AXA COLPATRIA SOLO COMENZARÁ UNA VEZ QUE EL VALOR DEL DEDUCIBLE HAYA SIDO PAGADO POR EL ASEGURADO, INCLUSO SI EL MONTO DEL AMPARO ES MENOR AL DEDUCIBLE ANUAL TOTAL. EL ASEGURADO DEBE ENVIAR SU RECLAMACIÓN A AXA COLPATRIA, PARA QUE ESTA AUTORICE EL SERVICIO E INFORME EL MONTO A PAGAR POR DEDUCIBLE ANUAL. EL DEDUCIBLE SOLO SE PAGARÁ POR UNA ÚNICA VEZ AL AÑO EN CADA VIGENCIA, CUANDO SE ACTIVEN LOS AMPAROS Y SI EL RECLAMO CONTINÚA AL SIGUIENTE AÑO PÓLIZA, OTRO DEDUCIBLE DEBERÁ SER PAGADO.

21. DEPORTES PROFESIONALES

SE REFIERE A LA PRÁCTICA O EL ENTRENAMIENTO EN RELACIÓN CON CUALQUIER DEPORTE POR EL CUAL EL ASEGURADO RECIBE INGRESOS O BENEFICIOS (POR EJEMPLO, PATROCINIO, PROMOCIONES, ETC.) DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEA DIRECTA O INDIRECTAMENTE.

22. DONANTE

SE REFIERE A UN PARIENTE (PADRE, MADRE, HERMANO, HERMANA, HIJO, HIJA, CÓNYUGE O PAREJA) CAPAZ DE DONAR UN ÓRGANO, CÉLULAS, TEJIDO (YA SEA RIÑÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, CORAZÓN, MÉDULA ÓSEA (NO RELACIONADO CON EL CÁNCER) QUE SEA COMPATIBLE Y TRASPLANTADO (EN SU TOTALIDAD O EN PARTE) AL CUERPO DE UN ASEGURADO (RECEPTOR), SUJETO A LA NECESIDAD MÉDICA, LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y BENEFICIOS DE ESTA PÓLIZA.

23. EDAD

SE REFIERE AL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO DE UNA PERSONA HASTA UN MOMENTO DE REFERENCIA.

24. EMERGENCIA

SE REFIERE A UNA CONDICIÓN MÉDICA AGUDA, REPENTINA E INESPERADA QUE, EN NUESTRA OPINIÓN, CONSTITUYE UNA EMERGENCIA GRAVE O POTENCIALMENTE MORTAL Y REQUIERE ATENCIÓN

MÉDICA O QUIRÚRGICA INMEDIATA DENTRO DE UN PERÍODO DE VEINTICUATRO (24) DESDE SU INICIO, PARA PREVENIR LA MUERTE O EL DETERIORO GRAVE O PERMANENTE DE UN SISTEMA U ÓRGANO DEL CUERPO Y LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN.

25. NOVEDAD

SE REFIERE A UN DOCUMENTO COMPLEMENTARIO AGREGADO A LA PÓLIZA.

26. ENFERMERO(A)

SE REFIERE A UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA PARA ATENDER A PERSONAS CON ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES.

27. ENFERMEDAD TERMINAL

SE REFIERE AL DIAGNÓSTICO CONCLUYENTE DE UNA ENFERMEDAD QUE SE ESPERA QUE RESULTE EN LA MUERTE. ESTE DIAGNÓSTICO DEBE SER RESPALDADO POR UN ESPECIALISTA Y CONFIRMADO POR UN MÉDICO. LA ENFERMEDAD TERMINAL SE EXCLUYE CUANDO ESTÁ PRESENTE EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

28. ESCRITO

SE REFIERE A LA COMUNICACIÓN/CORRESPONDENCIA DE USTED O NOSOTROS, O VICEVERSA. PUEDE SER CORRESPONDENCIA ESCRITA O POR CORREO ELECTRÓNICO.

29. ESPECIALISTA

SE REFIERE AL MÉDICO, CIRUJANO, ANESTESISTA REGISTRADO QUE ESTÁ CALIFICADO Y REGISTRADO, QUE TIENE LAS CALIFICACIONES Y LA EXPERIENCIA ESPECIALIZADAS ADICIONALES NECESARIAS COMO ESPECIALISTA RECONOCIDO EN TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO EN UNA RAMA PARTICULAR DE LA MEDICINA OCCIDENTAL O CIRUGÍA.

