

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INTEGRAL

COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: <https://defensorsos.com>

Contenido

2.1.1. GASTOS HOSPITALARIOS..... 4

2.1.2. OTRAS COBERTURAS..... 8

2.2.9. GASTOS MÉDICOS POR EMERGENCIA ODONTOLÓGICA..... 14

2.2.1. CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA DENTRO O FUERA DE LA RED..... 15

2.2.2. AYUDAS DIAGNÓSTICAS DENTRO O FUERA DE LA RED 16

2.2.3. MATERNIDAD Y PARTO 18

3.1 TOMADOR DEL SEGURO..... 30

3.2 ASEGURADO Y GRUPO ASEGURADO 30

3.3 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD 30

3.4. REQUISITO DE ASEGURABILIDAD – AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL SOCIAL EN SALUD 31

4.1. VALOR ASEGURADO 32

4.2. CÁLCULO DE LA PRIMA..... 32

4.3. PAGO DE LA PRIMA..... 32

4.4 FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO 32

5.1. INICIO DE LA VIGENCIA..... 33

5.2. INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL..... 33

5.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DEL SEGURO Y DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES 33

5.4. REVOCACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO 34

6.1. RECLAMACIÓN..... 34

6.2. PAGO DEL SINIESTRO 34

7.1. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES 35

7.2. RESPONSABILIDAD DE COLSANITAS SEGUROS 35

7.3. RESPONSABILIDAD CIVIL..... 36

7.4. SUBROGACIÓN..... 36

7.5 COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES 36

7.6. ANEXOS, TÉRMINOS Y DEFINICIONES..... 37

7.7. LEGISLACIÓN APLICABLE Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS..... 40

7.8. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO..... 41

7.9. LÍNEAS DE ATENCIÓN 41

7.10. DOMICILIO 41

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

Servicio al cliente
Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá



Defensoría del Consumidor Financiero:
Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: https://defensorsos.com

1. INFORMACIÓN PRELIMINAR

COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A., que en adelante se denominará la “COLSANITAS SEGUROS ” o la “COMPAÑÍA”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “TOMADOR” da por entendido el conocimiento y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y en las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el TOMADOR y/o asegurado, la declaración de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del código de comercio, 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 a COLSANITAS SEGUROS para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

COLSANITAS SEGUROS ha puesto a disposición y consideración del TOMADOR del presente contrato las condiciones del seguro con anterioridad a la celebración del mismo, las cuales también se encuentran en la página web de COLSANITAS SEGUROS.

En caso de persistir cualquier inquietud podrá formularla a través de los intermediarios de seguros o por los canales de atención dispuestos por COLSANITAS SEGUROS.

2. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

La póliza de Seguro de Salud Integral de Seguros Colsanitas S.A busca garantizar el bienestar y la tranquilidad de los asegurados y sus familiares. Está dirigida tanto a particulares como a todas aquellas personas que forman parte de un convenio colectivo empresarial, socios de un club social o deportivo, miembros de un colegio profesional, institución pública o los integrantes de cualquier sindicato, agrupación y, en definitiva, cualquier asociación con un interés distinto del de contratar esta póliza.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.1. AMPAROS

Sujeto a condiciones de la presente póliza, exclusiones y/o limitaciones de la presente póliza y al alcance definido en los amparos contratados indicados en la carátula del seguro y/o en el certificado individual, **COLSANITAS SEGUROS** cubrirá los gastos médicos en los que se hayan incurrido con carácter necesario, durante la vigencia del seguro, como resultado directo del padecimiento por el (los) asegurado(s) de la enfermedad, dolencia o accidente de que se trate ocurrido y/o diagnosticado dentro de la vigencia de la póliza.

El pago de la indemnización se limitará a los gastos usuales y acostumbrados médicamente necesarios, según definición del condicionado general y particular, y a tratamientos cubiertos certificados por la aseguradora.

Los amparos contratados se cubren una vez superados los períodos de carencia que el contrato señala en sus condiciones generales y/ o particulares y sujeto a los deducibles y/o copagos estipulados durante la vigencia del contrato, respetando límites y exclusiones generales y particulares.

2.1.1. GASTOS HOSPITALARIOS

COLSANITAS SEGUROS cubre los servicios médicos requeridos por el asegurado durante la vigencia de la póliza con y sin internamiento hospitalario y con sujeción a los límites pactados y especificados en la carátula de la póliza y en estas condiciones.

Los gastos objeto de cobertura de la presente póliza son los prestados en las instituciones hospitalarias, ambulatorias y profesionales de la salud pertenecientes a la red de servicios con la cual COLSANITAS SEGUROS tenga convenio de servicios vigente.

Los gastos médicos, ambulatorios y hospitalarios causados por fuera de la red en convenio de servicios con COLSANITAS SEGUROS no tendrán cobertura, salvo que en el lugar de Colombia donde se causen los servicios no exista dicha red, en cuyo caso el valor máximo a reconocer, en ningún momento será superior al valor acordado por colsanitas seguros con las instituciones hospitalarias, ambulatorias y profesionales de la salud en convenio.

Sujeto a las exclusiones y limitaciones, si cualquiera de las personas aseguradas bajo la presente póliza requiere, por orden médica ser hospitalizada por enfermedad para tratamiento o cirugía, o si a consecuencia de un accidente requiere atención médica con o sin internación hospitalaria, COLSANITAS SEGUROS, indemnizará los gastos que se causen dentro de la vigencia de la póliza y por los siguientes conceptos comprendidos como

GASTOS HOSPITALARIOS:

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



2.1.1.1. HABITACIÓN

La compañía cubre el costo o gasto en que incurre el asegurado por concepto de habitación y alimentación, por un período no menor a veinticuatro (24) horas en un hospital, por cada día de internación, por enfermedad o accidente cubiertos, hasta el límite de días y/o hasta el valor asegurado diario indicados en la carátula de la póliza, certificado individual o ambos.

La indemnización por concepto de habitación diaria y por unidad de cuidados intensivos y/o cuidados intermedios no se reconocerán o pagará en un mismo día.

Este beneficio podrá ser reembolsado, en caso de que el asegurado no utilice la red de proveedores de la aseguradora, previa presentación de los originales de las facturas y el reembolso se reconocerá de acuerdo a las condiciones de la póliza y política de reembolsos de la compañía.

2.1.1.2. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO Y/O INTERMEDIO

Bajo esta cobertura, los gastos usuales y acostumbrados comprenden los servicios médicamente necesarios para la supervisión del asegurado (paciente) por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación, servicio de enfermería y demás servicios debidamente equipada durante su permanencia en una unidad de cuidados intensivos o de cuidados intermedios de un hospital de la red de proveedores de la aseguradora que cuenta con la infraestructura, personal médico y paramédico, equipos y monitoreo para atender a pacientes críticamente enfermos.

Mientras el asegurado permanezca en la unidad de cuidados intensivos o intermedios, bajo este amparo no se reconocerán los gastos médicos por días de estancia de habitación, cama de acompañante, ni honorarios del médico intensivista, los cuales se entienden incluidos dentro del servicio de la unidad. No se considerará unidad de cuidados intensivos la adecuación del cuarto diario con equipos especiales.

Este beneficio podrá ser reembolsado, en caso de que el asegurado no utilice la red de proveedores de la aseguradora, previa presentación de los originales de las facturas y el reembolso se reconocerá de acuerdo a las condiciones de la póliza y política de reembolsos de la compañía.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.1.1.3. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Bajo este rubro se reconocerán los siguientes conceptos:

- A. ALIMENTACION: La dieta normal suministrada por la institución hospitalaria al paciente y ordenada médicamente.
- B. SERVICIO GENERAL DE ENFERMERIA: Servicio suministrado normalmente por la institución hospitalaria.
- C. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Derecho de sala de cirugía, sala de recuperación, material quirúrgico, instrumentación, material de cirugía, elementos de anestesia, exámenes de laboratorio y radiológicos y de diagnóstico, especializado vendajes, yesos, medicamentos, plasma sanguíneo, transfusiones, oxígeno, respiradores artificiales, terapias; prótesis y material de osteosíntesis; el valor máximo a reconocer por estos dos conceptos será el estipulado en la carátula de la póliza por evento.
- D. URGENCIAS: Bajo el concepto de Gastos Hospitalarios, los servicios médicos prestados en el servicio de urgencia de las instituciones hospitalarias que forma parte de la red de la Aseguradora, se reconocen las que son las derivadas directamente de un accidente. En caso de urgencia por enfermedad, el asegurado deberá pagar el copago del 20% del costo total del servicio de urgencia o el copago o deducible descrito en la carátula de la póliza. El copago o deducible no será aplicado cuando la urgencia por enfermedad se derive una hospitalización cubierta por la póliza.

2.1.1.4. GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS

La compañía indemnizará dentro de esta cobertura los gastos que se causen dentro de los 30 días anteriores y posteriores a la hospitalización y/o cirugía, siempre y cuando se relacionen directamente con el padecimiento que originó esta, por los siguientes conceptos:

- Exámenes de laboratorio y radiografías simples.
- Exámenes especiales de diagnóstico, hasta por un valor máximo total de dos (2) SMLMV al año.
- Los medicamentos posteriores a la hospitalización y/o cirugía, que formule el médico para un periodo máximo de un (1) mes.
- Así mismo se reconocerán hasta tres (3) consultas entre pre y post-hospitalarios y una consulta preanestésica.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.1.1.5. HOSPITALIZACIÓN EN CASA

Este servicio será prestado previa solicitud del asegurado y cuando a criterio del médico tratante se amerite dicha hospitalización domiciliaria. La cobertura de la póliza se extiende a las visitas médicas domiciliarias, servicio de enfermería, traslado inicial en ambulancia hasta la ubicación del paciente en casa, alquiler de equipo para oxigenoterapia, a las terapias físicas y respiratorias y a la alimentación parenteral.

