SALUD A SU MEDIDA PLAN L

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001

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.

CONDICIONES GENERALES

Este contrato se rige por lo que aquí está escrito, por la tabla de coberturas, y por la ley colombiana. Se expide con base en la información suministrada por el **TOMADOR** y los **ASEGURADOS**, incluyendo afiliación al régimen contributivo de salud y cuestionarios médicos de asegurabilidad. La cobertura inicia y termina a las 24:00 horas de las fechas indicadas en la carátula.

CONDICIÓN PRIMERA - OBJETO.

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. (LA ASEGURADORA), cubrirá los costos médicos usuales, acostumbrados y razonables derivados de: enfermedades y accidentes o maternidad ocurridos durante la vigencia de la póliza. Este clausulado corresponde al Plan L, que requiere diligenciamiento de declaración de asegurabilidad para ser evaluado médicamente.

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.

2.1.1. Fracturas, esguinces y luxaciones: incluye atención inmediata, rayos X, medicamentos, yesos y hasta 30 sesiones de terapia

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**.

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

Costo usual y acostumbrado:
Es el valor que **LA ASEGURADORA** reconoce a los profesionales e instituciones de su red de proveedores en el territorio nacional, por un servicio médico igual o similar, dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio al **ASEGURADO.**

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.

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.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

física, si se toman dentro de los 60 días posteriores al accidente o al retiro de la inmovilización.

2.1.2. Exámenes de Laboratorio y Diagnóstico: exámenes cuya orden médica sea expedida por un profesional médico de la red de proveedores de la **ASEGURADORA** y sean tomados en la red de prestadores definida. Se aplica un deducible, de acuerdo con la tabla de coberturas, para los laboratorios clínicos por orden médica y para otros exámenes de diagnósticos se aplica un deducible por cada examen.

2.1.3. Tratamiento médico ambulatorio de Alto Costo: Siempre que la enfermedad haya sido cubierta por esta póliza, se reconocerán los gastos médicos ambulatorios asociados a las patologías mencionadas a continuación:

- Cáncer (tumores sólidos y neoplasias hematológicas).
- Insuficiencia renal crónica avanzada en estadío 5.
- EPOC grave y muy grave.
- Lupus Eritematoso Sistémico.
- SIDA.
- Aplasia medular y trasplantes

Los gastos médicos cubiertos se limitan exclusivamente a:

- Honorarios médicos derivados de consultas con médicos especialistas de la red autorizados por la **ASEGURADORA**.
- Exámenes de laboratorio clínico y de patología convencional, excluyendo pruebas genéticas, genómicas, moleculares avanzadas o de secuenciación de nueva generación.
- Medicamentos antineoplásicos, quimioterapia y radioterapia que cumplan la indicación vigente aprobada por el INVIMA para el diagnóstico correspondiente (para tumores sólidos y neoplasias hematológicas),
- Medicamentos inmunomoduladores para pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y pacientes trasplantados.
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria para pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal avanzada en estadio 5.
- Medicamentos de uso pulmonar para pacientes con diagnóstico de EPOC grave y muy grave de acuerdo con la clasificación internacionalmente aprobada para la EPOC.
- Medicamentos antirretrovirales para pacientes que hayan desarrollado SIDA. La cobertura se brindará con un límite máximo de cobertura de hasta dos (2) años contados desde

Tratamiento ambulatorio:
Son los servicios que se le prestan al **ASEGURADO**, suministrados fuera de una institución hospitalaria o dentro de ella durante un período de tiempo menor de veinticuatro (24) horas, tales como servicios médicos, enfermera, exámenes de laboratorio, suministros, transfusiones, medicamentos, quimioterapia y radioterapia para el cáncer, diálisis y hemodiálisis peritoneal.