30. EXCLUSIÓN

SE REFIERE A LA LIMITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE LA COBERTURA DE UNA CONDICIÓN MÉDICA, SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS QUE NO ESTÁN CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA, SEGÚN SE ESPECIFICA EN ELLA. SE INCLUYEN EN ESTE CONCEPTO LAS CONDICIONES MÉDICAS Y LOS EVENTOS (O PARTES DE ESTOS) DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES GRAVES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

31. EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN

SE REFIERE A CUALQUIER MODALIDAD DE TRATAMIENTO, FÁRMACO O MEDICAMENTO CUYA EFICACIA Y SEGURIDAD, EN NUESTRA OPINIÓN RAZONABLE, AÚN NO SE HAN ESTABLECIDO Y CARECEN DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES CLÍNICAS ACREDITADAS Y BASADAS EN EVIDENCIA. TAMBIÉN SE TRATA DE MODALIDADES DE TRATAMIENTO O FÁRMACOS O MEDICAMENTOS QUE NO SON GENERALMENTE ACEPTADOS POR LA COMUNIDAD MÉDICA, NO SE HA DEMOSTRADO QUE SEAN EFECTIVOS O NO SON RECONOCIDOS POR ORGANIZACIONES MÉDICAS PROFESIONALES EN LA PRÁCTICA MÉDICA ACEPTADA. ESTA DEFINICIÓN TAMBIÉN INCLUYE PROCEDIMIENTOS, EQUIPOS, DISPOSITIVOS O SUMINISTROS MÉDICOS UTILIZADOS PARA FINES DISTINTOS A LOS DEFINIDOS EN SU LICENCIA O QUE ESTÁN EN ESTUDIO, INVESTIGACIÓN O PRUEBA.

32. FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA

LA FECHA EN LA QUE COMIENZA LA COBERTURA SEGÚN SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

33. FECHA DE RENOVACIÓN

SE REFIERE A LA FECHA EN LA CUAL SE RENUEVA LA PÓLIZA Y QUE SE ESPECIFICA EN LA NOTIFICACIÓN DE RENOVACIÓN.

34. FECHA DE REHABILITACIÓN

SE REFIERE AL DÍA EN QUE SE ACTIVA LA COBERTURA POR LA ASEGURADORA, DESPUÉS DE QUE ÉSTA HAYA TERMINADO.

35. FISIOTERAPEUTA

SE REFIERE A UNA PERSONA QUE ESTÉ CALIFICADA, AUTORIZADA Y TENGA LICENCIA PARA EJERCER COMO FISIOTERAPEUTA EN EL PAÍS DONDE SE BRINDA EL TRATAMIENTO Y QUE ESTÉ RECONOCIDA POR LA ASEGURADORA.

36. INSTITUCIÓN MÉDICA O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

SE REFIERE A CUALQUIER ESTABLECIMIENTO QUE ESTÉ AUTORIZADO COMO HOSPITAL O PROVEEDOR MÉDICO O QUIRÚRGICO EN EL PAÍS EN EL QUE OPERA, Y QUE ESTÉ RECONOCIDO POR LA ASEGURADORA, AL CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- OPERA PRINCIPALMENTE PARA LA RECEPCIÓN Y TRATAMIENTO DE PERSONAS ENFERMAS, CONVALECIENTES O LESIONADAS COMO PACIENTES HOSPITALIZADOS;
- PROPORCIONA SERVICIOS DE ENFERMERÍA LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA CON ENFERMERAS;
- TIENE UN PERSONAL DE UNO O MÁS MÉDICOS CON LICENCIA DISPONIBLE EN TODO MOMENTO;
- PROPORCIONA INSTALACIONES ORGANIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO E INSTALACIONES PARA CIRUGÍAS MAYORES;
- NO ES PRINCIPALMENTE UN HOGAR DE ANCIANOS, CASA DE DESCANSO, HOGAR DE CONVALECENCIA O ESTABLECIMIENTO SIMILAR, ALA GERIÁTRICA, UNA INSTITUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS, COMO, ENTRE OTROS, REHABILITACIÓN DE ALCOHOL O DROGAS, O PROPÓSITOS SIMILARES.

37. INTERNACIÓN

SE REFIERE A LA ADMISIÓN DEL ASEGURADO A UN HOSPITAL, QUE HA SIDO REQUERIDA POR UN MÉDICO/ESPECIALISTA REGISTRADO CON EL FIN DE QUE EL PACIENTE RECIBA SERVICIOS MÉDICOS QUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS PARA TRATAR UNA AFECCIÓN MÉDICA CUBIERTA.

LA INTERNACIÓN SE EVIDENCIARÁ MEDIANTE UN CARGO DIARIO DE HABITACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL, DEBIENDO EL ASEGURADO PERMANECER EN EL HOSPITAL DE MANERA CONTINUA DURANTE TODO EL PERÍODO DE TRATAMIENTO.

A LOS EFECTOS DE EJERCER EL JUICIO PROFESIONAL PRUDENTE MENCIONADO ANTERIORMENTE, EL MÉDICO/ESPECIALISTA REGISTRADO QUE ATIENDE AL PACIENTE TAMBIÉN TENDRÁ EN CUENTA SI LA INTERNACIÓN SE REALIZA EN EL ENTORNO MÁS APROPIADO EN FUNCIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS Y DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES GENERALMENTE ACEPTADOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA LOCALIDAD, PARA EL SERVICIO MÉDICO PRESTADO.

