VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

01 800 051 8888
Bogotá, Cali y Medellín **437 8888**
Desde tu celular **#888**

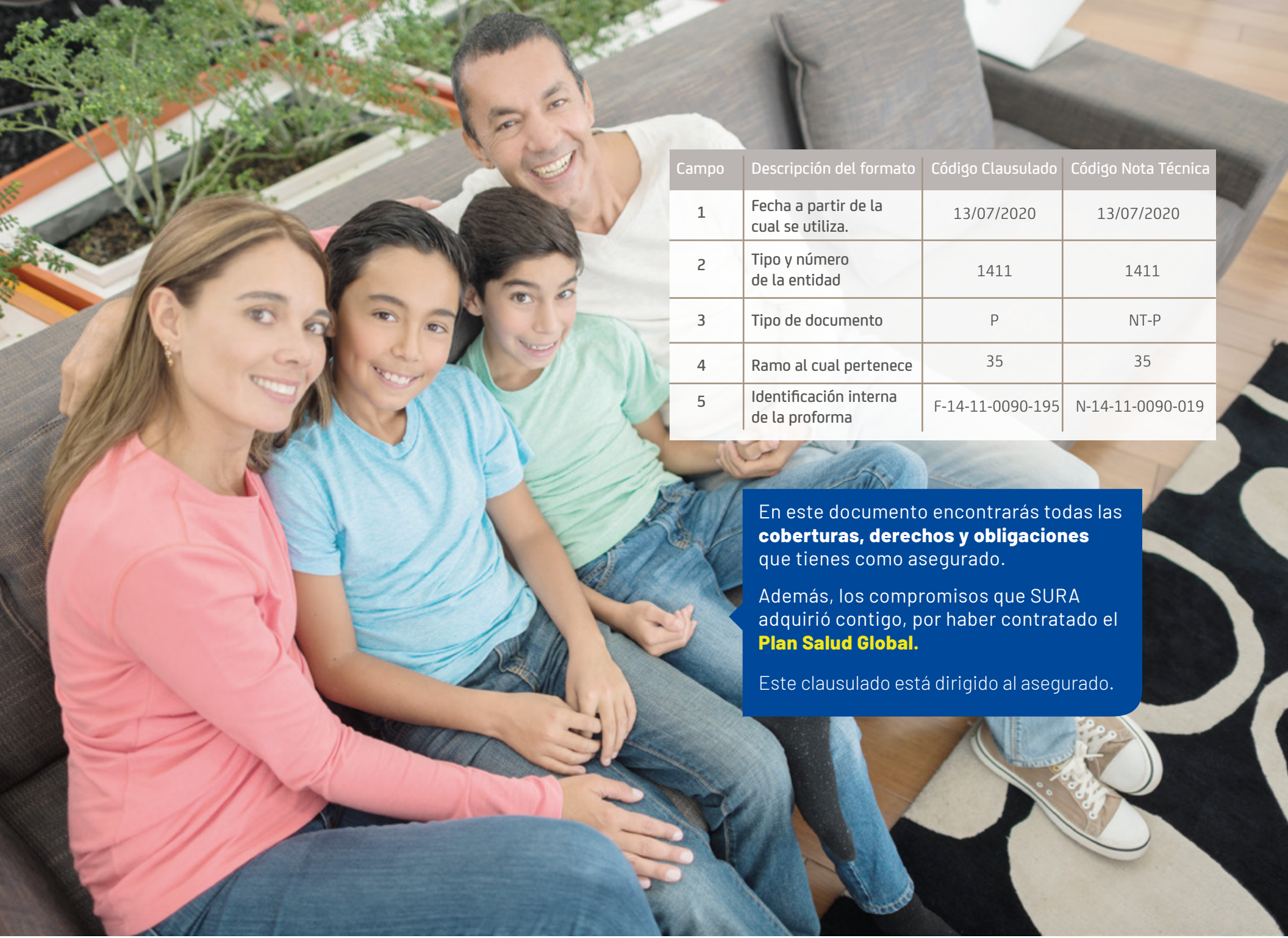
segurossura.com.co

SEGUROS

sura

Seguro de Salud

Plan Salud Global



Campo	Descripción del formato	Código Clausulado	Código Nota Técnica
1	Fecha a partir de la cual se utiliza.	13/07/2020	13/07/2020
2	Tipo y número de la entidad	1411	1411
3	Tipo de documento	P	NT-P
4	Ramo al cual pertenece	35	35
5	Identificación interna de la proforma	F-14-11-0090-195	N-14-11-0090-019

En este documento encontrarás todas las **coberturas, derechos y obligaciones** que tienes como asegurado.