Una enfermedad cubierta por esta póliza
Es aquella que aparece en la lista de patologías graves descrita en esta cláusula, que fue diagnosticada después de contratar el seguro (o superó los períodos de carencia o fue declarada y aceptada por la compañía en el momento de la emisión del contrato), que aún cuenta con saldo o tiempo de cobertura disponible, y cuyo tratamiento es prestado exclusivamente en la institución de la red autorizada asignada por la aseguradora.

SIDA cubierto por la póliza (síndrome de inmunodeficiencia adquirida):
Padece SIDA cubierto por la póliza toda persona que cumpla las siguientes condiciones:
- Que presente una prueba serológica positiva para VIH confirmada con WESTERN BLOT.
- Que presente cualquiera de las enfermedades asociadas y aceptadas como tales internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud, en el momento de la ocurrencia del evento médico.
- Que el mismo sea proveniente de una infección por VIH adquirida durante el tiempo de permanencia del **ASEGURADO** en la póliza.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

la fecha del diagnóstico del síndrome, sin afectar el tiempo que el Asegurado lleve en la póliza.

Los anteriores conceptos tendrán reconocimiento siempre y cuando se presten exclusivamente en la institución de la red de Seguros Bolívar a la cual sea remitido el **ASEGURADO** por parte de la **ASEGURADORA** y para las patologías listadas anteriormente, hasta los límites de valor asegurado establecido en la tabla de coberturas por vigencia y por patología.

2.1.4. Rehabilitación por eventos de Alto Costo: cubrimos los gastos de rehabilitación para eventos como Trauma raquimedular, Trauma craneoencefálico severo, Accidente cerebrovascular, Enfermedad de Guillain Barré, Enfermedad coronaria e Insuficiencia cardíaca, siempre que el tratamiento inicie dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del primer egreso hospitalario por el evento de alto costo. Esta cobertura tiene un límite de hasta por 6 meses o el valor asegurado establecido en la tabla de coberturas (lo que se agote primero) por vigencia y por tipo de evento.

2.1.5. Consultas ambulatorias presenciales: incluye consultas con Medicina general, Medicina especializada (especialidades señaladas en la tabla de coberturas), Psicología, Nutrición, Optometría y terapias como Física, Respiratoria, de Lenguaje, Ortóptica, Ocupacional. Para las terapias se requiere orden médica expedida por un profesional médico de la red de proveedores de **LA ASEGURADORA**.

Parágrafo: La prestación de los servicios de consulta ambulatoria a través de la red de proveedores, no implica que **LA ASEGURADORA** queda obligada a indemnizar por las demás coberturas indicadas en la Condición Segunda.

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

2.1.7. 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.**

2.1.8. Traslados en Ambulancia: Traslados terrestres a centro hospitalario: cuando médicamente se requiera y sea autorizado en trayecto urbano y según disponibilidad de la red en la ubicación del **ASEGURADO**.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

2.1.9. Urgencias: en nuestra red médica, con deducible según tabla de coberturas.

2.1.10. Odontología: Se cubrirá la atención odontológica al **ASEGURADO** como consecuencia de una atención ambulatoria, según lo detallado en la tabla de coberturas.

2.1.11. Terapias domiciliarias: Hasta 20 sesiones de terapia física y/o respiratoria, por vigencia, las cuales no acumulables entre vigencias. Las sesiones se deben realizar dentro del perímetro urbano, ordenadas por un profesional de la salud pertenecientes a la red de proveedores definida por la **ASEGURADORA**.

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

2.2. COBERTURA HOSPITALARIA (HOSPITALIZACIÓN)

2.2.1. Habitación hospitalaria: en habitación privada, sencilla y con cama de acompañante.

2.2.2. Unidad de cuidado intensivo: permanencia en la unidad de cuidado intensivo y honorarios médicos del intensivista.

2.2.3. Gastos hospitalarios: En caso de tratamiento médico hospitalario o tratamiento quirúrgico hospitalario o tratamiento quirúrgico ambulatorio, se reconocerán los gastos hospitalarios exclusivamente por los siguientes conceptos:

2.2.3.1. Gastos dentro de la hospitalización: medicamentos, sangre, plasma y sus derivados sanguíneos, suministro de oxígeno, exámenes de laboratorio clínico, gases arteriales, servicios de rayos x, ecografías, resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada, exámenes de medicina nuclear, spect, medios de contraste, materiales de curación, procedimientos de diagnóstico, monitoreos, bombas de infusión, uso de respirador artificial, derechos de sala de cirugía, elementos y suministros quirúrgicos, dotación del quirófano, esterilización, anestésicos, instrumentación, materiales de osteosíntesis y sala de recuperación, entre otros.

