

SALUD A SU MEDIDA PLAN S y M

01/03/2026 -1407-P-35-PH-000000000230-DR01

PROMESA DE VALOR

En Seguros Bolívar queremos que se sienta tranquilo con su seguro. Si dentro del primer mes de vigencia de su póliza no se siente conforme con las condiciones del producto, puede solicitar por escrito la cancelación. Le devolveremos el 100% de la prima pagada, sin reconocer ningún tipo de interés siempre que no haya usado ningún servicio o presentado un siniestro.

CONDICIÓN PRIMERA - OBJETO.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. (LA ASEGURADORA), cubrirá los costos médicos usuales, acostumbrados y razonables, según el plan contratado por el **ASEGURADO**, hasta el valor asegurado indicado en la tabla de coberturas para los Planes Ambulatorios: S, S Plus, M y M Plus.

Tenga en cuenta que:

- El valor asegurado disminuye con cada pago de indemnización que efectúe **LA ASEGURADORA** durante la vigencia de la póliza.
- La atención se presta solo en Colombia.
- Debe realizarse a través de la red médica autorizada por Seguros Bolívar y disponible en el directorio médico.
- Aplican los deducibles indicados en la tabla de coberturas.
- No hay derecho a reembolso.

CONDICIÓN SEGUNDA — QUÉ CUBRIMOS.

2.1. COBERTURAS AMBULATORIAS: Se reconocen exclusivamente los siguientes gastos por atenciones ambulatorias:

PLAN S y M

2.1.1. Consultas ambulatorias presenciales: con 18 especialidades médicas descritas en la tabla de coberturas.

2.1.2. Consulta Médica Domiciliaria (Médico en casa): Por médico general, en caso de enfermedad o accidente, a través de nuestra red exclusiva de prestadores, según disponibilidad de la red en la ubicación del **ASEGURADO**.

2.1.3. Telemedicina (Consulta Virtual o Teleorientación Médica): En las especialidades detalladas en la tabla de coberturas.

Asegurado: Persona natural titular del interés asegurable, objeto de cobertura.

Deducible: Es el valor que se establece en el contrato de seguro, que no está cubierto por la póliza, y por lo tanto está a cargo del **ASEGURADO**, sobre el total facturado por concepto de los servicios prestados y cubiertos por la póliza.

Atención ambulatoria: Es el ingreso del **ASEGURADO** a un centro de atención de salud legalmente establecido, para recibir tratamiento médico, paramédico y/o quirúrgico, con una permanencia de menos de veinticuatro (24) horas en él.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

Accidente: Suceso repentino, externo, fortuito e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca lesiones en su integridad física.

2.1.4. Traslados terrestres en ambulancia a centro hospitalario: cuando médicamente se requiera y sea autorizado por la línea de servicio al cliente de la **ASEGURADORA**, en trayecto urbano y según disponibilidad de la red en la ubicación del **ASEGURADO**.

2.1.5. Odontología: según lo detallado en la tabla de coberturas.

PLANS plusy M

2.1.6. Bolsa de Exámenes de Laboratorio y Diagnóstico: cubrimos los Exámenes de Laboratorio y Diagnóstico, los cuales deben ser realizados exclusivamente a través de nuestra red de proveedores autorizada y previa presentación de la respectiva orden médica. El pago de los servicios estará sujeto a la aplicación de un deducible bajo las siguientes modalidades:

- **Laboratorios Clínicos:** El deducible se aplicará por cada orden médica.
- **Exámenes Médicos de Diagnóstico:** El deducible se aplicará individualmente por cada examen.

La cobertura máxima por cada modalidad no excederá el valor asegurado descrito en la tabla de coberturas, respecto del plan contratado.

2.1.7. Consulta sin cita previa: según disponibilidad en nuestra red indicada en el directorio médico.

PLAN M plus

2.1.8. Medicamentos: Cobertura de los medicamentos que se encuentran debidamente autorizados e incluidos en la lista de medicamentos cubiertos disponible en la tabla de coberturas del plan.

2.1.9. Urgencias: cubrimos las urgencias que no requieren hospitalización, prestada exclusivamente dentro de nuestra red médica autorizada. Esta cobertura está sujeta a la aplicación del deducible estipulado en la tabla de coberturas.

Medicamentos administrados:

Son las dosis de medicamentos formulados por el médico tratante, adquiridos y consumidos por el **ASEGURADO**.

Hospitalización:

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, o la atención en el domicilio del **ASEGURADO** dada por un proveedor legalmente constituido para tal fin, previa prescripción médica avalada por **LA ASEGURADORA**, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas. Duraciones inferiores se considerarán como atención ambulatoria.

CONDICIÓN TERCERA - QUÉ NO CUBRIMOS

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

- 3.1. Gastos relacionados con hospitalización en centro médico o domiciliaria, UCI, cirugías o tratamientos quirúrgicos.
- 3.2. Chequeos médicos ejecutivos.
- 3.3. La escleroterapia.
- 3.4. Tratamientos para adelgazar o para la obesidad.
- 3.5. Odontología no incluida en la tabla de coberturas.
- 3.6. Cirugías de corrección visual, lentes, audífonos o elementos para corregir afecciones visuales o auditivas.
- 3.7. Tratamientos de fertilidad, anticoncepción, cambio de sexo o para el mejoramiento del funcionamiento sexual.
- 3.8. Pruebas genéticas, vacunas, test de alergias de parche o inmunoterapias y sus consecuencias.
- 3.9. Tratamientos por VIH con o sin desarrollo de SIDA.
- 3.10. Ningún gasto relacionado por consecuencias de guerra, terrorismo, desastres naturales o participación del **ASEGURADO** en una actividad delictiva.
- 3.11. Atención por medicina alternativa, medicina no tradicional o por instituciones o profesionales no autorizados, o por fuera de la red de atención autorizada.
- 3.12. Transporte distinto al cubierto en ambulancia.
- 3.13. Estudios, tratamientos o enfermedades por exposición a sustancias químicas, biológicas o venenosas en actos terroristas.