Además, los compromisos que SURA adquirió contigo, por haber contratado el **Plan Salud Global.**

Este clausulado está dirigido al asegurado.

Contenido

Sección 1 - Coberturas principales

1. Tratamiento médico hospitalario y ambulatorio en Colombia
2. Tratamiento médico hospitalario y ambulatorio fuera de Colombia
3. Asistencia en viaje
4. Auxilio exequial

Sección 2 - Coberturas opcionales con pago adicional de prima

1. Consulta externa ambulatoria
2. Urgencias ilimitadas por enfermedad
3. Emergencia médica domiciliaria
4. Renta diaria por Incapacidad
(Esta cobertura solo aplica para pólizas familiares)
5. Odontológico

Sección 3 - Exclusiones

Sección 4 – Limitaciones de cobertura y periodos de carencia

Sección 5 – Condiciones generales

1. Obligaciones del tomador y del asegurado
2. Condiciones de ingreso y permanencia
3. Valores a pagar y ajustes de tarifas
4. Exoneración de pago de primas para pólizas familiares.
5. Compensación
6. Terminación del seguro o anexos opcionales con pago adicional de prima
7. Revocación
8. Rehabilitación del seguro
9. Renovación.
10. Reclamaciones.
11. Reembolsos.

Sección 6 - Glosario

Sección 1 - Coberturas principales

1. Tratamiento médico hospitalario y ambulatorio en Colombia, de acuerdo con lo indicado en la carátula de la póliza

Si te enfermas o te accidentas, SURA te pagará los tratamientos médicos y quirúrgicos que se describen a continuación, siempre y cuando:

- El tratamiento sea prestado en Colombia.
- El tratamiento sea consecuencia de un accidente ocurrido o de una enfermedad adquirida, durante la vigencia del seguro.
- El tratamiento sea prestado durante la vigencia del seguro.
- Te encuentres al día con los valores a pagar.

1.1 Gastos hospitalarios y quirúrgicos que necesites para tu tratamiento:

a. La habitación que hayas contratado: individual sencilla o suite (la suite estará sujeta a la disponibilidad en la institución clínica u hospital), incluye cama de acompañante.

Si deseas una **habitación diferente** a la pactada entre SURA y el proveedor, deberás asumir el excedente

b. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

c. Los demás gastos médicos intrahospitalarios que requieras para tu tratamiento hospitalario o quirúrgico, como derechos de sala de cirugía, elementos y suministros quirúrgicos, alimentación parenteral, sangre, plasma y sus derivados, sala de recuperación, medicamentos, insumos médicos, material de osteosíntesis por enfermedad o accidente, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología o radiológicos, instrumentación, material de anestesia, ambulancia terrestre, en aquellos casos en que el estado de salud del paciente lo requiera médicamente, hasta 100 kilómetros del lugar del domicilio del asegurado, dentro del territorio Colombiano, alquiler de muletas y caminador, estos dos últimos hasta por treinta días calendario, posteriores al tratamiento médico hospitalario o quirúrgico, en caso de que el médico tratante lo considere necesario.

En casos de traslados en ambulancia terrestre, realizados cuando el estado de salud del asegurado lo requiera médicamente, sin la autorización previa de SURA o en aquellos lugares dentro del territorio colombiano donde no se tengan instituciones en red, se estudiará el reembolso de tus gastos con base en las tarifas acordadas en la Red de Instituciones en Convenio.

SURA cubre los procedimientos médicos considerados por la evidencia científica como la terapia usual para las diferentes enfermedades, siempre y cuando, no correspondan a una exclusión o periodo de carencia.