2.1.1.6. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

La compañía, dentro de la red médica definida para la póliza, indemnizará los gastos médicos derivados de un tratamiento hospitalarios en caso de trastornos de origen mental y/o psiquiátrico cubiertos por la póliza. Se reconocerá hasta sesenta (60) días/beneficiario amparado/año de vigencia y no acumulables de un año a otro, siempre y cuando no se deriven de las exclusiones contenidas en este clausulado.

2.1.1.7. HONORARIOS PROFESIONALES

La compañía asumirá los gastos por concepto de honorarios médicos, quirúrgicos de anestesia, cobrados por el cirujano, el ayudante de cirugía, el anestesiólogo, honorarios médicos por tratamientos simultáneos, honorarios por terapias hospitalarias y los honorarios profesionales generados por un tratamiento médico hospitalario de la red de proveedores de la aseguradora, se reconocerán los honorarios en red por tratamiento médico y /o quirúrgico como lo indica el cuadro de beneficios de la carátula de la póliza o certificado individual.

Limitaciones para los honorarios profesionales:

- La ayudantía quirúrgica se indemnizará para cirugías que por complejidad lo ameriten sin exceder el 15% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos.
- Para los honorarios de anestesiología será hasta el 40% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos.
- Los honorarios médicos por tratamiento intra-hospitalario no quirúrgico se indemnizarán como máximo (2) visitas médicas diarias sin límite de días de hospitalización y hasta cinco (5) interconsultas diarias por cada médico tratante de diferente especialidad sin límite días de hospitalización.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.1.2. OTRAS COBERTURAS

2.1.2.1. TRATAMIENTO DE CÁNCER AMBULATORIO U HOSPITALARIO

Para los efectos de esta póliza se entiende por **Cáncer** la enfermedad caracterizada por la reproducción descontrolada de células anormales con la configuración de tumores de cualquier localización que pueden producir compresión de estructuras, invasión a tejidos y metástasis. Se entiende por este grupo de enfermedades también la Leucemia, los linfomas y a la enfermedad de Hodgking.

La Compañía cubre los gastos por tratamientos ambulatorios u hospitalarios en que el asegurado incurra como resultado de cirugías y atención médica de cáncer que no requieren hospitalización, tales como cirugía ambulatoria, tratamientos médicos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo con el diagnóstico del asegurado, siempre y cuando el cáncer se inicie después del día 121 de permanencia ininterrumpida en la póliza. Se cubren los medicamentos que se requieran para las terapias, los cuales serán autorizados únicamente aquellos clasificados como anti cancerígenos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el Invima o por la entidad que esté a cargo. Las terapias serán las definidas por el médico tratante, tales como: radioterapia, radiumterapia, cobaltoterapia, braquiterapia, hormonoterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

2.1.2.2. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y GASTOS DE DONANTE

Para los efectos de esta póliza se entiende por **trasplante de órganos** el procedimiento quirúrgico médicamente necesario, mediante el cual se inserta dentro del cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos o parte de ellos, provenientes de un donante vivo o fallecido.

La compañía reconocerá todos los trasplantes aprobados y reconocidos por las sociedades médicas hasta por el valor estipulado en la caratula de la póliza siempre y cuando estos se den a partir del primer día del segundo año de permanencia ininterrumpida en la póliza. No serán cubiertos los trasplantes experimentales.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--



Esta cobertura está limitada al trasplante de los siguientes órganos:

- hígado;
- páncreas;
- corazón;
- médula ósea;
- pulmón;
- riñón;
- intestino delgado.

Se reconocen todos los trasplantes médicamente aprobados, excepto el trasplante de células madres. Además, reconocemos los gastos del donante efectivo por estudios pretrasplante y procedimiento quirúrgico, hasta por cinco (5) SMMLV, así éste se encuentre o no asegurado en la póliza.

Para el beneficiario que requiera trasplante, la aseguradora cubrirá el transporte del órgano objeto de cobertura de esta póliza, así como los gastos médicos del donante efectivo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza. Se cubren los servicios médicos, estudios pretrasplante y procedimientos quirúrgicos requeridos por el donante efectivo del órgano para el trasplante al asegurado, los gastos de preservación y transporte del órgano a trasplantar si el asegurado es el receptor, se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios que se requieran para el trasplante y si el asegurado es el donante efectivo se cubrirán los exámenes de compatibilidad a través de reembolso a tarifa del convenio, los exámenes pre quirúrgicos, los gastos hospitalarios o médicos relacionados con la extracción del órgano, los gastos de transporte del órgano y las complicaciones directamente relacionadas con la extracción hasta 30 días posteriores al evento quirúrgico.

No tendrá cobertura la consecución de órganos, ni los exámenes de los posibles donantes que no sean compatibles con el receptor. Así mismo, no tendrá cobertura el donante, si el receptor no se encuentra asegurado en una póliza de salud.

2.1.2.3. TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para los efectos de esta póliza se entiende por **Insuficiencia Renal Crónica** es la etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos y que como consecuencia de lo cual se hace necesaria la realización de diálisis renal, ya sea por diálisis peritoneal o por hemodiálisis, o bien el trasplante renal.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: https://defensorsos.com

La compañía, reconocerá los servicios hospitalarios y ambulatorios necesarios para la atención de la insuficiencia renal crónica, incluye la hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal siempre y cuando estos se den a partir del primer día del segundo año de permanencia ininterrumpida en la póliza.

2.1.2.4. TRATAMIENTO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES

La compañía cubrirá los gastos por tratamientos ambulatorios en que el asegurado incurra como resultado de cirugías y atención médica que no requieren hospitalización, tales como como cirugía ambulatoria, tratamientos médicos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo con el diagnóstico del asegurado, siempre y cuando la enfermedad se inicie después del día 365 de permanencia ininterrumpida en la póliza.

Para los efectos de esta póliza se entiende por **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA**- Cualquier persona que tenga una prueba serológica positiva de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, VIH, confirmada con el método de Western Blot y que tenga además un recuento total de células CD4 (medido mediante citometría de flujo) correspondiente a los criterios diagnósticos para SIDA según la Organización Mundial de la Salud o cualquier persona que tenga confirmación serológica para VIH y que tenga además cualquiera de las siguientes enfermedades especificadas asociadas:

1. Candidiásis de la tráquea, bronquios o pulmones.
2. Candidiásis del esófago
3. Cáncer invasivo del cuello uterino.
4. Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada.
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes de duración)
7. Citomegalovirus (diferente de la infección hepatoesplénica o ganglionar)
8. Citomegalovirus: retinitis (asociada con disminución de la agudeza visual)
9. Encefalopatía relacionada con el VIH
10. Herpes Simple: úlcera(s) crónica(s), de más de 1 mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofaguitis.
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
12. Isosporiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración).
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
14. Linfoma de Brucella
15. Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
16. Linfoma primario del cerebro
17. Mycobacterium avium-intracellulare o Micobacterium Kansali, diseminados o extrapulmonares
18. Mycobacterium tuberculosis, en cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)
19. Mycobacterium, otras especies, identificadas o no, diseminadas o extrapulmonares.
20. Neumonitis carini.
21. Neumonía bacteriana recurrente.
22. Salmonela (no tifoidea), bacteriana recurrente
23. Sarcoma de Kaposi
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Síndrome de consunción causado por VIH.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



Con respecto a los medicamentos que requiera el beneficiario amparado para el tratamiento intrahospitalario del sida y sus complicaciones, se indemnizarán los productos farmacéuticos que se expendan en el mercado nacional aprobados por el invima o quien haga sus veces, dejando expresamente consagrado que no se cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico. en ningún caso se cubrirán medicamentos en forma ambulatoria, salvo que se haya otorgado la cobertura de medicamentos post hospitalarios por SIDA.

2.1.2.5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS

Para los efectos de la presente póliza, **enfermedades de origen genético** significa el trastorno funcional o estructural causado por anomalías en la morfología o en el número de cromosomas. Se entiende por **enfermedades congénitas** cualquier alteración anatómica y/o fisiológica no manifestada ni diagnosticada con anterioridad al momento del ingreso a la póliza, presente en el nacimiento con manifestaciones tempranas o tardías en la vida del individuo.

La compañía, indemnizará por una única vez hasta el límite indicado en la carátula de la póliza los gastos que se ocasionen por concepto de enfermedades congénitas y genéticas no conocidas por el beneficiario al inicio de esta póliza y luego de haber permanecido asegurado en cualquier póliza de salud de la compañía como mínimo dos (2) años de forma ininterrumpida. Esta cobertura podrá ser homologada con planes de medicina prepagada de Colsanitas.

2.1.2.6. REEMPLAZOS ARTICULARES PRÓTESIS Y ÓRTESIS

Para efectos del presente amparo, **reemplazos articulares** son aquellas prótesis o equipos médicos duradero que sea necesario y razonable para el tratamiento de una enfermedad o lesión, o para ayudar a corregir el mal funcionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las prótesis y dispositivos ortopédicos son aquellos aparatos que ordena un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una lesión o enfermedad cubierta.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:
Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: https://defensorsos.com

Para efectos de cobertura, los equipos médicos duraderos deberán ser ordenados por un médico autorizado de la red de proveedores de la aseguradora y deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como un equipo médico duradero, este no necesariamente será cubierto en todos los casos.

La compañía cubrirá, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que hace parte de la póliza, los gastos derivados de los implantes protésicos y órtesis detallados a continuación, siempre y cuando estos se den a partir del primer día del segundo año de permanencia ininterrumpida en la póliza.