LA MEJORA DE UNA HABITACIÓN INDIVIDUAL PRIVADA ESTÁNDAR A UNA HABITACIÓN DE CLASE SUPERIOR, COMO UNA HABITACIÓN EJECUTIVA, UNA SUITE, ETC., NO SE CONSIDERARÁ MÉDICAMENTE NECESARIA.

38. LESIÓN

SE REFIERE AL DAÑO INFLIGIDO AL CUERPO DEL ASEGURADO.

39. LÍMITE DE BENEFICIO ACUMULATIVO

SE REFIERE AL MONTO MÁXIMO DE BENEFICIOS PAGADOS POR LA COMPAÑÍA AL ASEGURADO EN FORMA ACUMULATIVA DESDE EL INICIO DE ESTA PÓLIZA, INDEPENDIENTEMENTE DE SI SE HA ALCANZADO ALGÚN LÍMITE EN CUALQUIERA DE LOS ÍTEMS DE BENEFICIO ESTIPULADOS EN LA TABLA DE BENEFICIOS, O SI SE HA ALCANZADO EL LÍMITE ANUAL MÁXIMO/MONTO ASEGURADO POR PERÍODO DE SEGURO EN UN AÑO DE PÓLIZA.

SI SU COBERTURA/LA DEL ASEGURADO CESA POR CUALQUIER MOTIVO, SU DERECHO AL BENEFICIO CESA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE CESA LA COBERTURA PARA USTED/EL ASEGURADO.

40. LÍMITE ANUAL MÁXIMO/MONTO ASEGURADO POR PERÍODO DE SEGURO

SE REFIERE AL MONTO TOTAL MÁXIMO ESTABLECIDO EN LA TABLA DE BENEFICIOS APLICABLES AL PLAN DEL ASEGURADO QUE SE PAGA EN UN AÑO DE PÓLIZA, INDEPENDIENTEMENTE DE SI SE HA ALCANZADO ALGÚN LÍMITE EN CUALQUIER ELEMENTO DE LOS BENEFICIOS ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE BENEFICIOS.

41. MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA

SE REFIERE A CUALQUIER TRATAMIENTO, PRUEBA, MEDICAMENTO O INTERNACIÓN EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA ELEGIBLE, O PARTE DE UNA INTERNACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA QUE:

- SE REQUIERE PARA EL MANEJO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA ELEGIBLE QUE USTED O SU ASEGURADO PADECE; Y,
- DEBE SER CONSISTENTE CON EL DIAGNÓSTICO Y NECESARIO PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA CONDICIÓN MÉDICA;
- NO DEBE EXCEDER EL NIVEL DE ATENCIÓN NECESARIO PARA BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA SEGURA, ADECUADA Y APROPIADA EN SU ALCANCE, DURACIÓN O INTENSIDAD; Y
- REQUERIR LA EXPERIENCIA DE UN MÉDICO/ESPECIALISTA REGISTRADO Y DEBE SER RECETADO POR ÉL; Y,
- DEBE SER CONSISTENTE CON LOS ESTÁNDARES PROFESIONALES O CON UNA PRÁCTICA BUENA Y PRUDENTE AMPLIAMENTE ACEPTADA; Y,
- SE BRINDA DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES DE UNA PRÁCTICA MÉDICA PRUDENTE Y DE BUENA FE Y CON EL JUICIO PROFESIONAL PRUDENTE DEL MÉDICO/ESPECIALISTA REGISTRADO QUE ATIENDE AL PACIENTE Y NO SE BRINDA PRINCIPALMENTE PARA LA CONVENIENCIA O COMODIDAD DEL ASEGURADO, SU FAMILIA O EL MÉDICO/ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE. SI EL TRATAMIENTO ES UN MEDICAMENTO, PAGAREMOS

POR EL USO DE MEDICAMENTOS QUE SE HAN ESTABLECIDO COMO EFECTIVOS. ESTO SIGNIFICA QUE EL MEDICAMENTO DEBE TENER LICENCIA PARA SU USO POR:

- LA AGENCIA REGULADORA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (MHRA) SI EL TRATAMIENTO SE PROPORCIONARÁ EN EL REINO UNIDO; O
- LA AGENCIA EUROPEA DE MEDICAMENTOS (EMA) SI EL TRATAMIENTO SE VA A PROPORCIONAR EN EUROPA, PERO FUERA DEL REINO UNIDO; O
- LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS DE LOS ESTADOS UNIDOS (FDA) SI EL TRATAMIENTO SE VA A PROPORCIONAR FUERA DE EUROPA.

EL MEDICAMENTO DEBE UTILIZARSE DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE SU LICENCIA.

