

CLAUSULADO MÉDICA FAMILIAR COLECTIVA PLANES LIVIANOS (AMBULATORIOS)

01/04/2026-1407-P-35-PH-000000000232-D001

ARTÍCULO PRELIMINAR

Esta póliza se rige por lo que aquí se establece y, en lo no previsto, por la ley colombiana.

Se expide con base en la información que el **TOMADOR** y los **ASEGURADOS** nos entregaron, la cual permitió evaluar el riesgo y definir el valor de la prima.

Esta póliza se rige por las condiciones que aquí se establecen de acuerdo con el plan contratado y que se describen en la condición segunda. En lo no previsto, se aplicará la ley colombiana.

CONDICIÓN PRIMERA - OBJETO

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en adelante se denominará **LA COMPAÑÍA**, garantiza a cada **ASEGURADO** el pago de los gastos médicos derivados de un evento cubierto por esta póliza, hasta el valor asegurado anual. Este valor se irá disminuyendo con cada pago realizado y se restablecerá en cada renovación.

Los pagos se sujetarán a las siguientes condiciones:

- 1.1. Que los gastos sean usuales, acostumbrados y médicamente necesarios.
- 1.2. Que sean consecuencia directa de una enfermedad, accidente cubiertos y ocurridos durante la vigencia de la póliza.
- 1.3. Que la póliza se encuentre vigente.
- 1.4. Que el servicio esté autorizado previamente por **LA COMPAÑÍA** y se preste en su red de proveedores. No se reconocerán reembolsos.

El valor asegurado se pagará según los conceptos y límites definidos en la tabla de coberturas, la cual hace parte de esta póliza.

CONDICIÓN SEGUNDA - COBERTURAS

Estos conceptos son válidos únicamente por atenciones en Colombia:

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 el.

EVENTO:

Es todo acto médico que comprende todas las atenciones ambulatorias, hospitalarias o quirúrgicas, que requiera cualquiera de los asegurados por concepto de una enfermedad, accidente o maternidad cubierto por la póliza.

GASTOS:

Es el valor que **LA COMPAÑÍA** reconoce a los profesionales e instituciones de su red de proveedores en el territorio nacional, por un servicio médico igual o similar al prestado al **ASEGURADO**.

MEDICAMENTO NECESARIO:

Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del **ASEGURADO**, el cual no debe exceder en alcance, duración e intensidad, el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y, además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica. Al decir "no exceder en alcance, duración e intensidad", se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano, con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el **ASEGURADO** con los procedimientos o tratamientos realizados.

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.

ASEGURADO:

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura.

Conceptos:

PLAN LIVIANO OPCIÓN 1

- 2.1. **Consultas ambulatorias presenciales:** incluye consultas con Medicina general, Medicina especializada, Psicología, Nutrición, Optometría dentro de la red de proveedores. Aplica deducible.
- 2.2. **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**. Aplica deducible.
- 2.3. **Telemedicina (Consulta Virtual o Teleorientación Médica):** Con Médico General y dentro de la red de proveedores. Aplica deducible.
- 2.4. **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**.
- 2.5. **Exámenes de diagnóstico:** Se reconocen los gastos incurridos por el **ASEGURADO** por exámenes de diagnóstico y exámenes de laboratorio clínico, hasta el valor especificado en la tabla de coberturas y dentro de la red de proveedores establecida. Aplica deducible.

PLAN LIVIANO OPCIÓN 2

Adicionalmente a las coberturas del PLAN LIVIANO OPCIÓN 1, este plan también incluye:

- 2.6. **Urgencias sin hospitalización:** En caso de urgencia, **LA COMPAÑÍA** cubre los gastos médicos de la atención recibida, siempre que estén directamente relacionados con la urgencia, y esta sea atendida dentro de la red de proveedores definida y con la restricción de clínicas especificada en la tabla de coberturas. A cada atención se le aplicará el deducible indicado en la tabla de coberturas.

PLAN LIVIANO OPCIÓN 3

Adicionalmente a las coberturas del PLAN LIVIANO OPCIÓN 1 y OPCIÓN 2, este plan también incluye:

- 2.7. **Terapias ambulatorias:** Si el **ASEGURADO** requiere la realización de

DEDUCIBLE:

Es el valor que se estipula en el contrato 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 cubiertos por la póliza.