2.1.2.6.1 IMPLANTES PROTÉSICOS

- Implantes para reemplazar articulaciones o ligamentos.
- Implantes para reemplazar válvula cardíaca.
- Implantes para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial.
- Implantes para reemplazar un músculo del esfínter.
- Implantes para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo.
- Implantes para controlar la incontinencia urinaria o control de la vejiga.
- Marcapasos. Este implante está sujeto a autorización previa por parte de la compañía.
- Implantes para remover exceso de líquidos en el cerebro.
- Implante coclear. En aquellos casos que el implante inicial haya tenido lugar antes de los cinco (5) años de edad y haya sido cubierto por la póliza, la compañía cubrirá el mantenimiento respectivo.
- Reemplazos para restablecer la función de las cuerdas vocales, en los casos en que hayan sido afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.

2.1.2.6.2 ÓRTESIS

- Rodilleras, en los casos en que sean una parte esencial de una operación quirúrgica
- Soporte en la columna vertebral.
- Fijador externo, si se requiere como consecuencia de una fractura expuesta o en razón a una cirugía en cabeza o cuello.
- Órtesis para cuello, tobillo, brazos, antebrazos, manos y órtesis cortas y largas para piernas y rodillas.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.1.2.7 CIRUGÍA BARIÁTRICA

La compañía cubrirá, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que hace parte de la póliza, los gastos relacionados con cirugía bariátrica para la obesidad mórbida grado III (Índice de Masa Corporal, IMC, igual o superior a 40), así como a las complicaciones derivadas de la misma, siempre y cuando no sea preexistente y sea realizada exclusivamente en la red contratada por la compañía, y cuando estos se den a partir del primer día del segundo año de permanencia ininterrumpida en la póliza.

Esta cobertura tiene un deducible a cargo del Beneficiario Amparado, el cual se encuentra especificado en la tabla de coberturas de la póliza de Seguro de Salud y aplica tanto al procedimiento como a las complicaciones que se deriven del mismo. No se dará cobertura a la cirugía estética y/o reparadora derivada de la realización del tratamiento quirúrgico para la obesidad cubierto por la compañía.

2.1.2.8 MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DERIVADOS DE LA URGENCIA O LA HOSPITALIZACIÓN.

Para la presente póliza y hasta el límite de valor asegurado definido en la carátula de la póliza y con una cobertura máxima de treinta (30) días, COLSANITAS SEGUROS reembolsará, el costo de los medicamentos que le sean ordenados al asegurado posterior a la urgencia u hospitalización cubierta por la póliza y que hayan sido ordenados por el médico tratante.

COLSANITAS SEGUROS reembolsará los medicamentos aprobados como medicamentos por el Invima, o por la entidad que esté a cargo, cuando el asegurado presente el original de la factura debidamente pagada y copia de la orden médica.

No harán parte de la cobertura los medicamentos para tratamientos estéticos o que correspondan a medicinas alternativas u homeopáticas. tampoco se consideran medicamentos para efectos de este contrato, las vacunas, los alérgenos, las vitaminas a menos que sean ordenadas para diagnóstico de carencia vitamínica o también llamada avitaminosis (documentado y debidamente soportado), no se cubrirán las vitaminas formuladas como suplemento nutricional; medicamentos para disfunciones sexuales, los suplementos alimenticios y en general los tratamientos de inmunoterapia (interferon1 y demás agentes de inmunoterapia). De igual manera se excluyen los productos nutritivos, medicamentos homeopáticos, anorexígenos, dietéticos, reconstituyentes, los productos cosméticos, shampoo y/o jabones medicados, incluso cuando hayan sido prescritos y contengan sustancias terapéuticas.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



Así mismo, se excluyen los medicamentos ambulatorios que requieran ser administrados y/o aplicados en una institución hospitalaria.

Para las coberturas de SIDA Y CÁNCER, COLSANITAS SEGUROS reembolsará los medicamentos que hayan sido aprobados y se limitan a sesenta (60) días a partir del egreso hospitalario.

2.2.9. GASTOS MÉDICOS POR EMERGENCIA ODONTOLÓGICA

La compañía, cubre hasta el valor asegurado descrito en la carátula de la póliza, los gastos incurridos por el asegurado como consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier situación inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios cubiertos por este amparo y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia, siempre y cuando estos se den a partir del primer día del segundo mes de permanencia ininterrumpida en la póliza.

Los servicios y/o procedimientos cubiertos bajo el amparo de emergencia odontológica dentro de la red son:

2.2.9.6.1. Restauradora y operatoria: esto cubre

- Amalgamas (calza dental gris).
- Resinas (calza dental blanca).
- Ionómeros de vidrio en cuello de los dientes (clase v). (calza dental blanca).

2.2.9.6.1. Restauradora y operatoria: esto cubre

- Cirugía extracción simple: es el procedimiento por el que se practica el retiro de un diente o parte de él de la cavidad oral, mediante unas técnicas y un instrumental específicos, sin que implique procedimientos quirúrgicos que requieran remoción de tejidos como hueso o encía). Esto cubre:
 - extracciones simples en dientes permanentes. extracciones simples en dientes temporales (dientes de leche).
 - extracciones simples en dientes restos radiculares (diente deteriorado).
 - extracciones simples en dientes fracturados.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



2.2.9.6.1. Endodoncia: esto cubre:

- pulpectomías (retiro del nervio dental).
- recubrimiento pulpar directo e indirecto (colocación de protección al nervio).
- pulpotomías (retiro parcial del nervio dental)- aplica para dientes temporales.
- tratamientos de endodoncia convencional: unirradiculares, birradiculares y multirradiculares (tratamientos de conducto) realizado por primera vez.

Cuando la urgencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

2.1.3.6. TRANSPORTE Y TRASLADO MÉDICO

La compañía cubrirá los gastos razonables por concepto de traslados por evacuación del asegurado en los casos en que sea necesario para recibir un tratamiento apropiado, siempre que el tratamiento médicamente necesario forme parte de las coberturas de la póliza, sea recomendado por un médico general o especialista tratante del asegurado, no esté disponible en un lugar cercano y se tenga la autorización previa de COLSANITAS SEGUROS.

Esta cobertura aplica para tratamientos en un hospital, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio. también se incluyen los casos en que el asegurado necesite imagenología avanzada o tratamientos contra el cáncer como radioterapia o quimioterapia.

2.2. AMPAROS ADICIONALES

2.2.1. CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA DENTRO O FUERA DE LA RED

2.2.1.1. CONSULTA MEDICA GENERAL, ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA

El asegurado tendrá derecho a recibir consulta médica general, especializada y subespecializada dentro o fuera de la red médica de la aseguradora.

- Se cubren los gastos incurridos por el asegurado por concepto de consulta con médico general o médico especialista de la red de proveedores de la aseguradora, previo pago del copago y/o deducible, si a ello hubiere lugar.
- Si el asegurado no utiliza la red de proveedores de la aseguradora, deberá pagar por el servicio prestado y posteriormente solicitar el reembolso, el cual será pagado de acuerdo a las condiciones de la póliza y política de reembolsos de la compañía.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



- Si el asegurado no utiliza la red de proveedores de la aseguradora, esta cobertura será limitada a máximo seis (6) consultas con médico general, especialista o subespecialista y hasta un valor por asegurado y vigencia póliza de un millón quinientos mil pesos m/cte. (\$1.500.000,00) que se puede agotar en una o varias consultas médicas.

2.2.1.2. CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA

La compañía, cubrirá la atención médica domiciliaria cuando el asegurado presente una situación de enfermedad que no requiere de atención en un centro especializado o de urgencias de la red de proveedores de la aseguradora y que permite que el paciente pueda ser valorado en su hogar. previo pago del copago y/o deducible si a ello hubiere lugar.

Esta cobertura se otorga como máximo cinco (5) consultas domiciliarias por asegurado y vigencia póliza.

2.2.1.3. CONSULTA MÉDICA PSIQUIÁTRICA DENTRO O FUERA DE LA RED

- Se cubrirá las consultas psiquiátricas ambulatorias dentro de la red de proveedores de la aseguradora, que sean previamente autorizadas y médicamente requeridas por el asegurado y que hayan sido prescritas por el médico psiquiatra.
- Este beneficio tiene como valor asegurado máximo de dos millones de pesos m/cte. \$2.000.000,00 por persona vigencia póliza dentro de la red de proveedores de la aseguradora. Ningún otro tratamiento psiquiátrico estará cubierto bajo esta póliza incluyendo prescripciones facultativas.
- Esta cobertura operará por reembolso cuando las consultas psiquiátricas ambulatorias sean fuera de la red de proveedores de la aseguradora y hasta el valor límite de dos millones de pesos m/cte. \$2.000.000,00 por persona vigencia póliza.

2.2.2. AYUDAS DIAGNÓSTICAS DENTRO O FUERA DE LA RED

2.2.2.1. EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS

La compañía, pagará los gastos incurridos por el asegurado por concepto de estudios ordenados por el médico tratante dentro de la red de proveedores de la aseguradora, que incluyen, pero no se limitan a análisis de laboratorio clínico y rutinario, estudios radiológicos y medicina nuclear para el diagnóstico, y tratamiento de enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Los exámenes de laboratorio clínico, ecografías simples, electrocardiogramas, electroencefalogramas y radiografías simples, se entienden para efectos de este amparo como exámenes de laboratorio, rayos x, exámenes de rutina y especializados. Se cubren los siguientes exámenes:

- a. exámenes de laboratorio clínico e histológico
- b. radiografías simples
- c. ecografías simples
- d. electrocardiogramas
- e. electroencefalogramas

En caso de no utilización de la red de proveedores de la aseguradora, esta cobertura operará por reembolso y tendrá un valor asegurado de un millón quinientos mil pesos (\$1.500.000,00) al año.