CONDICIÓN CUARTA - LIMITACIONES A LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA.

- 4.1. **Suma asegurada:** Es el monto máximo que cubrimos por **ASEGURADO** y vigencia anual, la cual está detallada en la tabla de coberturas para cada una de los amparos.
- 4.2. **Sin límite máximo de edad:** puede ingresar o permanecer en

cualquier momento.

4.3. Deducible: Se aplica por evento, orden médica o examen, según el servicio y plan contratado. Ver tabla de coberturas.

CONDICIÓN QUINTA - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

5.1. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): el **ASEGURADO** Es indispensable que el **ASEGURADO** principal y su familia se mantengan afiliados y activos en el régimen contributivo o de excepción durante toda la vigencia y en las renovaciones. (Artículo 20 del Decreto 806 de 1998 y Artículo 279 de la Ley 100 de 1993, las que las modifiquen, adicionen o reemplacen.). Si el **ASEGURADO** pierde su afiliación a la EPS, este contrato terminará automáticamente.

5.2. Informar cualquier cambio de EPS o régimen durante la vigencia.

5.3. Pagar la prima bajo la modalidad y plazos estipulados en la CONDICIÓN SEXTA de esta póliza.

CONDICIÓN SÉXTA - PAGO DE PRIMA Y TERMINACIÓN AUTOMÁTICA.

El **TOMADOR** podrá elegir la periodicidad de pago de la prima, entre mensual y anual. En cualquier caso el seguro operará bajo la modalidad de recaudo anticipado.

6.1. Primer Pago: Deberá realizarse al momento de la compra para activar la póliza y dar inicio a la cobertura al día siguiente.

6.2. Pagos Subsiguientes: Para garantizar la continuidad de la cobertura el cobro de cada mensualidad o anualidad se gestionará con cinco (5) días de antelación a la fecha de inicio del siguiente periodo. (Las fechas están consignadas en la carátula de la póliza). Es obligación del **TOMADOR** realizar el pago o asegurar la disponibilidad de los fondos o cupo necesario para que el mismo sea exitoso.

6.3. Terminación Automática: Se concede un plazo máximo de espera de cinco (5) días contados a partir de la fecha de inicio del nuevo periodo de vigencia, mensual o anual. Si transcurrido este término no se ha logrado el recaudo efectivo de la prima, se producirá la terminación automática del contrato de seguro, cesando la cobertura de manera inmediata y definitiva.

6.4. Incrementos en tarifa: se incrementa el Primero (1°) de enero de cada año.

Tomador: Es la persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y al que le corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo los que por su naturaleza correspondan al **ASEGURADO**.



CONDICIÓN SÉPTIMA - VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La cobertura inicia en la fecha y hora señaladas en la carátula del seguro, la cual corresponderá al día siguiente de haberse realizado el pago de la primera prima y expedida la póliza.

La póliza se renueva automáticamente siempre y cuando el recaudo sea exitoso, salvo que el **ASEGURADO** decida no hacerlo.

CONDICIÓN OCTAVA- INCLUSIÓN Y RETIRO DE ASEGURADOS.

Además del **ASEGURADO** principal, pueden incluirse su cónyuge o compañero permanente, padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos o sobrinos.

Puede solicitar en cualquier momento la inclusión o el retiro de un **ASEGURADO**. El ingreso será el primer día de la próxima mensualidad siempre y cuando el recaudo sea exitoso, en caso contrario se cancela la modificación a la póliza. En caso de retiros, si hay primas no devengadas, éstas serán devueltas.

CONDICIÓN NOVENA - PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN RED MÉDICA

Cuando el **ASEGURADO** requiera un servicio relacionado con las coberturas indicadas en la CONDICIÓN SEGUNDA - QUÉ CUBRIMOS, **LA ASEGURADORA** otorgará la autorización de forma directa al proveedor, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles siguientes a la solicitud.

En todo caso, el deducible establecido en la tabla de coberturas estará a cargo del **ASEGURADO**.

CONDICIÓN DÉCIMA- CAMBIOS EN RED MÉDICA

LA ASEGURADORA puede actualizar en cualquier momento los proveedores de salud que hacen parte de la red de atención.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - RESPONSABILIDAD CIVIL Y SUBROGACIÓN

Seguros Bolívar no es responsable por errores médicos o de diagnóstico de los profesionales que prestan el servicio.

Si un tercero causa un daño cubierto, Seguros Bolívar puede ejercer el derecho de recuperar lo pagado ante ese tercero. **EI ASEGURADO** se compromete a facilitar los documentos o evidencias necesarias para este recobro.

Asegurado principal: En las pólizas individuales es quien sea designado como tal en la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMO SEGUNDA- NOTIFICACIONES

Toda comunicación debe hacerse por escrito (correo físico o digital). Se entenderá recibida con la constancia de envío.