En cirugías por cataratas solo se reconocerá el lente convencional. En caso de utilizar uno diferente al descrito anteriormente, se cubrirá a través de reembolso hasta la tarifa en convenio para el lente convencional en la ciudad donde se realizó el procedimiento quirúrgico.

1.2 Los honorarios médicos por:

a. Visitas médicas hospitalarias.
b. Hasta tres visitas pre hospitalarias o post hospitalarias del médico tratante, relacionadas con la causa de la hospitalización o cirugía, durante los 30 días anteriores o posteriores al evento.
c. Cirujano y anestesiólogo.
d. Enfermera, profesional o auxiliar de enfermería post hospitalaria o postquirúrgica, en caso de que el médico la considere necesario, para fines diferentes al cuidado o ayuda personal del paciente.

Los honorarios cubiertos están limitados de acuerdo con lo establecido en la carátula.

1.3 Prótesis e insumos

a. Todas las prótesis, excepto la peneana.

b. Las prótesis de extremidades superiores e inferiores tendrán cobertura limitada, de acuerdo a lo establecido en la carátula.

c. Los siguientes insumos: stent, coil, marcapasos, estimulador de médula espinal y cardiodesfibrilador.

d. El reemplazo de las prótesis e insumos está condicionado a que el cambio sea médicamente pertinente y que la prótesis o insumo inicial haya sido pagado por este seguro. Entre la fecha de colocación y reemplazo de la prótesis, debes haber permanecido con tu póliza vigente de forma continua.

e. Se reconocerá la prótesis mamaria del seno afectado solo en aquellos casos cuando se autorice la cirugía reconstructiva como consecuencia del cáncer de mama.

1.4 Maternidad

a. Consulta prenatal, hasta el valor contratado por consulta y vigencia anual, sin copago.
b. Hasta cinco ecografías obstétricas por asegurada y vigencia anual (Podrán ser convencionales, tercer nivel, incluyendo hasta 2 ecografías 3D). Solo en casos de embarazos de alto riesgo, se autorizarán las que el médico tratante considere necesarias.
Las 2 ecografías 3D deberán ser realizadas, en todos los casos, a través de la red de las instituciones ofrecidas por SURA, de lo contrario no hay lugar a reembolso.
c. Atención del parto.
d. Complicaciones hospitalarias del embarazo.
e. Gastos hospitalarios y honorarios médicos durante tu hospitalización.
f. Los medicamentos post hospitalarios relacionados directamente con una complicación del embarazo durante los 30 días calendario posteriores a la salida del hospital o clínica (No se cubren en la atención del parto normal o cesárea, aborto, curetaje una vez finalice el embarazo).

Gozarás de la cobertura de maternidad en los siguientes casos:

- Si solo tú estás asegurada, el embarazo debe iniciar con posterioridad al día 60 de tu ingreso al seguro.
- Si estás en una póliza de Salud Colectiva o en una Familiar, con dos o más personas aseguradas, el embarazo puede iniciar después de tu ingreso a la póliza, pero los asegurados deben permanecer en el seguro de forma continua hasta el momento del parto.

Cuando la asegurada no cumpla con las condiciones enunciadas anteriormente, independiente de la autorización de las consultas, laboratorios, ecografías y urgencias, SURA no cubrirá la atención por parto prematuro, parto normal, o cesárea, aborto, curetaje, complicaciones y procedimientos relacionados con estos.

1.5 Recién nacido

Si tú eres el padre o la madre biológica de un bebé en gestación y el embarazo comenzó durante la vigencia del seguro, tu bebé tendrá cobertura de enfermedades congénitas desde el momento en que nazca. Además, no pagarás primas por el bebé, desde el momento de su nacimiento hasta el fin de la vigencia en la cual nació.

Para dar cumplimiento a lo anterior, debes entregar a SURA a través de tu asesor de seguros, **el tipo y número de identificación de la madre y padre biológico asegurado,** la copia del registro civil de nacimiento donde allí aparezca de forma clara los siguientes datos: nombre completo, tipo y número del documento de identificación, fecha de nacimiento, talla y peso del recién nacido.

1.6 Tamizaje genético prenatal

Se cubrirán los exámenes genéticos del bebé en gestación, solo en aquellos casos donde la madre biológica se encuentre asegurada y el embarazo haya sido diagnosticado durante la vigencia del seguro. No tendrán cobertura las intervenciones médicas y/o quirúrgicas antes del nacimiento.