42. MÉDICO/PROFESIONAL MÉDICO/DOCTOR/ESPECIALISTA (REGISTRADO)

SE REFIERE A UNA PERSONA QUE HA RECIBIDO UN TÍTULO EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y LA CIRUGÍA, DESPUÉS DE ASISTIR A UNA ESCUELA DE MEDICINA RECONOCIDA Y QUE ESTÁ AUTORIZADA PARA PRACTICAR LA MEDICINA OCCIDENTAL POR LA AUTORIDAD PERTINENTE DONDE SE BRINDA EL TRATAMIENTO. POR "ESCUELA DE MEDICINA RECONOCIDA" NOS REFERIMOS A UNA "ESCUELA DE MEDICINA QUE ESTÁ INCLUIDA EN EL DIRECTORIO MUNDIAL ACTUAL DE ESCUELAS DE MEDICINA PUBLICADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, EN COLABORACIÓN CON LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA (WFME) Y LA FUNDACIÓN PARA EL AVANCE DE LA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (FAIMER)".

TAMBIÉN INCLUIRÍA, CUANDO CORRESPONDA, A UNA PERSONA CALIFICADA COMO ODONTÓLOGO POR RECIBIR UN TÍTULO EN ODONTOLOGÍA Y QUE ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADA Y REGISTRADA ANTE UN ORGANISMO COMPETENTE, PARA BRINDAR TRATAMIENTO DENTAL.

43. MONEDA (FACTURACIÓN)

SE REFIERE A LA MONEDA EN LA QUE ESTÁ DENOMINADA ESTA PÓLIZA, TAL COMO SE MUESTRA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

44. NOSOTROS/NOS/NUESTRO

SE REFIERE A UNA DIVISIÓN O PARTE DE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA Y CUALQUIER OTRA COMPAÑÍA CON LA QUE ESTEMOS AFILIADOS. EN ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE SE UTILICE AXA COLPATRIA, SE REFERIRÁ INVARIABLEMENTE A AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

45. OCUPACIÓN PELIGROSA O RIESGOSA

SE REFIERE A TRABAJOS O ENTORNOS LABORALES QUE EXPONEN A LAS PERSONAS A UN RIESGO SIGNIFICATIVO DE LESIONES, ENFERMEDADES O MUERTE DEBIDO A FACTORES COMO PELIGRO FÍSICO, MATERIALES PELIGROSOS, MAQUINARIA O CONDICIONES AMBIENTALES. ALGUNOS EJEMPLOS INCLUYEN, ENTRE OTROS, TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN, MINERÍA, EXTINCIÓN DE INCENDIOS, APLICACIÓN DE LA LEY U ORDEN PÚBLICO Y CUALQUIER TRABAJO QUE REQUIERA LA MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS TÓXICAS O TRABAJOS EN ALTURA.

46. ODONTÓLOGO

SE REFIERE A UNA PERSONA QUE TIENE UN TÍTULO DE GRADO EN ODONTOLOGÍA DESPUÉS DE ASISTIR A UNA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA RECONOCIDA, QUE ESTÁ AUTORIZADO Y REGISTRADO ANTE EL ORGANISMO COMPETENTE.

SI EL MÉDICO/MÉDICO/ESPECIALISTA REGISTRADO NO ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADO, CALIFICADO Y REGISTRADO, LA COMPAÑÍA EJERCERÁ UN JUICIO RAZONABLE PARA DETERMINAR SI DICHO MÉDICO/MÉDICO/ESPECIALISTA REGISTRADO SE CONSIDERARÁ CALIFICADO Y REGISTRADO.

47. PAÍS DE RESIDENCIA PRINCIPAL

SE REFIERE AL PAÍS EN EL QUE USTED O EL ASEGURADO VIVE O PRETENDE VIVIR DURANTE LA MAYOR PARTE DEL AÑO DE LA PÓLIZA, ESTO ES, 185 DÍAS O MÁS Y QUE APARECERÁ COMO SU DIRECCIÓN Y LUGAR DE RESIDENCIA EN NUESTROS REGISTROS. SE CONSIDERARÁ QUE ES COLOMBIA.

48. PERÍODO(S) DE CARENCIA

SE REFIERE A LAS HORAS O DÍAS CONSECUTIVOS INMEDIATAMENTE POSTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA, O LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN, O LA ÚLTIMA FECHA DE REHABILITACIÓN (SI SU PÓLIZA HA SIDO REHABILITADA), LO QUE SEA MÁS RECIENTE Y APAREZCA EN EL CRONOGRAMA DE LA PÓLIZA Y EN EL QUE EL BENEFICIO CORRESPONDIENTE NO SERÁ PAGADERO NI RECLAMABLE SEGÚN LA PÓLIZA. DURANTE ESTE PERÍODO DE CARENCIA, LA COBERTURA DE CONDICIONES/EVENTOS MÉDICOS CRÍTICOS CUBIERTOS SOLO SE APLICARÁ A CONDICIONES O LESIONES CAUSADAS POR UN ACCIDENTE CUBIERTO QUE OCURRA DURANTE ESTE PERÍODO. NOSOTROS EVALUAREMOS EL TRATAMIENTO Y EL PROCEDIMIENTO DE DICHAS CONDICIONES O LESIONES RELACIONADAS CON ACCIDENTES (DENOMINADAS TRAUMATISMOS GRAVES), Y EL PERÍODO DE ESPERA ES DE 24 HORAS. CUALQUIER CONDICIÓN, SIGNO O SÍNTOMA QUE NO SEA CAUSADO POR UN ACCIDENTE CUBIERTO DURANTE ESTE PERÍODO QUEDARÁ EXCLUIDO DE FORMA PERMANENTE.