2.2.2.2. EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO EN RED

La compañía cubrirá, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que hace parte de la póliza, los costos de los estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico especializados con o sin medio de contraste, siempre que sean prescritos por un médico o especialista para el diagnóstico o la evaluación del estado de salud.

En caso de no utilización de la red de proveedores de la aseguradora, esta cobertura operará por reembolso y tendrá un valor asegurado de tres millones quinientos mil pesos m/cte. (\$3.500.000,00) al año.

2.2.2.3. TERAPIAS

Requeridas como tratamiento de afecciones recuperables, iniciadas con posterioridad a la inclusión del beneficiario al presente contrato. se reconocerán las siguientes terapias bajo tratamiento ambulatorio, siempre que sean prescritas por un médico:

- a. Física y rehabilitación: en lo que se refiere a rehabilitación, rayos infrarrojos, rayos infravioletas y corrientes eléctricas.
- b. Respiratorias.
- c. De lenguaje.
- d. Ortópticas y pleóptica.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.2.3. MATERNIDAD Y PARTO

La compañía cubrirá, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que hace parte de la póliza, los gastos derivados del embarazo, parto, complicaciones del embarazo, complicaciones del parto y complicaciones del recién nacido, a todas las mujeres que figuren como titulares o beneficiarias amparadas de la póliza, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de, al menos, trescientos sesenta y cinco (365) días de la inclusión de la beneficiaria amparada o el inicio de vigencia de la póliza.

2.2.3.1. INCLUSIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA PÓLIZA

2.2.3.1.1. RECIÉN NACIDO DE UN EMBARAZO CUBIERTO POR LA PÓLIZA

En el caso de recién nacido de un embarazo cubierto por la póliza, se debe realizar el proceso de inclusión del nuevo asegurado en las mismas condiciones de cualquier inclusión de asegurados en la póliza.

2.2.3.1.2. RECIÉN NACIDO DE UN EMBARAZO NO CUBIERTO POR LA PÓLIZA

En los casos de recién nacidos de un embarazo no cubierto por la póliza, el asegurado titular deberá presentar una solicitud de Seguro de Salud, que estará sujeta a evaluación de riesgo y al cumplimiento de la obligación de pago de la prima. Si alguno de los padres del recién nacido ha permanecido en la póliza por un periodo superior a un (1) año de forma continua, el recién nacido podrá ser incluido en la póliza sin la evaluación de riesgo previa, siempre que el asegurado titular presente, dentro de los treinta (30) días siguientes al parto, el acta o certificado de nacimiento.

En casos de adopción o gestaciones por sustitución, la solicitud de Seguro de Salud estará sujeta, en todos los casos, a la evaluación de riesgo.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD DE COLSANITAS SEGUROS NO CUBRIRÁ LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS O COMPLICACIONES DERIVADAS DE O RELACIONADAS CON:

1. CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO, TRATAMIENTOS DE REJUVENECIMIENTO O CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO DE COSMETOLOGÍA.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2. URGENCIAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBESIDAD. SE EXCEPTÚA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA PARA LA OBESIDAD MÓRBIDA GRADO III (ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) IGUAL O SUPERIOR A 40) NO PREEXISTENTE, SIEMPRE Y CUANDO SE TENGA CONTRATADA DICHA COBERTURA Y SE ENCUENTRE INDICADO EN LA TABLA DE COBERTURAS DE LA PÓLIZA. NO SE DARÁ COBERTURA A LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y/O REPARADORA DERIVADA DE LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBESIDAD CUBIERTO O NO CUBIERTO POR COLSANITAS SEGUROS.
3. CÁMARA HIPERBÁRICA, CURAS DE SUEÑO, REPOSO O SIMILARES, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, ESCLEROTERAPIA PARA INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES, PRESOTERAPIA Y QUIROPRAXIA O CUALQUIER TIPO DE TERAPIA NO EXPRESAMENTE SEÑALADAS EN LA PÓLIZA.
4. URGENCIAS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO, SECUELAS Y/O COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE SE HUBIERE CAUSADO EL BENEFICIARIO AMPARADO VOLUNTARIA O INVOLUNTARIAMENTE COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O TRASTORNO PSIQUIÁTRICO O ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL, TRANSITORIO O PERMANENTE, O COMO CONSECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PSICOTRÓPICAS Y NEUROLÉPTICAS.
5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (BULIMIA, ANOREXIA Y AQUELLOS NO ESPECIFICADOS DEFINIDOS COMO TAL EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DMSIV, APROBADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS).
6. TRATAMIENTO DE DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO O TRATAMIENTO DE LA CIRROSIS.
7. TRATAMIENTOS, EXÁMENES, CONSULTAS, CIRUGÍAS, ESTUDIOS Y CUALQUIER TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA POR ENFERMEDAD LABORAL O ACCIDENTE DE TRABAJO, CALIFICADA COMO TAL POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) A LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO AMPARADO.
8. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL O AMATEUR DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BOXEO, TOROS, PARAPENTISMO, ARTES MARCIALES, MONTAÑISMO, PARACAIDISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, AVIACIÓN, EQUITACIÓN, BUCEO, ESQUÍ ACUÁTICO Y CUALQUIER OTRO DEPORTE DENOMINADO EXTREMO O DE ALTO RIESGO.
9. ABORTO PROVOCADO (LEGAL O ILEGAL), ESTERILIZACIÓN VOLUNTARIA O SU REVERTIMIENTO, ANTICONCEPCIÓN, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN, FECUNDACIÓN IN VITRO, CAMBIO DE SEXO, TRATAMIENTOS Y ESTUDIOS PARA DISFUNCIÓN SEXUAL, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD. TOMA, CONSERVACIÓN E IMPLANTE DE CÉLULAS MADRE DE CUALQUIER ORIGEN. CIRUGÍAS, EXÁMENES Y TRATAMIENTOS IN ÚTERO.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001

Servicio al cliente
Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá



Defensoría del Consumidor Financiero:
Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: <https://defensorsos.com>

10. PRÓTESIS NO DEFINIDAS EXPRESAMENTE EN LA PÓLIZA.
11. TRATAMIENTOS DENTALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE. SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS PRÓTESIS, SU IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL, DISPOSITIVOS O APARATOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR O MAXILARES, CON EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN LA COBERTURA DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA O COBERTURA ODONTOLÓGICA O COBERTURA DE ODONTOLOGÍA ESPECIAL, CUANDO HA SIDO CONTRATADA.
12. LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS CUANDO EL BENEFICIARIO AMPARADO SEA PARTÍCIPE EN LA VIOLACIÓN DE NORMAS LEGALES, EN ACTIVIDADES ILÍCITAS, EN LA COMISIÓN DE SEDICIÓN, REBELIÓN, RIÑA, HUELGA, TERRORISMO, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA DECLARADA O NO, EN EJERCICIO DE SERVICIO MILITAR, O COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES, POR EPIDEMIAS O PANDEMIAS Y LAS LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.
13. ACCIDENTES DE TRÁNSITO. SE INDEMNIZARÁ EN COMPLEMENTO DE LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT) SIEMPRE QUE LA CAUSA DEL ACCIDENTE NO SEA UNA DE LAS EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA.
14. TRATAMIENTOS REALIZADOS POR PERSONAS O EN INSTITUCIONES QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADAS POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS.
15. MAMOPLASTIAS DE CUALQUIER TIPO, EXCEPTO RECONSTRUCTIVAS A CONSECUENCIA DE MASTECTOMÍA O CUADRANTECTOMÍA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER O POR TRAUMA.
16. DESVIACIONES DEL TABIQUE NASAL. SE EXCEPTÚAN DE ESTA EXCLUSIÓN LAS CORRECCIONES DE LAS DESVIACIONES DEL TABIQUE NASAL REALIZADAS COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DEBIDAMENTE CERTIFICADO CON REPORTE MÉDICO Y RADIOLÓGICO.
17. SUMINISTRO AMBULATORIO DE CUALQUIER TIPO DE VENTILACIÓN INVASIVA Y NO INVASIVA, ASÍ COMO SUS ADITAMENTOS, INCLUIDOS CPAP Y BPAP.
18. AMBULANCIA ACUÁTICA Y AMBULANCIA AÉREA FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
19. TERAPIA PSICOANALÍTICA, PSICOTERAPIA POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, ASÍ COMO TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA O NEUROPSIQUIÁTRICA.
20. SUICIDIO, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR INTENTO DE SUICIDIO O POR LESIONES CAUSADAS DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, SEA CUAL FUERE SU ESTADO EMOCIONAL O ANÍMICO AL CAUSARSE LA LESIÓN.
21. ENFERMEDADES, LESIONES O ACCIDENTES PREEXISTENTES, DIAGNOSTICADOS O SUFRIDOS ANTES DE LA INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA, ASÍ COMO SUS SECUELAS O CONSECUENCIAS.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D00I