2.2.3.2. Medicamentos, exámenes de laboratorio: dentro de los treinta (30) días anteriores al inicio o dentro de los

Urgencia:
Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
(Decreto 412 de 1992 Min. Salud Pública).

Telemedicina:
Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios en cualquier área geográfica.

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.

Habitación privada:
Es el lugar del centro hospitalario donde permanece el **ASEGURADO** para recibir el tratamiento médico, el cual consta de habitación individual sencilla. No se considera habitación privada la habitación con sala.

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

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

treinta (30) días posteriores a la terminación de la hospitalización o cirugía, siempre y cuando tengan relación directa con la causa de la misma.

2.2.3.3. Enfermera: Cubrimos los gastos siempre que sea por prescripción médica y su necesidad sea para la provisión de cuidados médicos esenciales, los cuales serán evaluados por la **ASEGURADORA** de acuerdo con los criterios establecidos de enfermería. La cobertura tiene un límite máximo de quince (15) turnos de doce (12) horas cada uno (diurnos o nocturnos) durante las veinticuatro (24) horas del día. No incluye cuidados personales, asistenciales y/o cuidador.

2.2.3.4. Prótesis, aparatos ortopédicos y reemplazo de prótesis:

A. Prótesis e Insumos Internos (Quirúrgicos): Se cubren exclusivamente las prótesis internas y dispositivos médicos necesarios para la realización de un acto quirúrgico amparado, tales como: Stent, coil, lente intraocular, cardiodesfibrilador, marcapasos, prótesis vasculares, valvulares y articulares internas (ej. reemplazo de cadera o rodilla). La cobertura se limita a prótesis convencionales o estándar.

B. Órtesis y Aparatos Ortopédicos (Post-Trauma): Se reconoce el suministro de elementos ortopédicos no quirúrgicos necesarios para la inmovilización o recuperación inmediata tras un accidente o cirugía (tales como cabestrillos, botas inmovilizadoras, férulas o rodilleras rígidas). Esta cobertura está sujeta al límite por evento indicado en la tabla de coberturas.

C. Ayudas Técnicas (Sillas de Ruedas): Se cubre exclusivamente el alquiler de silla de ruedas de tipo convencional (manual), únicamente durante el periodo de recuperación prescrito por el médico tratante.

El reemplazo solo se cubre cuando:

1. La prótesis original fue reconocida por Seguros Bolívar y el **ASEGURADO** ha sido cubierto, sin interrupciones, por un seguro de salud de la Compañía.

2. El reemplazo es médicamente necesario, con soporte

Prótesis:
Sustituto artificial de una parte faltante o fallante del cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura. Para efectos de la cobertura de prótesis, únicamente se cubrirán aquellas que no se encuentren en fase experimental y se estén comercializando dentro del portafolio de las casas con representación nacional.

Aparato ortopédico:
Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir deformidades, mejorar la función de las partes movibles del cuerpo, con excepción de aquellos en los que no se ha demostrado científicamente su eficacia o que buscan únicamente mejoras estéticas.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

del médico tratante y confirmación de los profesionales designados por la **ASEGURADORA**.