HOSPITALIZACIÓN:

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas. Duraciones inferiores se considerarán como atención ambulatoria.

terapias física, respiratoria, del lenguaje u ocupacional, se reconocen por este concepto hasta cinco (5) sesiones de cada una de estas terapias, siempre y cuando guarden relación con una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. Quedan excluidas de cobertura, por este concepto, las terapias ambulatorias realizadas por tratamientos de rehabilitación en los siguientes eventos: trauma raquimedular, trauma cráneo encefálico severo, accidente cerebrovascular o enfermedad de Guillain Barré. Aplica deducible.

- 2.8. Medicamentos post urgencia:** Se reconocen los medicamentos dentro de los cinco (5) días posteriores al evento médico que desencadenó la urgencia, siempre y cuando tengan relación directa con la causa de la misma y hasta por el valor indicado en la tabla de coberturas. Aplica deducible.

CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados como consecuencia de:

- 3.1. Habitación hospitalaria.
- 3.2. Unidad de cuidados intensivos.
- 3.3. Gastos hospitalarios.
- 3.4. Medicamentos, exámenes de laboratorio y radiografías
- 3.5. Enfermera
- 3.6. Transporte aéreo de emergencia
- 3.7. Prótesis, aparatos ortopédicos y su reemplazo.
- 3.8. Terapias diferentes a las indicadas en el numeral 2.7.
- 3.9. Tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica
- 3.10. Tratamientos de odontología por accidente
- 3.11. Honorarios médicos hospitalarios
- 3.12. Honorarios médicos quirúrgicos
- 3.13. Honorarios médicos por tratamiento hospitalario no quirúrgico
- 3.14. Honorarios médicos del intensivista

HABITACIÓN:

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.

EMERGENCIA:

Es toda situación imprevista que requiera una atención médica y/o quirúrgica inmediata, consistente en establecer un criterio diagnóstico y/o actitud terapéutica, evitando de esta manera un riesgo vital.

PRÓTESIS:

Sustituto artificial de una parte faltante o fallante del cuerpo que reemplaza funcionalmente una estructura.

APARATOS ORTOPÉDICOS:

Dispositivo que se utiliza para sostener, alinear, prevenir o corregir las deformidades o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo.

- 3.15. Honorarios médicos por interconsultas
- 3.16. Consultas pre o post hospitalarias
- 3.17. Consulta preanestésica
- 3.18. Gastos ambulatorios
- 3.19. Fracturas, esguinces y luxaciones
- 3.20. Tratamiento médico ambulatorio
- 3.21. Tratamiento médico o quirúrgico para atención psiquiátrica, por eventos tales como adicciones, neurosis de ansiedad, crisis conversivas, crisis de pánico, así como las consultas o tratamientos psicológicos.
- 3.22. 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.
- 3.23. Chequeos médicos con o sin hospitalización.
- 3.24. Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.
- 3.25. Enfermedades contraídas antes de la inclusión del **ASEGURADO** en la póliza, conocidas o no por el **TOMADOR** o **ASEGURADO**, así como sus secuelas o consecuencias (Preexistencias).
- 3.26. Accidentes ocurridos con anterioridad al ingreso del **ASEGURADO** en la póliza, así como sus secuelas o sus consecuencias.
- 3.27. Rinoplastia o tratamientos o cirugías estéticas o plásticas con fines no requeridos por el estado de salud del **ASEGURADO**. También quedan excluidos los tratamientos para adelgazar.
- 3.28. Atención odontológica en general, tal como: implantología, cirugía oral y maxilo facial, rehabilitación oral, tratamiento de articulación temporomandibular, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, ortopedia maxilar, odontología general, pediátrica y estética.

No se considera accidente las fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos o por morder objetos no comestibles.
- 3.29. Exámenes y corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía, astigmatismo, así como el suministro

CONGÉNITAS:

Enfermedad que nace con el individuo y que se adquiere o desarrolla durante el embarazo.

de anteojos, lentes de contacto u otros elementos para corregir la visión. Tampoco se reconocen las terapias de ortóptica.

- 3.30. Implante coclear, así como los dispositivos para la audición.
- 3.31. Estudios o tratamientos de esterilización o su revertimiento, anticoncepción, fertilización, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, planificación familiar, pruebas genéticas, fecundación in vitro o cambio de sexo.
- 3.32. Vacunas o tratamientos inmunológicos como las inmunoterapias y los test de alergias, así como las consecuencias que se deriven de ellos.
- 3.33. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios para el tratamiento de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que no hayan desarrollado SIDA.
- 3.34. Tratamientos hospitalarios por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- 3.35. 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.
- 3.36. Lesiones sufridas por la participación del **ASEGURADO** en delitos.
- 3.37. Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
- 3.38. Cualquier forma de medicina alternativa, medicina no tradicional o medicina experimental, la escleroterapia y la acupuntura.
- 3.39. Gastos médicos ocasionados por atenciones prestadas por instituciones o profesionales que no estén legalmente autorizados para el ejercicio de las actividades médicas.
- 3.40. Todo tratamiento médico o quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal.