Se cubrirá bajo las siguientes condiciones:

- Su cobertura estará condicionada a que sea realizado a través de la red de Instituciones y médicos ofrecida por SURA dentro del territorio colombiano, para tal fin con previa autorización, no habrá lugar a reembolso

Las intervenciones médicas quirúrgicas que se deriven del diagnóstico intrauterino, se le cubrirán al bebé posterior a su nacimiento, con base en las coberturas enunciadas en las condiciones generales y carátula de la póliza de Salud Global.

1.7 Donación de órganos

Si tú eres el receptor, se cubrirán todos los gastos médicos y hospitalarios que necesites para el trasplante. Si eres el donante efectivo, se cubrirán los exámenes de compatibilidad a través de reembolso a tarifa convenio, en la ciudad donde fueron realizados; 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 calendario 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 en una Póliza de Salud, con Seguros SURA, que brinde dicha cobertura.

1.8 Atención médica hospitalaria domiciliaria

En los casos que exista acuerdo entre tú, el médico tratante y SURA, tendrás derecho a servicios médicos, medicamentos, exámenes de laboratorio, los cuales te serán prestados en tu hogar por medio de los profesionales e instituciones de la salud, adscritos a SURA para este fin.

1.9 Medicamentos y exámenes de laboratorio pre y post hospitalarios o pre y post quirúrgicos

Medicamentos y exámenes de laboratorio relacionados directamente con la causa de la hospitalización o cirugía, para el tratamiento médico, durante los 30 días calendario anteriores o posteriores a la salida del hospital o clínica, incluyendo el oxígeno domiciliario.

Carecen de cobertura los insumos, las vitaminas o minerales, alimentos nutricionales (Ensure), reconstituyentes, medicamentos homeopáticos, y los medicamentos que no se relacionen directamente con el evento médico.

1.10 Tratamientos por cáncer o leucemia y enfermedades renales (sin periodo de carencia)

a. **Para cáncer o leucemia:** las sesiones de quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, las consultas médicas y los exámenes de control que correspondan al tratamiento de estos.

b. **Medicamentos secundarios por cáncer o leucemia:** se reconocerán, hasta la suma máxima por vigencia anual y hasta 30 días calendario posteriores a las sesiones de quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, los medicamentos secundarios como: Antiemético, Antidiarreico, Antidepresivo, Analgésico, bloqueador H2 y de la bomba de protones para la enfermedad ácido péptica, cremas lubricantes para las quemaduras de la piel, radio protectores e inmunomoduladores.

Las consultas de control ambulatorias con el médico tratante se te reconocerán hasta la suma indicada en la carátula de la póliza sin copago. Los exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos y los laboratorios clínicos de control relacionados directamente con los tratamientos por cáncer o leucemia, no tienen copago, ni deducible.

c. **Para enfermedades renales:** la hemodiálisis y diálisis peritoneal, se cubrirán en los cuadros agudos y crónicos.

1.11 Tratamientos específicos

Siempre y cuando sean diagnosticadas durante la vigencia de la póliza, se reconocerá como suma máxima por vigencia anual, las consultas médicas y los exámenes de laboratorios de control y los medicamentos directamente relacionados con las siguientes enfermedades: tétano, diabetes, epilepsia, hepatitis, híper o hipotiroidismo, lupus, cirrosis hepática, sífilis, toxoplasmosis, difteria, fiebre reumática, glaucoma, litiasis, úlcera péptica, y tratamientos odontológicos por accidente.

Este último tendrá un período máximo de cobertura de hasta cinco años, contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, y se cubrirán radiografías, honorarios del odontólogo y las prótesis dentales completas o incompletas, que requieras como consecuencia del accidente cubierto por esta póliza. Si el evento odontológico fue atendido sin autorización previa de SURA, el reembolso se estudiará a tarifa convenio, establecida en la ciudad donde se realizó el tratamiento.

En la presente cobertura, no se cubrirán los insumos para la aplicación de medicamentos que no se relacionen directamente con las enfermedades enunciadas, ni los materiales utilizados para los tratamientos odontológicos por accidente.