3. Aplica el límite máximo establecido para prótesis y aparatos ortopédicos.

2.2.3.5. Trasplantes, obtención y traslado del órgano y retrasplantes: Cubrimos los costos por evento médico hasta el límite indicado en la tabla de coberturas, siempre que la enfermedad esté amparada por la póliza. Si el **ASEGURADO** necesita un re trasplante, lo cubrimos cada vez que sea médicamente necesario, si el trasplante inicial fue cubierto por **LA ASEGURADORA** y el **ASEGURADO** ha sido cubierto, sin interrupciones, por un seguro de salud de **LA ASEGURADORA**. La cobertura aplica hasta el mismo límite fijado para el primer trasplante

2.2.3.6. Terapias: Si durante la hospitalización, o hasta treinta (30) días después de salir de ella o después del procedimiento quirúrgico, necesita terapias físicas, respiratorias, del lenguaje o rehabilitación cardiaca, se cubren hasta treinta (30) sesiones de cada terapia. Estas terapias deben estar relacionadas directamente con la causa de la hospitalización o cirugía.

2.2.3.7. Para tratamiento de hospitalización domiciliaria: Cuando necesite continuar en casa un tratamiento hospitalario por un evento médico o quirúrgico cubierto, la **ASEGURADORA** podrá autorizar la hospitalización domiciliaria si se cumplen estos requisitos:

a) Que el tratamiento pueda brindarse de forma segura en casa.
b) Que se realice en el domicilio del **ASEGURADO**.
c) Que cuente con la autorización previa de la **ASEGURADORA**.
d) Que lo presten profesionales de la salud legalmente habilitados.
e) Que todo esté soportado en la historia clínica correspondiente.
f) Que el servicio se preste en una ciudad donde la **ASEGURADORA** tenga disponible este servicio a través de proveedores autorizados.
g) La duración será la que indiquen los reportes médicos del proveedor asignado por la

Trasplante:
Es un tratamiento médico complejo que permite que órganos, tejidos o células enfermos de una persona, se puedan reemplazar por órganos, tejidos o células sanos de la misma o de otra persona. En algunos casos esta acción sirve para salvarle la vida, en otros para mejorar la calidad de vida o ambas cosas.

Retrasplante:
Es el trasplante practicado a una persona a la que previamente se le había realizado el trasplante del mismo órgano.

Hospitalización domiciliaria:
Es la atención médica multidisciplinaria que se presta a un **ASEGURADO** que requiere cuidados hospitalarios en su domicilio para el manejo integral de su enfermedad, con la misma calidad técnico científica de una institución hospitalaria. Tiene como fin promover el bienestar del **ASEGURADO** en su propio entorno, para contribuir en la recuperación de su salud y mejorar la calidad humana de la asistencia hospitalaria, al llevar a cabo las actividades en el domicilio habitual del **ASEGURADO**, ya que la atención es prestada a través de un equipo de profesionales médicos y paramédicos que cumplen las mismas funciones y actividades que se desarrollan en el centro hospitalario.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

ASEGURADORA.

Para estados comatosos, enfermedades degenerativas o desmielinizantes del sistema nervioso central (como la esclerosis múltiple), se cubren hasta ciento veinte (120) días de hospitalización domiciliaria por evento médico.

Si el **ASEGURADO** no usa estos días durante la vigencia anual, el límite se mantiene igual en las renovaciones. Si los utiliza, el número de días disminuye según los ya usados y no se restablece en las renovaciones siguientes.

2.2.3.8. Tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica fase aguda. Cubrimos los tratamientos hospitalarios hasta por treinta (30) días en cada vigencia.

2.2.3.9. Procedimientos aplicando tecnologías avanzadas: cuando se solicite una cirugía, examen especial o cualquier procedimiento que involucre tecnología habilitada en Colombia, la solicitud será revisada por un comité médico de **LA ASEGURADORA**. Este comité decidirá si autoriza o no el procedimiento o la tecnología solicitada, según las condiciones específicas de cada caso, incluso si la enfermedad está cubierta por la póliza.

2.2.4. Honorarios médicos hospitalarios: incluye los honorarios por:

- Cirujano
- Anestesiólogo y consulta preanestésica
- Ayudante de cirugía
- Visita diaria del médico tratante en tratamientos no quirúrgicos.
- Intensivista cuando se encuentre en la Unidad de Cuidado Intensivo.
- Interconsultas.
- Una (1) consulta preanestésica.