INSTITUCIONES:

Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente autorizada por los organismos gubernamentales competentes, para prestar el servicio requerido por el **ASEGURADO**. No se consideran instituciones hospitalarias, para efecto de este seguro, los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, clínicas neuropsiquiátricas, instituciones dedicadas al tratamiento de adicción a las drogas o al alcohol e instituciones similares.



- 3.41. Honorarios y gastos por servicios ordenados o prestados por el cónyuge o por familiares del **ASEGURADO** hasta el segundo grado de consanguinidad.
- 3.42. Los gastos de viaje o de transporte para recibir servicios médicos, con excepción de los ocasionados por transporte terrestre de urgencia definidos en los numerales 2.4 de la condición segunda - coberturas, de esta póliza.
- 3.43. Estudios, tratamientos o enfermedades causadas directa o indirectamente por sustancias biológicas y/o químicas, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
- 3.44. Coberturas para recién nacidos.
- 3.45. Coberturas para bebés con enfermedades congénitas.
- 3.46. Trasplantes, obtención y traslado del órgano y re-transplantes
- 3.47. Tratamientos de rehabilitación para eventos como: trauma raquimedular, trauma craneoencefálico severo, accidente cerebro vascular, enfermedad de Guillain Barré, enfermedad Coronaria.
- 3.48. Tratamientos de hospitalización domiciliaria.
- 3.49. En caso de estados comatosos, enfermedades degenerativas o desmielinizantes del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple.
- 3.50. Maternidad

CONDICIÓN CUARTA - PERÍODOS DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA reconocerá los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO**, por los eventos médicos citados a continuación, siempre y cuando estén cubiertos por la póliza, no sean preexistentes y una vez se haya cumplido el período de carencia indicado para cada una de ellas, el cual empieza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en la póliza.

Enfermedad/Servicio	Período de carencia
• Terapias Ambulatorias (terapias física, respiratoria, del lenguaje u ocupacional)	6 meses



CONDICIÓN QUINTA - PERSONAS ASEGURABLES

Todos los empleados, vinculados con contrato de trabajo con el **TOMADOR**, y/o sus familiares dependientes. A menos que se estipule lo contrario, se podrán asegurar todas las personas que se vinculen a la entidad tomadora con posterioridad a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a su vinculación, así como sus familiares dependientes, a través de solicitud de seguro y previa aceptación de **LA COMPAÑÍA**, conforme a las condiciones del respectivo certificado individual de seguro.

Para el plan liviano opc. 1 y 2 no aplica edad máxima de aceptación

Para el plan liviano opc. 3 la edad máxima de aceptación es hasta 60 años de edad

CONDICIÓN SEXTA - GARANTÍA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL

Si el **ASEGURADO** principal pertenece a un régimen de excepción, debe informar a **LA COMPAÑÍA** al momento de solicitar la póliza, indicando a cuál régimen pertenece.

Cualquier cambio de EPS o salida de este régimen durante la vigencia del seguro también debe ser informado oportunamente.

Para tomar y mantener esta póliza, **LA COMPAÑÍA** verificará que el **ASEGURADO** principal y su grupo familiar estén afiliados al sistema de salud correspondiente. Por eso, al diligenciar la solicitud, se debe informar la EPS a la que están afiliados.

EITOMADOR se compromete a mantener activa la afiliación y los aportes al sistema de salud durante toda la vigencia del seguro.

Si el **ASEGURADO** principal o alguna persona de su grupo familiar asegurado pierde esta afiliación durante la vigencia o al renovar la póliza, **LA COMPAÑÍA** podrá excluirlos del seguro de forma inmediata y devolver las primas no causadas, según corresponda.

Esta condición aplica porque este seguro funciona como un plan adicional de salud.

En caso de incumplimiento, las medidas solo afectarán a los **ASEGURADOS** que no cumplan con esta afiliación, sin afectar al resto del seguro colectivo.

CONDICIÓN SÉPTIMA- EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

La exclusión de **ASEGURADOS** se podrá tramitar en cualquier momento durante la vigencia del seguro.

Si la prima es de pago anual o semestral, el valor de la prima no devengada será devuelto al **TOMADOR** de la póliza.

CONDICIÓN OCTAVA - PAGO DE PRIMAS

8.1. Obligación de pago, períodos de pago y recargo por fraccionamiento de la prima: El **TOMADOR** de la póliza está obligado al pago de la prima dentro de los términos establecidos en esta condición.