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



22. CUALQUIER TRATAMIENTO O MEDICAMENTO QUE, DENTRO DE SUS LINEAMIENTOS, SEAN CONSIDERADOS EXPERIMENTALES. COLSANITAS SEGUROS TAMPOCO CUBRIRÁ MEDICAMENTOS NI EQUIPOS UTILIZADOS PARA PROPÓSITOS QUE NO SEAN AQUELLOS DEFINIDOS POR SU LICENCIA, SALVO AUTORIZACIÓN PREVIA.
23. HONORARIOS PROFESIONALES POR SERVICIOS ORDENADOS O PRESTADOS POR EL CÓNYUGE, COMPAÑERO PERMANENTE, PADRE, MADRE, HERMANOS O HIJOS DEL ASEGURADO.
24. ENFERMEDADES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR SUSTANCIAS BIOLÓGICAS O QUÍMICAS DERIVADAS DE ACTOS TERRORISTAS.
25. LAS PREEXISTENCIAS QUE EL ASEGURADO NO DECLARE O REVELE A COLSANITAS SEGUROS DENTRO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y LOS CUESTIONARIOS MÉDICOS, NO ESTARÁN EN NINGÚN CASO CUBIERTAS POR ESTE CONTRATO DE SEGURO.
26. CUALQUIER TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO DE CARENCIA DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA O LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DEL ASEGURADO, CON EXCEPCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS AGUDAS QUE HAYAN OCURRIDO O INICIADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DEL CERTIFICADO.
27. CUALQUIER GASTO QUE EXCEDA LOS LÍMITES MÁXIMOS DE COBERTURA, YA SEAN AÑO PÓLIZA O VITALICIOS.
28. TODO GASTO DONDE SE COMPRUEBE QUE EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO OMITIÓ INFORMACIÓN O HIZO DECLARACIONES FALSAS O INCORRECTAS DE FORMA RETICENTE.
29. TODO GASTO POR CUALQUIER TIPO DE TRANSPORTE DEL PACIENTE EXCEPTO POR SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE A MENOS QUE HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA.
30. GASTOS POR ACOMPAÑANTE, SEA MIEMBRO DE LA FAMILIA O NO, DURANTE LA RECLUSIÓN DEL ASEGURADO EN UN HOSPITAL.
31. TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, O MEDICINAS DE NATURALEZA PREVENTIVA. HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, ESCLEROTERAPIA PARA INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES, PRESOTERAPIA Y QUIROPRAXIA O CUALQUIER TIPO DE TERAPIA QUE NO ESTÉ INCLUIDA EN EL PRESENTE CONDICIONADO.
32. SUMINISTRO Y APLICACIÓN DE VACUNAS, AUTOVACUNAS, TRATAMIENTOS, TRATAMIENTOS DE INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS Y PREPARADOS DE ALÉRGENOS. IGUALMENTE, NO SE RECONOCERÁN LAS COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS, AUTOVACUNAS, TRATAMIENTOS DE INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS Y PREPARADOS ALÉRGENOS.
33. LOS COSTOS DE GAFAS Y LENTES, LENTES DE CONTACTO Y TODO PROCEDIMIENTO PARA CORREGIR LA VISIÓN. DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL
34. PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS O PERTINENTES.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



35. EN LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, EL COSTO DEL ÓRGANO Y LAS COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO PARA LA EXTRACCIÓN DEL ÓRGANO CON FINES DE DONACIÓN, EXCEPTO EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL DONANTE Y EL RECEPTOR SE ENCUENTREN ASEGURADOS EN LA PÓLIZA DE SALUD DE LA COMPAÑÍA. ASI MISMO LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO EL ASEGURADO SEA DONANTE.
36. GASTOS DE CUALQUIER CRIOPRESERVACIÓN Y LA IMPLANTACIÓN O REIMPLANTACIÓN DE CÉLULAS VIVAS, ASÍ COMO LA OBTENCIÓN Y PRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE.
37. TODO TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE NO ESTÉ CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDO O QUE SE CONSIDERE EXPERIMENTAL Y NO APROBADO POR LAS SOCIEDADES MEDICO CIENTIFICAS DE COLOMBIA LA ENTIDAD DE GOBIERNO LOCAL CORRESPONDIENTE.
38. PROCEDIMIENTOS, CIRUGÍAS, TRATAMIENTOS, HOSPITALIZACIONES, EXÁMENES, SERVICIOS Y MEDICAMENTOS ORDENADOS, SUMINISTRADOS O REALIZADOS EN INSTITUCIONES O POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS PARA EL EJERCICIO DE SUS ACTIVIDADES Y/O QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA SALUD. ASÍ MISMO SE EXCLUYEN LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS NATURISTAS, SPA, HOGARES TERAPÉUTICOS, HOGARES GERIÁTRICOS, INSTITUCIONES DE CUIDADO INTERMEDIO, DE CUIDADOS CRÓNICOS O SIMILARES. TERAPIA AMBIENTAL DE DESCANSO Y/O PARA OBSERVACIÓN, SERVICIOS O TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES, HIDRO CLÍNICAS, BAÑOS TERMALES, SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO, HOGARES DE RETIRO O ASILOS DE ANCIANOS.
39. COMPLICACIONES DE SERVICIOS, CONDICIONES O GASTOS DERIVADOS DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA O SUS ANEXOS, INCLUYENDO LOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE TODO PADECIMIENTO QUE SEA LA COMPLICACIÓN DE UNA CONDICIÓN MÉDICA O SERVICIO DE ATENCIÓN A LA SALUD QUE NO ESTÉ CUBIERTO.
40. TODOS LOS GASTOS POR TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FERTILIDAD O ESTERILIDAD MASCULINA O FEMENINA Y SU REVERTIMIENTO, LIGADURA DE TROMPAS, VASECTOMÍA, INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS, FECUNDACIÓN IN VITRO, IMPOTENCIA O DISFUNCIÓN ERÉCTIL.
41. TODO GASTO PARA CAMBIO DE SEXO, TRANSFORMACIÓN SEXUAL, DISFUNCIÓN SEXUAL, IMPOTENCIA, INADECUACIÓN SEXUAL Y/O ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A INFECCIÓN POR HERPES DE TODO TIPO, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
42. TODO GASTO, SERVICIO, CIRUGÍA O TRATAMIENTO RELACIONADO CON TALLA CORTA, DELGADEZ, SOBREPESO, OBESIDAD O EL CONTROL DE PESO EN GENERAL TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (BULIMIA, ANOREXIA Y AQUELLOS NO ESPECIFICADOS, DEFINIDOS, INCLUYENDO TODA FORMA DE SUPLEMENTO ALIMENTICIO; CALVICIE, ACNÉ DE CUALQUIER TIPO, APNEA DEL SUEÑO.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



43. CUIDADOS PODIÁTRICOS INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITADO A CUIDADO DE LOS PIES EN CONEXIÓN CON CALLOS, JUANETE, HALLUX VALGUS, NEUROMA DE MORTON, PIES PLANOS, ARCOS DÉBILES, PIES DÉBILES, Y OTRAS QUEJAS SINTOMÁTICAS DE LOS PIES, INCLUYENDO ZAPATOS, PLANTILLAS E INSERTOS ESPECIALES DE CUALQUIER TIPO O FORMA.

44. TRATAMIENTO PARA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO ÓSEO O TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA HORMONA DEL CRECIMIENTO

45. TRATAMIENTO DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA Y DE TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITADO A ANOMALÍAS Y MALFORMACIONES DEL MAXILAR O LA MANDÍBULA, SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, TRASTORNOS CRANIOMANDIBULARES Y DEMÁS PADECIMIENTOS DEL MAXILAR, DE LA MANDÍBULA O DE LA ARTICULACIÓN MANDIBULAR QUE CONECTA A LA MANDÍBULA CON EL CRÁNEO Y DEL CONJUNTO DE MÚSCULOS, NERVIOS Y DEMÁS TEJIDOS RELACIONADOS CON ESA ARTICULACIÓN. SE EXCEPTÚAN LOS TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA A CAUSA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO MIENTRAS EL ASEGURADO ESTÉ VIGENTE Y EL ACCIDENTE ESTÉ CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA. SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS PRÓTESIS SU IMPLANTACIÓN Y RESTAURACIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ORAL, DISPOSITIVOS O APARATOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR O MAXILARES.

46. MEDICINAS DE VENTA LIBRE NO RECETADAS O PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS QUE NO CUMPLAN CON LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN LA DEFINICIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS.

47. CON EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN LA COBERTURA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL PRESENTE CONDICIONADO, EN LO CORRESPONDIENTE AL TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN CASA, SE EXCLUYE EL CUIDADOR Y/O ENFERMERA DOMICILIARIA.

48. ENFERMERA PRIVADA DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL, SALVO QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO, ORDENADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y AUTORIZADO POR LA ASEGURADORA. 49. GASTOS MÉDICOS POR CONCEPTO DE TRATAMIENTOS QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DE ESTE CONTRATO Y/O TERMINE EL BENEFICIO INDIVIDUAL DE CADA TITULAR Y DEPENDIENTE.

50. EVALUACIONES MÉDICAS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA CHEQUEO GENERAL Y/O EJECUTIVO, EXÁMENES DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO.

51. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO QUE SEAN MEDICAMENTE REQUERIDOS Y CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

52. A EXCEPCIÓN DE LO DEFINIDO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS, SE EXCLUYE EL SUMINISTRO DEL OXIGENO DOMICILIARIO.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



53. TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO U HOSPITALARIO PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS MÉDICOS, ÉTICOS, CLÍNICOS Y PARA CLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.

EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR URGENCIA ODONTOLÓGICA

EL AMPARO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA EN RED NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTRE LOS CUALES A TÍTULO ENUNCIATIVO SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

1. TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES NO CONTEMPLADOS ESPECÍFICAMENTE EN EL AMPARO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA EN RED PARA LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES: CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRIA Y CUALQUIER OTRA.
2. TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA CONVENCIONAL: UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y MULTIRADICULARES (TRATAMIENTOS DE CONDUCTO) INICIADOS O REALIZADOS POR PRIMERA VEZ POR PARTE DE ODONTÓLOGOS QUE NO SON REPRESENTADOS POR EL PROVEEDOR.
3. RETRATAMIENTOS DE CONDUCTO UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y MULTIRADICULARES.
4. TRATAMIENTOS ESTÉTICOS.
5. URGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES: ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PERDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES. ESTE AMPARO NO CUBRE ESTE TIPO DE URGENCIA, YA QUE SE CONSIDERA UNA URGENCIA MÉDICA, AMPARADA POR PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y/O HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA. ADEMÁS, REQUIERE DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO (CIRUJANOS PLÁSTICOS, TRAUMATÓLOGOS, CIRUJANOS MAXILOFACIALES Y ANESTESIOLOGOS) Y EL USO DE TECNOLOGÍA Y EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO SOFISTICADOS. EL TRATAMIENTO ES COMÚNMENTE QUIRÚRGICO Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.
6. ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS (NO OBSTANTE, NO TENDRÁN COSTO ALGUNO LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y CUBIERTOS DE ACUERDO AL AMPARO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA EN RED, LUEGO DE ESTAR EL PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN).
7. DEFECTOS FÍSICOS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:
Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: https://defensorsos.com

- 8. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
- 9. RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.
- 10. ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE URGENCIA ODONTOLÓGICA.
- 11. CUALQUIER MEDICAMENTO FORMULADO NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN O COMO COMPLEMENTO DE CUALQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS AMPARADOS Y NO CUBIERTOS POR ESTE AMPARO.

2.4. VALOR ASEGURADO

Los Valores Asegurados anuales para cada uno de los amparos ofrecidos en la póliza de Salud de Seguros Colsanitas S.A. serán los registrados en la carátula de la póliza o en el certificado individual.

Estos límites de indemnización aplicarán para todas las coberturas incluidas en cada amparo, de forma que la suma del pago por la(s) cobertura(s) afectadas no podrá sobrepasar, en ningún caso, el valor asegurado definido para el amparo.

2.5. MODALIDAD DEL SEGURO

La póliza de Seguro de Salud Integral se comercializará en las modalidades Individual y Colectivos

2.6. MONEDA

La póliza de Seguro de Salud se comercializará en pesos colombianos

2.7. MEDIDAS DE CONTROL

2.7.1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para ingresar en la póliza de Seguro de Salud de Seguros Colsanitas S.A. se establece como requisito ser residente en Colombia. No se establecen límites de edad para el ingreso y todos los asegurados podrán permanecer en la póliza sin importar su edad.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



2.7.2. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Cualquier asegurado que solicite su inclusión en el grupo asegurado debe presentar los requisitos de asegurabilidad que tenga establecidos o establezca la compañía, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por ésta.

En todos los casos, la compañía se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad adicionales que estime necesarias para cada caso en concreto.

2.7.3. POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN

Las políticas de Suscripción de la compañía incluyen los siguientes apartados

2.7.3.1. SUMAS ASEGURADAS

Los valores asegurados serán los definidos en la carátula de la póliza. La suma asegurada se aplicará de forma individual para cada asegurado y la tabla de coberturas incluye los valores asegurados para cada amparo contratado.

Los asegurados de la póliza de Seguro de Salud Integral de Seguros Colsanitas S.A. tendrán libre elección de proveedores, siempre que estén legalmente autorizados por las autoridades respectivas.

2.7.3.2. LÍMITES Y PERIODOS DE CARENIA

La compañía cubrirá, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que hace parte de la póliza, los costos de los siguientes eventos médicos, siempre y cuando se haya cumplido el periodo de carencia definido en la Tabla 2, el cual empieza a contarse desde el primer día de inclusión del asegurado en la póliza. Descripción de las coberturas en la Tabla No. 1.

Tabla 1. Límites

AMPARO	COBERTURA	LÍMITES
GASTOS HOSPITALARIOS	GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS	EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO, HASTA POR UN VALOR MÁXIMO TOTAL DE DOS (2) SMLMV AL AÑO.
		MEDICAMENTOS POSTERIORES A LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA, QUE FORMULE EL MÉDICO PARA UN PERIODO MÁXIMO DE UN (1) MES.
		SE RECONOCERÁN HASTA TRES (3) CONSULTAS ENTRE PRE Y POST-HOSPITALARIOS Y UNA CONSULTA PREANESTÉSICA.
	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	SE RECONOCERÁ HASTA SESENTA (60) DÍAS/BENEFICIARIO AMPARADO/AÑO DE VIGENCIA Y NO ACUMULABLES DE UN AÑO A OTRO
	HONORARIOS PROFESIONALES	LA AYUDANTÍA QUIRÚRGICA SE INDEMNIZARÁ PARA CIRUGÍAS QUE POR COMPLEJIDAD LO AMERITEN SIN EXCEDER EL 15% DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS.
		PARA LOS HONORARIOS DE ANESTESIOLOGÍA SERÁ HASTA EL 40% DE LO INDEMNIZADO POR HONORARIOS QUIRÚRGICOS.



		LOS HONORARIOS MÉDICOS POR TRATAMIENTO INTRA-HOSPITALARIO NO QUIRÚRGICO SE INDEMNIZARÁN COMO MÁXIMO (2) VISITAS MÉDICAS DIARIAS SIN LÍMITE DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA CINCO (5) INTERCONSULTAS DIARIAS POR CADA MÉDICO TRATANTE DE DIFERENTE ESPECIALIDAD SIN LÍMITE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y GASTOS DE DONANTE	GASTOS DEL DONANTE	LOS GASTOS DEL DONANTE EFECTIVO POR ESTUDIOS PRETRASPLANTE Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, HASTA POR 5 SMMLV, ASÍ ÉSTE SE ENCUENTRE O NO ASEGURADO EN LA PÓLIZA.
	TRASPLANTE	LAS COMPLICACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA EXTRACCIÓN HASTA 30 DÍAS POSTERIORES AL EVENTO QUIRÚRGICO
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DERIVADOS DE LA URGENCIA O LA HOSPITALIZACIÓN	MEDICAMENTOS AMBULATORIOS DERIVADOS DE LA URGENCIA O LA HOSPITALIZACIÓN	SE CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y CON UNA COBERTURA MÁXIMA DE TREINTA (30) DÍAS.
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA DENTRO O FUERA DE LA RED	CONSULTA MEDICA GENERAL, ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA	SI EL ASEGURADO NO UTILIZA LA RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA, ESTA COBERTURA SERÁ LIMITADA A MÁXIMO SEIS (6) CONSULTAS CON MÉDICO GENERAL, ESPECIALISTA O SUBESPECIALISTA Y HASTA UN VALOR POR ASEGURADO Y VIGENCIA PÓLIZA DE UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$1.500.000,00) QUE SE PUEDE AGOTAR EN UNA O VARIAS CONSULTAS MÉDICAS
	CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA	SE OTORGA COMO MÁXIMO CINCO (5) CONSULTAS DOMICILIARIAS POR ASEGURADO Y VIGENCIA PÓLIZA
	CONSULTA MÉDICA PSIQUIÁTRICA DENTRO O FUERA DE LA RED	ESTE BENEFICIO TIENE COMO VALOR ASEGURADO MÁXIMO DE DOS MILLONES DE PRESOS M/CTE. \$2.000.000,00
AYUDAS DIAGNÓSTICAS DENTRO O FUERA DE LA RED	EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS X, EXÁMENES DE RUTINA Y ESPECIALIZADOS	CUANDO SEA FUERA DE RED, EL VALOR ASEGURADO ES DE UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS (\$1.500.000,00) AL AÑO.
	EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO EN RED	CUANDO SEA FUERA DE RED, EL VALOR ASEGURADO ES DE UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000,00) AL AÑO.

Tabla 2. Periodos de carencia.

EVENTO	PERIODO DE CARENIA (MESES)
Tratamiento de cáncer ambulatorio u hospitalario	4
Trasplante de órganos y gastos de donante	12
Tratamiento para la insuficiencia renal crónica	12
Tratamiento para el sida y sus complicaciones	12
Tratamiento quirúrgico para enfermedades congénitas y genéticas	24
Reemplazos articulares prótesis	12
Tratamiento quirúrgico para obesidad	12
Gastos médicos por emergencia odontológica	1
Maternidad y parto	12

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--



2.7.3.3. AUTORIZACIÓN PREVIA

La compañía cubrirá, hasta el límite indicado en la tabla de coberturas que hace parte de la póliza, los costos de los siguientes eventos médicos, siempre y cuando se haya obtenido la autorización previa por parte de la compañía:

- Hospitalización y sus servicios
- Trasplantes de órganos Marcapasos. Este implante está sujeto a autorización.
- Transporte y traslado médico
- Prótesis y Órtesis.
- Consultas médicas de psiquiatría

2.7.4. REVISIÓN DE TARIFAS

La compañía revisará la prima cobrada al finalizar cada vigencia del contrato de seguro.

2.8. TEMPORALIDAD

La póliza de seguro de salud de COLSANITAS SEGUROS tendrá una vigencia de un año y su renovación será por periodos anuales. Se entiende como fecha de inicio el día que la compañía haya recibido el pago de la prima en su totalidad

2.9. CANALES DE COMERCIALIZACIÓN

Las pólizas pertenecientes al ramo de salud de seguros Colsanitas s.a. serán comercializadas a través de todos los canales disponibles para ello en la compañía:

- D. Venta directa de seguros Colsanitas s.a.
- I. Intermediarios de seguros

2.10. DEDUCIBLES

La póliza incluye un deducible del 20% para la cobertura del amparo de Urgencias.
La póliza incluye un deducible del 20% para la cobertura del amparo de Cirugía bariátrica.