2.3. COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO: Cubre automáticamente al recién nacido, cuando el embarazo estuvo cubierto por la póliza, si es incluido dentro de los 30 días siguientes al parto. Incluye valoración del recién nacido por el pediatra en la sala de partos. En caso de que el embarazo sea múltiple, esta cobertura se concederá independientemente para cada recién nacido.

Crisis Psicótica:
Cuando se presenta el primer episodio de psicosis que cumple los criterios establecidos por el DSM-V. Según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-V) la psicosis se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: Ideas delirantes, al ucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Según el manual solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta con tinuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. No se considera psicosis si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad médica asociada.

Enfermedad congénita:
Se entenderá por un padecimiento congénito, todo aquello que está presente antes del nacimiento. En general anomalías o enfermedades, aun cuando no sean reconocibles en el neonato y su manifestación clínica tenga lugar durante la vida postnatal, incluso en la segunda o tercera infancia y aún en la edad adulta. Puede ser de tipo hereditario (cromosopatías) o adquirido (tóxicos o infecciones entre otros).

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

2.3.1. Cobertura para bebés con enfermedades congénitas: Los bebés que nazcan durante un embarazo cubierto por la póliza cuentan, de forma automática, con la protección para el tratamiento y los gastos relacionados con enfermedades congénitas. Para que esta cobertura aplique, es necesario incluir al recién nacido en el mismo plan del Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a su nacimiento. Si el embarazo es múltiple, la cobertura se otorgará de manera independiente para cada bebé.

2.4. COBERTURA DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Para aquellas personas que no hayan estado aseguradas desde el momento de su nacimiento en esta póliza, pero que tengan una permanencia como asegurados en ella igual o superior a tres (3) años continuos, gozarán de la cobertura para las enfermedades congénitas que se diagnostiquen y/o se manifiesten por primera vez, una vez se haya cumplido dicho lapso de tres (3) años en adelante.

CONDICIÓN TERCERA - QUÉ NO CUBRIMOS:

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

3.1. Tratamiento médico o quirúrgico para atención psiquiátrica, por eventos tales como adicciones, crisis conversivas, así como los tratamientos psicológicos.

3.2. Tratamiento médico o quirúrgico por intento de suicidio o lesiones causadas deliberadamente por el **ASEGURADO** a sí mismo, sea cual fuere su estado emocional o anímico al causarse la lesión.

3.3. Chequeos médicos ejecutivos con o sin hospitalización.

3.4. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas, salvo para los bebés que nazcan de un embarazo cubierto por esta póliza y cuya inclusión en la misma se haya realizado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento. Así como para los asegurados cubiertos conforme el numeral 2.4. Cobertura de enfermedades congénitas- de la Condición Segunda de esta póliza.

3.5. Enfermedades contraídas antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, conocidas o no conocidas por el **TOMADOR** o **ASEGURADO,** así como sus secuelas o consecuencias.

3.6. Hospitalización de paciente crónico con o sin ventilador en Unidad de Cuidado Crónico independientemente que la enfermedad o la causa se haya desarrollado durante la vigencia de la póliza.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

3.7. Accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso del **ASEGURADO** en la póliza, así como sus secuelas o sus consecuencias.

3.8. Rinoplastia o tratamientos o cirugías estéticas o plásticas, salvo las de tipo reconstructivo por accidente o enfermedad cubierta por esta póliza.

3.9. La escleroterapia.

3.10. Mamoplastias, excepto aquellas reconstructivas como consecuencia de cáncer de seno cubierto por esta póliza.

3.11. Tratamientos para adelgazar sean médicos, quirúrgicos o farmacológicos. Se excluyen además los tratamientos de cualquier modalidad para cualquier tipo de obesidad así sean médicamente necesarios.