EL PERÍODO DE CARENCIA DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO A LA COBERTURA SE APLICA INCLUSO SI LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE CONDICIONES/EVENTOS MÉDICOS CRÍTICOS NO ERAN EVIDENTES PARA EL ASEGURADO, PERO SÍ LO SERÍAN PARA UNA PERSONA RAZONABLE EN LA MISMA POSICIÓN.

CONSULTE LA TABLA DE BENEFICIOS Y/O EL ANEXO DE LA PÓLIZA PARA CONOCER LOS DETALLES DEL PERÍODO DE CARENCIA APLICABLE A SU PLAN.

49. PLAN/PÓLIZA

SE REFIERE AL PLAN, TAL COMO SE DETALLA EN EL ANEXO DE LA PÓLIZA, Y A LA PÓLIZA SUSCRITA POR LA COMPAÑÍA, QUE ES EL CONTRATO ENTRE EL ASEGURADO Y NOSOTROS CON RESPECTO AL PLAN, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES, LA SOLICITUD, LAS DECLARACIONES, CUALQUIER OTRO/NOVEDAD/SUPLEMENTO ADJUNTO A ESTA PÓLIZA, SI CORRESPONDE.

50. PÓLIZA ESTÁNDAR

SE REFIERE A LA PÓLIZA QUE HA SIDO ACEPTADA SIN PRIMA ADICIONAL, RECARGO, EXCLUSIÓN / EXCLUSIONES ADICIONALES, LIMITACIÓN / LIMITACIONES ADICIONALES, APLAZAMIENTO O POSTERGACIÓN.

51. PROCEDIMIENTO(S) DE DIAGNÓSTICO

SE REFIERE A LAS CONSULTAS E INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO PARA EL TRATAMIENTO ELEGIBLE CUANDO SE PRESENTAN SÍNTOMAS.

52. QUIMIOTERAPIA

ES EL USO DE UNO O MÁS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS CITOTÓXICOS (AGENTES QUIMIOTERAPÉUTICOS) COMO PARTE DE UN RÉGIMEN ESTANDARIZADO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CUBIERTO Y CON EL FIN DE PREVENIR LA RECURRENCIA. SE ADMINISTRA BAJO LA SUPERVISIÓN Y EL CONTROL DIRECTO DE UN ESPECIALISTA A TRAVÉS DE VÍAS ORALES O INTRAVENOSAS, O TÉCNICAS DE INFUSIÓN AISLADAS.

53. RADIOTERAPIA

ES EL USO DE RADIACIÓN IONIZANTE DE MAYOR ENERGÍA, EXTERNA O INTERNA, TERAPIA CON HAZ DE PROTONES REALIZADA BAJO LA SUPERVISIÓN Y EL CONTROL DIRECTOS DE UN ESPECIALISTA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER PARA CONTROLAR Y

DESTRUIR LAS CÉLULAS CANCEROSAS EN EL ÁREA QUE SE ESTÁ TRATANDO.

54. RAZONABLE, HABITUAL Y USUAL (R&U)

SE REFIERE A LA TARIFA ESTÁNDAR QUE SE COBRARÍA HABITUALMENTE POR EL TRATAMIENTO QUE USTED O EL ASEGURADO ESTÁN RECIBIENDO EN EL PAÍS EN EL QUE USTED/EL ASEGURADO ESTÁ RECIBIENDO EL TRATAMIENTO, Y QUE NO ES MÁS DE LO QUE COBRARÍA LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O EL MÉDICO EN ESE PAÍS. PODEMOS VERIFICAR LAS TARIFAS CON UN DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO U OTRO TERCERO INDEPENDIENTE SI ES NECESARIO.

EL MONTO ESTÁNDAR COBRADO POR EL TRATAMIENTO MÉDICO, LOS ARTÍCULOS O LOS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS PARA TRATAR LA CONDICIÓN DEL ASEGURADO NO EXCEDE EL NIVEL HABITUAL DE CARGOS POR TRATAMIENTOS, ARTÍCULOS O SERVICIOS MÉDICOS SIMILARES EN EL LUGAR DONDE SE INCURRE EN EL GASTO, Y NO INCLUYE LOS GASTOS QUE NO SE HABRÍAN INCURRIDO SI EXISTIERA UN SEGURO, O CON RESPECTO A LA CAPACIDAD DE PAGO DEL ASEGURADO.