2.11. COPAGOS

Se tendrán copagos en todos los amparos por el valor de 40.000 pesos colombianos, así por cada utilización se debe realizar un pago para cada servicio. Este valor de copago, se actualizará en cada vigencia con el factor IPC General de cierre de año.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



2.12. LIMITACIONES A LOS AMPAROS POR CONDICIONES PREEXISTENTES

Para efectos de este contrato de seguro la preexistencia es: la enfermedad, malformación o afección que ha ocurrido y originado, y cuyos síntomas y/o signos clínicos se han manifestado, antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la inclusión de cada asegurado en la misma, independientemente de que su diagnóstico se realiza durante la ejecución del contrato.

2.13. PREEXISTENCIAS REVELADAS

Las preexistencias que sean reveladas a COLSANITAS SEGUROS al completar la declaración de asegurabilidad y los cuestionarios médicos se tratarán de la siguiente manera:

Si la o las preexistencias: (i) fueron aceptadas por COLSANITAS SEGUROS mediante una condición particular adicional incluida en la carátula o certificado individual del seguro; y (ii) no fueron excluidas en la carátula o el certificado individual del seguro; y	entonces...
(iii) si el respectivo asegurado ha estado libre de síntomas, signos o tratamientos relacionados con la enfermedad declarada durante un período de cinco (5) años antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza; o	la o las preexistencias estarán cubiertas desde el inicio de la vigencia del contrato de seguro para dicho asegurado.
(iv) si el respectivo asegurado ha presentado síntomas, signos o tratamientos relacionados con la enfermedad declarada en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.	la o las preexistencias estarán cubiertas solo a partir del segundo (2do) año contractual contado desde la fecha de inicio de vigencia del seguro respecto de dicho asegurado.

Las preexistencias declaradas y reveladas por el respectivo asegurado dentro de la declaración de asegurabilidad y los cuestionarios médicos dispuestos se entenderán cubiertas por este contrato de seguro, salvo que sean excluidas expresamente en la carátula o certificado individual del seguro.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--



3. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

3.1 TOMADOR DEL SEGURO

Para los efectos de la presente póliza el TOMADOR es la persona que contrata un seguro por cuenta propia y/o de terceros. En este último caso, con el propósito de asegurar un número determinado de personas naturales, haciéndose el TOMADOR responsable del pago de la prima del seguro. La identidad e identificación del TOMADOR se indicará en la carátula de la póliza.

PARÁGRAFO. Si en el TOMADOR concurre la calidad de asegurado, este será considerado como el asegurado principal; de lo contrario, tendrá tal calidad aquel que el TOMADOR señale.

3.2 ASEGURADO Y GRUPO ASEGURADO

ASEGURADO significa la persona natural, individualmente considerada, que hace parte de un Grupo Asegurado, la cual se encuentra amparada de los riesgos cubiertos establecidos en la presente póliza.

Grupo Asegurado: es el constituido por un grupo de personas naturales que conforman un mismo núcleo familiar y/o tienen una relación de parentesco (tales como: padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos del TOMADOR o ASEGURADO PRINCIPAL).

También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que, por sus condiciones, aunque no tengan personería jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable por su relación legal o reglamentaria.

3.3 REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El ASEGURADO principal que solicite su inclusión o la de sus ASEGURADOS en el Grupo Asegurado, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que tenga establecidos o establezca COLSANITAS SEGUROS, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por ésta. Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurado solo podrán ser solicitadas formalmente por parte del TOMADOR o del ASEGURADO PRINCIPAL.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



COLSANITAS SEGUROS se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias para cada caso en concreto.

3.4. REQUISITO DE ASEGURABILIDAD – AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, COLSANITAS SEGUROS verificará que el TOMADOR o ASEGURADO PRINCIPAL de la póliza, así como su grupo asegurándose encuentren afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. por lo tanto, el TOMADOR o ASEGURADO principal se obliga a informar a COLSANITAS SEGUROS, en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la entidad promotora de salud (EPS), a la cual se encuentra afiliado él y su Grupo Asegurado.

En caso de que el TOMADOR o ASEGURADO PRINCIPAL se encuentre dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, deberá declararlo a COLSANITAS SEGUROS en la solicitud de seguro de esta póliza, indicando el régimen al cual pertenece. Si durante la vigencia de este contrato, el TOMADOR o ASEGURADO principal cambian de EPS o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a COLSANITAS SEGUROS, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

3.5. GARANTÍA DE CONDUCTA

El TOMADOR o ASEGURADO PRINCIPAL asumen como garantía de conducta mantener vigente su afiliación y cotización al régimen contributivo de salud, esto es, una vinculación y pago a una entidad prestadora de servicios de salud, (o la entidad que haga sus veces según el marco legal vigente), que cubra el plan obligatorio de salud, (o el conjunto de servicios y tecnologías aprobados en el país para la atención en salud que haga sus veces según el marco legal vigente).

Si durante la vigencia del contrato de seguro o al momento de la renovación, el TOMADOR o ASEGURADO PRINCIPAL pierde su calidad de afiliado al régimen contributivo de salud o a un régimen de excepción si es el caso, COLSANITAS SEGUROS se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro de forma inmediata, reintegrando las primas pagadas y no devengadas según sea el caso, sin que por ello se entienda que se ha dado por terminado sin justa causa el contrato de seguro, ni que se estén vulnerando sus derechos como consumidor financiero, por tratarse de una causal objetiva, por la inobservancia de una exigencia legal que constituye prerequisite para la vigencia del contrato de seguro.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



La anterior garantía se pacta en razón de la naturaleza de plan voluntario de salud que tiene este seguro.

4. PRIMA DEL SEGURO

4.1. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado anual para cada amparo es el que se establece en la carátula de la póliza. Este valor asegurado se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones que efectúe COLSANITAS SEGUROS durante la vigencia de la póliza.

Estos límites de indemnización aplicarán para todas las coberturas incluidas en cada amparo, de forma que la suma del pago por la(s) cobertura(s) afectadas no podrá sobrepasar, en ningún caso, el valor asegurado definido para el amparo.

Los valores asegurados serán los definidos en la carátula de la póliza. La suma asegurada se aplicará de forma individual para cada ASEGURADO y la tabla de coberturas incluye los valores asegurados para cada amparo contratado.

4.2. CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá teniendo en cuenta la edad y el género de cada ASEGURADO, así como su estado de salud.

4.3. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR es responsable por el pago de la prima del seguro. El pago de la prima es condición indispensable para el inicio de la vigencia del seguro.

El TOMADOR deberá pagar la prima a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

4.4 FALTA DE PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

En caso de que el valor de las primas del seguro no sea pagado conforme los términos y plazos establecidos por COLSANITAS SEGUROS, se producirá la terminación automática del contrato y COLSANITAS SEGUROS quedará exonerada de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho periodo.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



5.1. INICIO DE LA VIGENCIA

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia técnica, siempre y cuando no sea revocado. Las partes podrán acordar que la póliza se renueve automáticamente mediante la inclusión de una condición particular.

La vigencia técnica del presente seguro comenzará a correr a partir de la hora veinticuatro (24h) (hora legal colombiana) del día en el que se haya realizado el pago de la prima del seguro o de su primera cuota. Excepto para la prima inicial, se concede al TOMADOR un período de gracia de un mes contado a partir de la fecha que para tal efecto se haya señalado en la carátula de la póliza o en la solicitud individual.

5.2. INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Los amparos respecto de cada ASEGURADO sólo entrarán en vigor a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha en que COLSANITAS SEGUROS comunique por escrito al TOMADOR acerca de su aprobación para que dicha persona sea incluida en el Grupo asegurado. La anterior comunicación será remitida al correo electrónico informado por el TOMADOR.

5.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DEL SEGURO Y DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El presente contrato de seguro y la o las coberturas individuales de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, terminará ocurrida una o varias de las siguientes condiciones:

- a. Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- b. Cuando el ASEGURADO principal fallezca o deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c. Únicamente al momento de la renovación de la póliza, si el Grupo Asegurado es inferior a diez (10) personas.
- d. Respecto del seguro en el que sean ASEGURADOS el cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el ASEGURADO principal deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- e. Cada una de las coberturas individuales terminará cuando el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor de la cobertura afectada.
- f. Las demás que estén previstas en el Código de Comercio.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



5.4. REVOCACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

En caso de revocación del contrato de seguro, ya sea por parte del TOMADOR de la póliza o por parte de la Compañía, COLSANITAS SEGUROS realizará la devolución de la Prima no devengada.

6. AVISO DE SINIESTRO

6.1. RECLAMACIÓN

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el TOMADOR, o el ASEGURADO o el(los) BENEFICIARIO(S), según el caso, deberán dar aviso a la COLSANITAS SEGUROS acerca de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El ASEGURADO, a petición de Colsanitas Seguros, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro a COLSANITAS SEGUROS. En caso de incumplimiento de esta obligación, COLSANITAS SEGUROS podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

El ASEGURADO y/o su(s) BENEFICIARIO(S) se comprometen con COLSANITAS SEGUROS a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación.

6.2. PAGO DEL SINIESTRO

COLSANITAS SEGUROS pagará al ASEGURADO, cuando es el mismo beneficiario, o a él o los BENEFICIARIOS DESIGNADOS O LOS DE LEY, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro. Corresponderá al ASEGURADO demostrar la ocurrencia del siniestro, conforme lo señalado en el Art. 1077 del Código de Comercio.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



7. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO

7.1. DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

El TOMADOR y los ASEGURADOS individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por COLSANITAS SEGUROS antes de la celebración del contrato de seguro o con la solicitud de ingreso a este. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por COLSANITAS SEGUROS, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO individualmente considerado, el contrato no será nulo, pero COLSANITAS SEGUROS solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo. Las sanciones anteriores no son aplicables si Colsanitas Seguros, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente, de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 del Código de Comercio.