3.12. Atención odontológica que no esté expresamente relacionada en las coberturas incluidas en la Tabla de Coberturas.

3.13. Exámenes y corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía, astigmatismo, así como el suministro de anteojos, lentes de contacto u otros elementos para corregir la visión.

3.14. Los dispositivos para la audición y las consultas para su adaptación y seguimiento.

3.15. Estudios o tratamientos de esterilización o su revertimiento, anticoncepción, fertilización, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, fecundación in vitro o cambio de sexo parcial o total.

3.16. Terapias genéticas. Terapias celulares avanzadas, incluyendo pero no limitadas a terapias CAR-T. Terapias génicas y otras terapias avanzadas de modificación genética. Pruebas genómicas, moleculares avanzadas y estudios de secuenciación de nueva generación. Medicamentos como anticuerpos biespecíficos o anticuerpos conjugados con fármacos ADCs.

3.17. Vacunas o tratamientos inmunológicos como las inmunoterapias y los test de alergias de parche, así como las consecuencias que se deriven de ellos.

3.18. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios para pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que no hayan desarrollado SIDA.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

3.19. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de actos de guerra civil o internacional, sea declarada o no, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil, golpe de estado civil o militar, asonada, terrorismo o lesiones causadas por fisión o fusión nuclear.

3.20. Cualquier evento médico cuya causa tenga como origen la participación comprobada del **ASEGURADO** en una actividad delictiva, o sea consecuencia de la misma.

3.21. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.

3.22. Cualquier tratamiento derivado de consulta de medicina alternativa, medicina no tradicional o medicina experimental y la acupuntura.

3.23. Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.

3.24. Si el **ASEGURADO** ingresó a la póliza después de cumplir los nueve (9) años de edad, se excluye todo tratamiento médico o quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal como consecuencia de una enfermedad, salvo que la misma sea consecuencia de un accidente. La prueba del mismo deberá confirmarse por medio de radiografías, tomadas al **ASEGURADO** dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia y con el resumen de la historia clínica expedido por la entidad hospitalaria en donde recibió la atención.

3.25. Honorarios profesionales por servicios ordenados o prestados por médicos que no hacen parte de la red de prestadores definida por la **ASEGURADORA** para este producto.

3.26. Los gastos de viaje o transporte para recibir servicios médicos, con excepción de los ocasionados por Transporte en Ambulancia definidos en la condición 2.1.8.

3.27. Estudios, tratamientos o enfermedades causadas directa o indirectamente por sustancias biológicas y/o químicas, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos derivados de actos terroristas.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

3.27. La compra definitiva de sillas de ruedas, así como el alquiler o compra de sillas motorizadas, eléctricas o scooters médicos. Las prótesis externas o reemplazos artificiales de miembros (brazos, piernas, manos, pies), mioeléctricas o mecánicas, prótesis personalizadas, hechas a medida, biónicas, o materiales de navegación robótica.

CONDICIÓN CUARTA - LIMITACIONES

4.1. Período de carencia: Se cubren los gastos médicos, siempre y cuando la condición de salud no sea preexistentes, y se haya cumplido el período de carencia indicado a continuación. El periodo de carencia empieza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en la póliza.

Período de carencia: Se entiende como el lapso contado a partir del inicio de la vigencia de la póliza y durante el cual el **ASEGURADO** no tiene la cobertura.

ENFERMEDAD	PERÍODO DE CARENCIA
Enfermedad coronaria	6 meses
Cáncer o enfermedades neoplásicas	12 meses
Cálculos biliares (en la vesícula)	12 meses
Cálculos urinarios o renales	12 meses
Cistocele o rectocele	12 meses
Hernias de cualquier tipo	12 meses
Miomatosis uterina (miomas)	12 meses
Várices	12 meses
SIDA cubierto por la póliza	12 meses
Vasectomía	12 meses
Maternidad	12 meses

4.3. Preexistencias: Las preexistencias conocidas y declaradas por el Tomador o el Asegurado al momento de su inclusión en la póliza estarán cubiertas, siempre que hayan sido aceptadas por la **ASEGURADORA** de forma escrita y expresa en las condiciones particulares del contrato. Las preexistencias que no hayan sido declaradas no estarán cubiertas.

