

TABLA DE COBERTURA

	DENTRO DE LA RED PROVEEDORES	FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES
	Valor Asegurado	Valor Asegurado
VALOR ASEGURADO ÚNICO	ILIMITADO	1.339.800.000
CLÁUSULA DE COSTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	NO APLICA	80 %
CONCEPTOS DE COBERTURA		
HABITACIÓN HOSPITALARIA	ILIMITADO	Valor asegurado único
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	ILIMITADO	Valor asegurado único
GASTOS HOSPITALARIOS		
Gastos Dentro De La Hospitalización	ILIMITADO	Valor asegurado único
Urgencia	ILIMITADO	Valor asegurado único
• Deducible Por Cada Evento	74.000	74.000
Medicamentos, Exámenes de Laboratorio Clínico	ILIMITADO*	Valor asegurado único
Enfermera	ILIMITADO*	Valor asegurado único
Transporte terrestre	ILIMITADO	Valor asegurado único
Transporte aereo de emergencia	ILIMITADO	44.468.000
Prótesis Y Aparatos Ortopédicos	ILIMITADO	111.172.000
Reemplazo De Prótesis Y Aparatos Ortopédicos	ILIMITADO	111.172.000
Trasplante De Órganos	ILIMITADO	Valor asegurado único
Retrasplante De Órganos	ILIMITADO	Valor asegurado único
Obtención y traslado del órgano	ILIMITADO	59.863.000
Tratamiento de hospitalización domiciliaria	ILIMITADO*	Valor Asegurado
Tratamiento hospitalario para crisis de ansiedad o crisis psicótica	ILIMITADO*	Valor asegurado único
HONORARIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS		
Honorarios Médicos Quirúrgicos	ILIMITADO	Valor asegurado único
Honorarios Médicos Por Tratamiento Hospitalario No Quirúrgico	ILIMITADO	Valor asegurado único
Honorarios Médicos Del Intensivista	ILIMITADO	Valor asegurado único
Honorarios Médicos Por Interconsultas	ILIMITADO*	Valor asegurado único
Consulta Preadiestésica		
GASTOS AMBULATORIOS		
Fracturas Esguinces Y Luxaciones	ILIMITADO*	Valor asegurado único
Exámenes Especiales De Diagnóstico	ILIMITADO	Valor asegurado único
Tratamiento Médico Ambulatorio	ILIMITADO*	Valor asegurado único
Tratamiento De Rehabilitación	ILIMITADO*	Valor asegurado único
Asistencia ambulatoria por enfermedad	ILIMITADO	No aplica
• Deducible Por Consulta Médica	30.000	No aplica
• Deducible único por orden de laboratorio	40.000	No aplica
• Deducible por orden de sesiones de terapia		No aplica
• Deducible Por 3 Sesiones de Escleroterapia (Por vigencia)	20% Mínimo \$30,000	No aplica
Medicina familiar	80.000	No aplica
COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO	ILIMITADO	Valor asegurado único
Cobertura Para Bebés Con Enfermedades Congénitas	ILIMITADO	Valor asegurado único
ATENCIÓN DE URGENCIA DURANTE VIAJE AL EXTERIOR		
Valor Asegurado	US\$25,000	No aplica
• Para Países de la Comunidad Europea	€ 30.000	No aplica
• Duración Urgencia en el Exterior	90 días	No aplica
• Deducible Por Evento	US\$0	No aplica

*Ilimitado: Se refiere al valor asegurado. Para algunos conceptos de cobertura aplica límite en cuanto a tiempo (Ver Condiciones generales)

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.