SON GASTOS PAGADOS POR ESTOS SERVICIOS MÉDICOS O TRATAMIENTOS QUE NOSOTROS O NUESTRO EQUIPO MÉDICO CONSIDERAMOS RAZONABLES Y HABITUALES Y QUE NO PODRÍAN HABERSE EVITADO RAZONABLEMENTE SIN AFECTAR NEGATIVAMENTE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO. ESTOS GASTOS NO DEBEN EXCEDER EL NIVEL GENERAL DE GASTOS DE OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON UN ESTATUS SIMILAR PARA BRINDAR EL MISMO TRATAMIENTO, SERVICIOS O ARTÍCULOS O ARTÍCULOS SIMILARES A PERSONAS DEL MISMO SEXO, EDAD COMPARABLE, PARA UNA ENFERMEDAD, DOLENCIA O LESIÓN SIMILAR.

NORMALMENTE, CALCULAMOS LO QUE ES USUAL, RAZONABLE Y HABITUAL (R&U) EN FUNCIÓN DEL COSTO PROMEDIO NEGOCIADO DEL TRATAMIENTO DENTRO DE LA RED APLICABLE A NUESTRA POLÍTICA EN EL PAÍS O ÁREA EN EL QUE SE RECIBE EL TRATAMIENTO.

CUANDO NO HAY RED, O NO HAY COSTOS NEGOCIADOS EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED, O EL TRATAMIENTO NO ESTÁ DISPONIBLE EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED DE LA RED, BASAREMOS NUESTRO CÁLCULO EN UNA COMBINACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA GLOBAL O RESPALDADA POR INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO E INFORMACIÓN RECOPILADA DE ESPECIALISTAS MÉDICOS INDEPENDIENTES Y CIRUJANOS QUE EJERCEN EN EL PAÍS O ÁREA DONDE SE RECIBE EL TRATAMIENTO.

PARA EVITAR DUDAS AL COMPARAR EL TRATAMIENTO, CONSIDERAREMOS LA COMPLEJIDAD DEL PROCEDIMIENTO Y EL ESTÁNDAR DE LAS INSTALACIONES MÉDICAS DONDE SE RECIBE EL TRATAMIENTO.

SI USTED O SU ASEGURADO INCLUYE MÁS DE UN ESPECIALISTA O CIRUJANO PRESENTE EN LA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA, TAMBIÉN REVISAREMOS LA NECESIDAD MÉDICA EN EL MANEJO DE DICHO PROBLEMA QUIRÚRGICO O CONDICIÓN MÉDICA, EN TÉRMINOS DE LAS DIFERENTES HABILIDADES CAPACITADAS Y LA COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS BRINDADOS COMO IDENTIFICACIÓN PARA CUBRIR TODOS LOS SERVICIOS.

55. RECETAS MÉDICAS

SE REFIERE A MEDICAMENTOS Y APÓSITOS CUYA VENTA O USO ESTÁ LEGALMENTE LIMITADO POR UNA RECETA DE UN MÉDICO/ESPECIALISTA PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA CUBIERTA POR SU PLAN. PARA EVITAR DUDAS, LA RECETA NO INCLUYE NINGÚN SUPLEMENTO O SUSTANCIA QUE SE ENCUENTRE DISPONIBLE DE MANERA NATURAL. ESTO INCLUYE, PERO NO SE LIMITA A, VITAMINAS, MINERALES, SUSTANCIAS ORGÁNICAS, SUPLEMENTOS, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, PRODUCTOS FITO TERAPÉUTICOS O MEDICINA TRADICIONAL CHINA.

56. RENOVACIÓN

SE REFIERE A LA INICIACIÓN DE UNA NUEVA VIGENCIA DE 12 MESES DE ESTA PÓLIZA DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS SIN NINGUNA DISCONTINUIDAD.

57. SERVICIOS MÉDICOS

SE REFIERE A SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS, INTERNAMIENTO, TRATAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, PRUEBAS O EXÁMENES U OTROS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA O EL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN MÉDICA.

58. SOLICITUD

SE REFIERE AL FORMULARIO DE SOLICITUD, QUE CONTIENE LAS PREGUNTAS DE EVALUACIÓN QUE EL ASEGURADO DEBE COMPLETAR PARA TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS BAJO ESTA PÓLIZA, QUE NOS PERMITIRÁ EVALUAR LA ELEGIBILIDAD DE LOS SOLICITANTES PARA LA COBERTURA BAJO LA PÓLIZA, INCLUIDA LA EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD, CUALQUIER DOCUMENTO O INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y CUALQUIER DECLARACIÓN REALIZADA EN RELACIÓN CON DICHA SOLICITUD, INCLUIDAS LAS ACTUALIZACIONES Y LOS CAMBIOS (SI LOS SOLICITAMOS). NUESTRA DECISIÓN DE EMITIR ESTA PÓLIZA SE BASA EN LA INFORMACIÓN INCLUIDA EN LA SOLICITUD.

59. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

SE REFIERE A LA NECESIDAD DEL ASEGURADO DE RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA, SERVICIOS Y TRATAMIENTO INMEDIATOS Y URGENTES REQUERIDOS EN UNA EMERGENCIA.

60. TRATAMIENTO ELEGIBLE

SE REFIERE A AQUELLOS TRATAMIENTOS Y GASTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS Y CONVENCIONALES QUE ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA. PARA DETERMINAR SI UN TRATAMIENTO O GASTO ESTÁ CUBIERTO, TODAS LAS SECCIONES DE ESTA PÓLIZA DEBEN LEERSE EN CONJUNTO Y ESTÁN SUJETAS A

TODOS LOS TÉRMINOS, BENEFICIOS Y EXCLUSIONES ESTABLECIDOS EN ESTA PÓLIZA.

61. TRATAMIENTO EXTERNO

SE REFIERE A UN PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MÉDICAMENTE NECESARIO (EXCLUIDO EL TRATAMIENTO AMBULATORIO) REALIZADO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE LA RED O EN UNA UNIDAD DE PACIENTES AMBULATORIOS (DONDE EL HOSPITAL EMITE UN RESUMEN DEL ALTA) Y LA RECUPERACIÓN ES MÉDICAMENTE NECESARIA PARA USTED O SU ASEGURADO Y DEBE SER SUPERVISADA, PERO NO OCUPA UNA CAMA DURANTE LA NOCHE. ESTO EXCLUYE TODAS LAS FORMAS DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO, COMO, ENTRE OTRAS, LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y LA ACUPUNTURA.

62. TRATAMIENTO HOSPITALARIO

SE REFIERE AL TRATAMIENTO ELEGIBLE PARA UNA CONDICIÓN MÉDICA CUBIERTA EN LA QUE USTED O SU ASEGURADO PERMANECEN CONTINUAMENTE EN UNA CAMA DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DURANTE UNA NOCHE (24 HORAS) O MÁS NOCHES. ESTO EXCLUYE TODO TIPO DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO COMO, ENTRE OTROS, LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y LA ACUPUNTURA.

LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DEBE JUSTIFICAR LA NECESIDAD MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN Y EL TRATAMIENTO LIMITADO A LA SALA DE EMERGENCIAS NO ES UNA HOSPITALIZACIÓN.

63. TABLA DE BENEFICIOS

SE REFIERE A LA TABLA DE BENEFICIOS APLICABLES A SU PLAN/PLAN DEL ASEGURADO, ESTIPULADA EN LA ESPECIFICACIÓN/ANEXO DE LA PÓLIZA QUE MUESTRA LOS ELEMENTOS DE BENEFICIO Y LOS BENEFICIOS MÁXIMOS QUE LE PAGAREMOS A USTED/AL ASEGURADO POR CADA PERÍODO DEL SEGURO.

64. TOMADOR DE LA PÓLIZA/ASEGURADO PRINCIPAL/USTED

SE REFIERE A LA PERSONA ESTIPULADA COMO EL TOMADOR DE LA PÓLIZA EN ELLA, QUE ES EL TITULAR LEGAL/PROPIETARIO DE ESTA PÓLIZA Y ES RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS PRIMAS Y A QUIEN SE PAGAN GENERALMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL ASEGURADO.

EL TITULAR O TOMADOR DE LA PÓLIZA, SI ESTÁ ASEGURADO, TAMBIÉN SE DENOMINA ASEGURADO PRINCIPAL Y EN EL MOMENTO DEL CONTRATO DE SEGURO EJERCE LOS DERECHOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEPENDIENTES ASEGURADOS.

65. TRASPLANTE

SE REFIERE A UN PROCEDIMIENTO QUE ES MÉDICAMENTE NECESARIO MEDIANTE EL CUAL SE TRASLADA QUIRÚRGICAMENTE UN ÓRGANO O TEJIDO DE UN ORGANISMO DONANTE A OTRO RECEPTOR, PARA REEMPLAZAR UN ÓRGANO TERMINALMENTE DAÑADO (PARTE O TOTALIDAD DE ÉL). LOS ÓRGANOS POR TRASPLANTAR PUEDEN SER ENTRE OTROS, RIÑONES, PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS, CORAZÓN Y MÉDULA ÓSEA (NO RELACIONADOS CON EL CÁNCER) DE UN DONANTE VIVO O FALLECIDO A UN RECEPTOR ASEGURADO.