Las consultas con el médico tratante y los laboratorios clínicos de control ambulatorio, relacionado directamente con alguna de las enfermedades anteriormente enunciadas, se reconocerán hasta la suma indicada en la carátula de la póliza para esta cobertura, sin copago, ni deducible.

Se cubrirá la urgencia por fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos, hasta su estabilización, en todos los casos, siempre y cuando, haya sido atendida con autorización. a través de nuestra red en convenio, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su ocurrencia. En aquellos casos donde la urgencia odontológica haya sido prestada en una ciudad donde no exista convenio, se estudiará el reembolso según las tarifas pactadas entre SURA y los odontólogos o instituciones adscritas o en convenio, adjuntando la copia de la historia clínica odontológica, y las radiografías con sus respectivas lecturas, en las cuales se identifique el accidente.

1.12 Exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos

Tendrás derecho a todos los exámenes que sean necesarios, presentando la respectiva orden del médico. Para los siguientes exámenes, debes tener en cuenta:

a. Las pruebas de esfuerzo deberán ser solicitadas por tu médico para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad.
b. La polisomnografía diagnóstica estará limitada hasta una por asegurado y por vigencia anual.

Los Exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos, realizados a través de la red en convenio mediante autorización previa, no tendrán cobro de deducible. Cuando los exámenes sean practicados sin autorización previa de SURA, se aplicará un deducible del 20 %.

1.13 Exámenes de laboratorio clínico

Presentando la respectiva orden del médico, tendrás derecho, a través de nuestra red en convenio, a todos los exámenes que sean necesarios cuando tu plan es ilimitado, pagando el copago respectivo. Cuando tu plan es limitado, se autorizará hasta la suma que aparece en la carátula de la póliza.

si los exámenes son practicados sin autorización previa de SURA, en una institución en red o fuera de ella, se aplicará un deducible del 20 % más el respectivo copago en el plan ilimitado. En el plan limitado, se aplicará un deducible del 20 %, sin sobrepasar el valor indicado en la carátula de la póliza.

1.14 Otros tratamientos médicos ambulatorios

a. Cirugía, tratamientos de fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, mordeduras y suturas.
b. Ortesis en miembros superiores e inferiores, hasta la suma máxima por vigencia anual indicada en la carátula de la póliza y, siempre y cuando, se relacione directamente con el accidente atendido por urgencias, durante los 30 días calendario posteriores al evento médico.
c. Infiltraciones ortopédicas de corticoides, intra-timpánicas y dermatológicas, con el respectivo copago indicado en la carátula; con excepción de las cicatrices queloides – queloideas o aquellas que se consideren estéticas. La cobertura se establece para los honorarios del procedimiento médico. Los medicamentos quedan a cargo del asegurado, exceptuando los corticoides.
d. Puvaterapia, a través de la red en convenio. Se estudiará por reembolso, hasta la tarifa en convenio, en la ciudad donde se realizó el tratamiento médico, anexando la copia de la respectiva orden del médico.
e. Urgencias por accidentes sin cobro de copago.

Se reconocerán los tratamientos de urgencia por accidente cuando haya sido atendido a través de una institución hospitalaria. En los casos de reembolso, deberá anexar copia de historia clínica en la que se identifique el evento.