Preexistencia conocida: Enfermedad, malformación o afección ocurrida y originada y cuyos síntomas y/o signos clínicos se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de la inclusión del **ASEGURADO** en la misma, independientemente de que su diagnóstico se realice durante la ejecución del contrato.

4.4. Suma asegurada: Es el monto máximo que cubrimos por **ASEGURADO** y vigencia anual.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

4.5. Límite máximo de edad: No aplica límite máximo de edad para ingresos o permanencia. La tarifa para los Asegurados se calcula según rangos de edad y se actualiza en cada vigencia anual. El **TOMADOR** podrá solicitar la inclusión de nuevos asegurados en cualquier momento durante la vigencia de la póliza. El ingreso de estas personas estará sujeto a la respectiva evaluación médica.

4.6. Deducible: El deducible aplica únicamente para las coberturas indicadas en la tabla de coberturas, bajo las siguientes precisiones:

4.6.1. El deducible opera por evento.

4.6.2. Para laboratorio clínico y terapias, el deducible opera por orden médica y por orden de sesiones, respectivamente.

4.6.3. Para exámenes de diagnóstico el deducible opera por cada examen.

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). Si el **ASEGURADO** pierde su afiliación a la EPS, este contrato terminará automáticamente.

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

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

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

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.

CONDICIÓN SÉPTIMA- ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD.

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** puede decidir, al requerir servicios médicos, si usa los de esta póliza o los del PBS al que esté afiliado."

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 y en caso de retiros, si hay primas no devengadas, serán devueltas.

CONDICIÓN NOVENA - VIGENCIA, RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN.

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 firmado el contrato.

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

CONDICIÓN DÉCIMA - RETICENCIA.

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por **LA ASEGURADORA** la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato, con sujeción al artículo 1058 y concordantes del Código de Comercio.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1059 del Código de Comercio, rescindido el contrato por la reticencia o inexactitud del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMO PRIMERA- RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

En caso de que la presente póliza no sea renovada a la fecha de la terminación de su vigencia y el **ASEGURADO** se encuentre recibiendo los servicios por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir los costos generados por la atención médica en curso del evento cubierto.

Por lo tanto, los costos de un evento médico que se causen con posterioridad a la fecha de terminación de la vigencia de este contrato, no estarán cubiertos aunque se deriven de una enfermedad, de un accidente o una maternidad ocurrida durante la vigencia del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMO SEGUNDA - RESPONSABILIDAD CIVIL Y SUBROGACIÓN

Los perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al **ASEGURADO**, que puedan derivarse de un diagnóstico, tratamiento o intervención equivocada o defectuosa, serán responsabilidad exclusiva de los profesionales o instituciones que presten los servicios.

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal cede a **LA ASEGURADORA** los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de los servicios médicos prestados al **ASEGURADO**, faculta automáticamente a **LA ASEGURADORA** para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el **ASEGURADO** se compromete a entregar a **LA ASEGURADORA** las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

CONDICIÓN DÉCIMO TERCERA- NOTIFICACIONES

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

CONDICIÓN DÉCIMO CUARTA - RECLAMACIONES.

Para solicitar el pago de un servicio cubierto:

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999

- Presente la reclamación con los documentos que prueben el evento y su valor.
- Obtenga autorización previa cuando el servicio lo requiera.
- Seguros Bolívar puede solicitar información médica o exámenes adicionales aún durante el proceso de reclamación.
- Si una reclamación es falsa o fraudulenta, se pierde todo derecho sobre la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMO QUINTA - CAMBIOS EN RED MÉDICA

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

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

07/01/2026 -1407-P-35-PH-0000000000231-D001
07/01/2026-1407-NT-P-35-SALIVI0102349999