7.2. RESPONSABILIDAD DE COLSANITAS SEGUROS

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, COLSANITAS SEGUROS 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 del contrato de seguro, no estarán cubiertos, aunque se deriven de una enfermedad, de un accidente o una maternidad ocurrida durante la vigencia del seguro.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



7.3. RESPONSABILIDAD CIVIL

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.

7.4. SUBROGACIÓN

Cuando el evento que sea la causa de indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el TOMADOR o ASEGURADO principal cede a COLSANITAS SEGUROS 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 COLSANITAS SEGUROS para reclamar al tercero el monto de lo pagado. Para este fin, el ASEGURADO se compromete a entregar a COLSANITAS SEGUROS las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones legales correspondientes.

7.5 COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Partes declaran las direcciones en donde pueden ser notificadas judicialmente o recibir correspondencia, comunicaciones, avisos y notificaciones relacionadas con el Contrato:

- Por parte de la Colsanitas Seguros:
 - Dirección de notificación: Cl 100 No. 11 B 67
 - Correo electrónico de notificación: notificajudiciales@keralty.com
- Por parte del TOMADOR y/o ASEGURADO PRINCIPAL:
 - Aquella informada en la caratula y/o anexos de la póliza.

En todo caso, cualquier notificación que hacerse entre las Partes deberá surtir por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida. De igual forma, queda acordado que la notificación podrá ser realizada por COLSANITAS SEGUROS, con la publicación de un aviso de prensa en un medio de amplia circulación.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Servicio al cliente
Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.seguroscolsanitas.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá



Defensoría del Consumidor Financiero:
Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: <https://defensorsos.com>

7.6. ANEXOS, TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Hacen parte integral de la presente póliza, la o las solicitudes del seguro firmada por el TOMADOR y/o por los ASEGURADOS, y los anexos que se expidan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar el contrato de seguro. Para la presente póliza se acogen los siguientes términos y definiciones:

ACCIDENTE: Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Asegurado, que ocurra dentro de la Vigencia de la Póliza, provocado por un agente externo, que produzca daños o lesiones corporales.

ACTO MÉDICO O PARAMÉDICO: Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión y que cuente con registro médico,

AFECCIÓN BUCO-DENTAL: Cualquier alteración de la salud buco-dental que sufra el asegurado y que origine tratamientos, procedimientos o servicios cubiertos por el amparo del Plan Odontológico.

AÑO PÓLIZA: Período de cobertura de la Póliza o de una cobertura o beneficio comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

ASEGURADO: Persona individual que a solicitud del Contratante queda cubierta por el seguro colectivo.

ASEGURADO TITULAR: Empleado del Contratante que pertenece al Grupo Asegurado como tal en esta Póliza y en Certificado Individual.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido por LA ASEGURADORA a favor del Asegurado que se adhiere al contrato de seguro colectivo que contiene las coberturas, las principales condiciones generales de la Póliza y las Condiciones Particulares del Asegurado.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Cualquier cirugía practicada en la sección de servicios ambulatorios de un Hospital que no requiere una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente, o en un Hospital ambulatorio, o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas.

CONDICIONES GENERALES: Condiciones establecidas por las aseguradoras para regir todos los contratos pertenecientes a un mismo tipo de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones que permiten la individualización de la Póliza especificando sus particularidades, y que rigen la relación LA ASEGURADORA, Contratante y Asegurados.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Son aquellas condiciones médicas o enfermedades cuyos signos o síntomas aparecieron antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia o aquellos accidentes que hayan ocurrido antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como preexistentes.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con LA ASEGURADORA, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

COPAGO O DEDUCIBLE: Monto de los gastos cubiertos que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos antes de recibir los servicios prestados.

CUADRO DE BENEFICIOS: El Cuadro de Beneficios detalla todos los gastos médicos que serán indemnizados de acuerdo con esta Póliza. Este Cuadro de Beneficios se encuentran detallados la Suma Asegurada, así como los Límites Máximos de los beneficios.

DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA: Suma de dinero pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos en la vigencia de la Póliza.

EMERGENCIA: Condición aguda de comienzo repentino o inesperado que requiere tratamiento médico inmediato dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas y de naturaleza tal que es necesario proporcionar tratamiento inmediato caso contrario se pone en riesgo la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales o de un órgano.

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por el amparo de Emergencia Odontológica en Red y/o Plan Odontológico y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia

ENFERMEDAD: Se refiere a cualquier alteración de la salud, trastorno o condición que sufre un Asegurado, diagnosticada por un Médico y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico y cuya información está registrada, reconocida y aprobada en el campo médico.

ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA: Es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS: A cualquier equipo médico que ha sido diseñado para su uso continuo. Este incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, muletas y similares.

EXCLUSIÓN: toda condición, evento, elemento no cubierto bajo la presente póliza.

EXTRAPRIMA: prima adicional que permite amparar las enfermedades, secuelas, complicaciones y recidivas Declaradas y aceptadas.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Es la fecha de entrada en vigor de un Asegurado a la Póliza la que se especifica en el Certificado Individual.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es la fecha de entrada en vigor de la Póliza que se especifica en la Carátula de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: Es la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

GASTOS HOSPITALARIOS: Gastos ocasionados por servicios y atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en una clínica u hospital, legalmente autorizada, por más de veinte y cuatro (24) horas, ordenadas y aprobadas por un médico.

GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Se refiere al cargo por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del contrato de seguro. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por un contrato de seguro colectivo.

HONORARIOS MÉDICOS: Gastos resultantes del cobro de los servicios prestados por el Médico tratante.

HOSPITAL: Es cualquier institución legalmente autorizada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra domiciliado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias, que cuenta con el personal médico y paramédico permanente, y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano.

HOSPITAL AMBULATORIO: Instituciones autorizadas por la autoridad local correspondiente como Hospital de Día, que cuenta con las instalaciones, equipo, personal médico y paramédico para dar tratamientos médicos y/o quirúrgicos que no requieren ingreso hospitalario **HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA:** alternativa asistencial del área de salud, de carácter transitorio, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de rango hospitalario, (tanto en la calidad como en la cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando usted no precisa la infraestructura hospitalaria, pero todavía no hay una respuesta. antibioticoterapia intravenosa, curaciones mayores y fototerapia para ictericia neonatal.

LESIÓN: Es el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



MEDICAMENTO NECESARIO: Se refiere a la condición de cualquier tratamiento, servicio, o suministro médico que LA ASEGURADORA determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará medicamento necesario si: a. Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la Familia de éste o del proveedor; b. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; c. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado; d. No se le reconoce médica ni científicamente; e. Se considera como experimental y no aprobado por las sociedades médicas científicas; f. Se considera como experimental y no aprobado por las asociaciones científicas g. Se refiere a un procedimiento estético.

MEDICAMENTOS: Son los preparados o sustancias clínicamente probadas como efectivas, reconocidas por el órgano regulador farmacéutico que se requieren para el tratamiento y/o estabilización de la condición médica o para compensar ciertas sustancias del organismo.

MÉDICO: Persona legalmente autorizada en el Área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos. Todo médico debe contar con el registro médico respectivo

PERÍODO DE CARENIA Tiempo comprendido entre la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado Titular y/o sus Dependientes a la Póliza y el momento en que entran en vigor las coberturas descritas en la póliza. Durante este período LA ASEGURADORA no está obligada a cubrir los gastos incurridos por estos procedimientos y/o enfermedades.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: Tratamiento médico o quirúrgico que no requiere hospitalización y dura menos de 24 horas.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: Tratamiento médico o quirúrgico en una institución hospitalaria con una duración superior a 24 horas

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Es el lugar de cuidado especializado intrahospitalario, dotado con recursos Idóneos humanos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico y acorde con Las disposiciones legales vigentes.

URGENCIA: Es la alteración física y / o psiquiátrica dictaminada por un médico producida por cualquier causa y que se comprometen la vida o la funcionalidad de la persona y que requiere de la Atención inmediata de servicios de salud. La urgencia en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria.

7.7. LEGISLACIÓN APLICABLE Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

El presente Contrato se regirá por la ley colombiana. Cualquier disputa en relación con la interpretación y ejecución del Contrato, se podrá dirimir directamente por las Partes, a través de los mecanismos alternativos de solución de controversias de conciliación extrajudicial en derecho. Agotado el anterior procedimiento, el conflicto o controversia será sometida a la jurisdicción colombiana.

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001

01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001



7.8. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Cuando lo considere necesario, el Asegurado, en su calidad de consumidor financiero, podrá acudir al Defensor del Consumidor Financiero. Para lo anterior, deberán tenerse en cuenta lo siguientes datos de contacto:

Línea de servicio al cliente: Bogotá (601) 7398939 - Nacional 018000 931011 Defensoría del Consumidor Financiero: Camila A. Ustariz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C. - Tel: 6016108164 Lun-Vie 8:00 AM a 6:00 PM- Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com y página web <https://defensorsos.com>

7.9. LÍNEAS DE ATENCIÓN

Para tramitar cualquier solicitud, queja o reclame, el Asegurado podrá comunicarse a las líneas de servicio al cliente. En Bogotá a la línea (601) 7398939 y a nivel nacional a la línea 018000 931011

7.10. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las Partes la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

01/08/2024-1433-P-35-SALUDINTEGRAL001-D001	01/08/2024-1433-NT-35-SALUDINTEGRAL001
--	--