66. TRATAMIENTO(S)

SE REFIERE A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS POR UN MÉDICO/DOCTOR/ESPECIALISTA REGISTRADO PARA UNA CONDICIÓN MÉDICA ELEGIBLE Y PUEDE INCLUIR:

- PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: CUALQUIER OPERACIÓN O INTERVENCIÓN QUE SE REQUIERA PARA EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN DE CUALQUIER PARTE O SISTEMA DEL CUERPO QUE IMPLIQUE UNA INCISIÓN O ENTRADA INTERNA Y SEA REALIZADA POR UN CIRUJANO CALIFICADO. EL TRATAMIENTO DEBE BRINDARSE EN EL QUIRÓFANO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA ACREDITADA.
- TRATAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS:

TRATAMIENTO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DONDE EL ASEGURADO DEBE PERMANECER EN CAMA DE INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DURANTE UNA O MÁS NOCHES;

- TRATAMIENTO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (PACIENTE DE DÍA): TRATAMIENTO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CENTRO MÉDICO DONDE EL ASEGURADO ES ADMITIDO EN CAMA DE HOSPITAL Y REQUIERE UN PERÍODO DE RECUPERACIÓN SUPERVISADA PERO NO PASA LA NOCHE.
- TRATAMIENTO AMBULATORIO/PARA PACIENTES AMBULATORIOS;
- PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: CONSULTAS E INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PARA UNA CONDICIÓN MÉDICA CUBIERTA.

PARA EVITAR DUDAS, CUALQUIERA DE LOS TRATAMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE ESTÁ SUJETO A LA TABLA DE BENEFICIOS APLICABLE AL PLAN DE SU ASEGURADO QUE SE INCLUYE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE DETERMINAR SI EL TRATAMIENTO Y/O LOS DIAGNÓSTICOS O PRUEBAS SON MÉDICAMENTE NECESARIOS Y APROPIADOS PARA LA CONDICIÓN MÉDICA POR LA QUE EL ASEGURADO PRESENTA UNA RECLAMACIÓN. NUESTRA DECISIÓN PREVALECERÁ, EN CUALQUIER CASO.

67. TRATAMIENTO AMBULATORIO

SE REFIERE A TRATAMIENTOS O SERVICIOS ELEGIBLES BRINDADOS POR UN MÉDICO EN UNA CLÍNICA AMBULATORIA, UN CONSULTORIO MÉDICO O EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DONDE USTED O SU ASEGURADO NO ESTÁN HOSPITALIZADOS NI INGRESADOS COMO PACIENTES INTERNOS. PARA EVITAR DUDAS, ESTO EXCLUYE TODAS LAS FORMAS DE TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS COMO, ENTRE OTROS, LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y LA ACUPUNTURA.

68. TRATAMIENTO CONVENCIONAL

SE REFIERE AL TRATAMIENTO QUE:

- ESTÁ ESTABLECIDO COMO LA MEJOR PRÁCTICA

- MÉDICA Y SE REALIZA AMPLIAMENTE; Y,
- ES CLÍNICAMENTE APROPIADO EN TÉRMINOS DE NECESIDAD, TIPO, FRECUENCIA, EXTENSIÓN, DURACIÓN Y EN LA INSTALACIÓN O LUGAR DONDE SE PROPORCIONA EL TRATAMIENTO; Y
 - HA DEMOSTRADO SER EFICAZ PARA LA CONDICIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO A TRAVÉS DE UNA REVISIÓN CONSIDERABLE POR PARES EN REVISTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS; Y
 - DEBE TENER EVIDENCIA DE ENSAYOS CLÍNICOS DE ALTA CALIDAD QUE DEMUESTRE SU EFICACIA Y SEGURIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO; Y
 - HA SIDO APROBADO POR LAS AUTORIDADES GUBERNAMENTALES PERTINENTES Y/O LA ASOCIACIÓN MÉDICA RECONOCIDA DEL PAÍS DONDE SE BUSCA EL TRATAMIENTO, Y COMO UN TRATAMIENTO QUE PUEDE USARSE EN LA PRÁCTICA HABITUAL.

EL TRATAMIENTO CONVENCIONAL TAMBIÉN HARÁ REFERENCIA AL USO CORRESPONDIENTE DE EQUIPOS MÉDICOS Y CONSUMIBLES RELACIONADOS.

69. TRATAMIENTO ACTIVO DEL CÁNCER

SE REFIERE AL TRATAMIENTO MÉDICAMENTE NECESARIO QUE BUSCA FRENAR, ESTABILIZAR O RETARDAR LA PROPAGACIÓN DEL CÁNCER O QUE ESTÁ RELACIONADO CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, Y QUE NO SE PROPORCIONA ÚNICAMENTE CON EL PROPÓSITO DE ALIVIAR LOS SÍNTOMAS.

70. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SE REFIERE A LA SECCIÓN, DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, QUE ESTÁ DESIGNADA COMO UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y QUE SE MANTIENE EN FUNCIONAMIENTO LAS 24 HORAS DEL DÍA SOLO PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO Y QUE ESTÁ EQUIPADA PARA BRINDAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALES QUE NO ESTÁN DISPONIBLES EN NINGÚN OTRO LUGAR DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA.



www.axacolpatria.co

     AXACOLPATRIA

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C.

Líneas de atención: Bogotá (60-1) 423 57 57 • Resto del país 01 8000 512 620
#247 desde tu celular