Las primas son anuales, pero podrán ser pagadas en fracciones semestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes, según la periodicidad de pago, liquidados sobre el valor de la prima anual.

La prima inicial debe pagarse en el momento de la entrega de la póliza.

Si los pagos son fraccionados, las cuotas posteriores a la primera, así como la primera cuota de las anualidades siguientes a la primera, deben cancelarse el día en que se inicia la fracción correspondiente.

No obstante lo anterior, **LA COMPAÑÍA** otorga un período de gracia para el pago de la prima, de un mes contado a partir del día en que inicia la fracción correspondiente.

8.2. Mora de pago de la prima: Si la prima no fuere pagada dentro del plazo establecido en el numeral anterior, una vez vencido este, se producirá la terminación automática del contrato.

CONDICIÓN NOVENA - PERFECCIONAMIENTO E INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL CONTRATO

La cobertura contenida en el presente contrato, entra en vigencia en el día y hora indicados en la carátula de la póliza, y una vez se haya firmado el contrato y **LA COMPAÑÍA** haya recibido el valor de la primera prima.

Cuando la primera prima sea pagada mediante convenio de descuento, mientras ingresa el valor de la misma a **LA COMPAÑÍA**, la cobertura contenida en el presente contrato se otorgará únicamente para enfermedades infecciosas agudas o accidentes desde el día y hora indicados en la carátula de la póliza.



CONDICIÓN DÉCIMA - COBERTURA ININTERRUMPIDA

Las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, ésta se renovará de manera sucesiva por el término inicialmente contratado salvo que se presenten los siguientes eventos:

- 10.1. Opere alguna causal de terminación.
- 10.2. **EI TOMADOR** o **ASEGURADO** manifiesten en cualquier momento, su intención de revocar la póliza o los certificados individuales de seguro, respectivamente, caso en el cual **LA COMPAÑÍA** efectuará la devolución de la prima por el término no corrido de la vigencia al **TOMADOR**.
- 10.3. **EI ASEGURADO** o el **TOMADOR** manifiesten a **LA COMPAÑÍA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza o de los certificados individuales de seguro, respectivamente, su voluntad de que no se renueven para una nueva vigencia.
- 10.4. **LA COMPAÑÍA** manifieste al **TOMADOR** o al **ASEGURADO** con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza o de los certificados individuales de seguro, su voluntad de no renovarlos.

La póliza será renovada teniendo en cuenta la opción contratada por el **ASEGURADO**, así como las condiciones, términos y costos que estén vigentes en el momento en que ésta se realice. **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de ajustar las tarifas de la póliza en cada una de sus renovaciones, para lo cual en cada vigencia remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente al nuevo valor asegurado y nuevo valor de prima para la anualidad.

LA COMPAÑÍA enviará al **TOMADOR** el certificado de renovación con no menos de un (1) mes de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios.

EI TOMADOR únicamente podrá solicitar inclusión o exclusión de anexos al momento de la renovación de la póliza, previa aprobación de **LA COMPAÑÍA** y sujeto a las condiciones de la póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

En caso de terminación de este seguro, **LA COMPAÑÍA** sólo será responsable de cubrir los costos por los conceptos definidos en la condición segunda, que

se hayan generado hasta la fecha en que termine la vigencia del contrato.

Por lo tanto, los costos que se causen con posterioridad a esta fecha no estarán cubiertos aunque se deriven de eventos médicos ocurridos durante la vigencia del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL

LA COMPAÑÍA no responderá en ningún caso por perjuicios civiles de cualquier índole, contractuales o extracontractuales, causados al **ASEGURADO**, que puedan derivarse de un diagnóstico o tratamiento o intervención equivocada o defectuosa realizada por parte de alguno (s) de los profesionales o instituciones adscritas, incluidos en la guía médico hospitalaria.

CONDICIÓN DÉCIMATERCERA - SUBROGACIÓN

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el **TOMADOR** o **ASEGURADO** principal cede a **LA COMPAÑÍA** 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 COMPAÑÍA** para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el **ASEGURADO** se compromete a entregar a **LA COMPAÑÍA** Las pruebas y autorizaciones necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso del evento médico, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por (correo físico o digital). Se entenderá recibida con la constancia de envío.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - RECLAMACIONES

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.

LA COMPAÑÍA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

INDEMNIZACIÓN:

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligado a pagar el asegurador, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.

EI ASEGURADO autoriza a **LA COMPAÑÍA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA COMPAÑÍA** relacionada con la reclamación.

EI ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.