1.15 Las siguientes terapias con copago (Anexando la respectiva orden del médico)

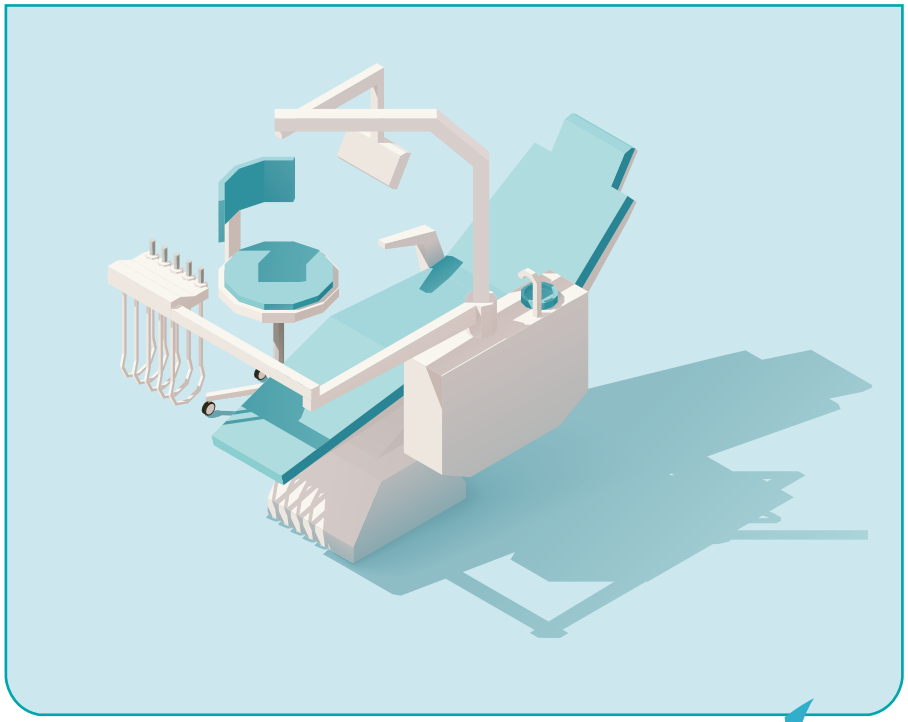
a. Terapias físicas musculares y esqueléticas, del lenguaje, respiratorias, cardiacas, ortópticas, linfáticas, pleópticas, pélvicas, y vestibulares.
b. Terapias de deglución, limitadas a 20 sesiones por vigencia anual, por asegurado.
c. Nebulizaciones con copago.

Cuando los anteriores servicios sean realizados sin autorización previa de SURA, el reembolso se estudiará, hasta el valor indicado en la carátula, menos el respectivo copago.

d. Evaluación neuropsiquiátrica o neuropsicológica, limitada hasta una sesión por asegurado y vigencia anual, con copago. Esta evaluación deberá ser realizada, en todos los casos, a través de la red de las instituciones ofrecidas por SURA, de lo contrario no hay lugar a reembolso.

1.16 Asistencia domiciliaria por urgencias odontológicas:

Si te encuentras en alguna de las ciudades donde tenemos convenios para este servicio, SURA te prestará atención de urgencias odontológicas domiciliarias, las 24 horas del día, a través de entidades locales especializadas, de acuerdo a sus términos y condiciones.



2. Tratamiento médico hospitalario y/o ambulatorio fuera de Colombia

Los tratamientos que te realicen en el exterior, amparados por la póliza, estarán sujetos a los valores asegurados y los deducibles indicados en las condiciones generales y/o carátula de la póliza.

2.1 Deducibles:

2.1.1 Deducibles para tratamientos realizados en los Estados Unidos de Norteamérica

a. El 15 % del total de la suma facturada, con un máximo de USD 15.000, siempre y cuando, haya existido la Pre-Certificación.

b. El 40 % del total de la suma facturada, para los casos en los cuales no haya existido la Pre – Certificación.

2.1.2 Deducible para tratamientos realizados en América, excepto en los Estados Unidos

El 15 % del total de la suma facturada, con un máximo de USD 15.000.

2.1.3 Deducible para tratamientos en el resto del mundo (Europa, Asia, África, Oceanía)

El 25 % del total de la suma facturada, con un máximo de USD 15.000.

2.2 Gastos hospitalarios y quirúrgicos requeridos para tu tratamiento:

a. Habitación semiprivada (no individual).

b. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

c. Todos los otros gastos médicos que requieras para tu tratamiento hospitalario o quirúrgico.

d. Por evento médico, hasta una consulta pre quirúrgica, durante los 30 días calendario antes de la realización de la cirugía, con un monto máximo por USD 500.

e. Todas las prótesis, excepto la peneana. Las prótesis de extremidades superiores e inferiores, hasta el valor máximo por vigencia anual.

f. Los siguientes insumos: stent, coil, marcapasos, estimulador de médula espinal y cardiodesfibrilador.

g. Por evento médico, los exámenes de laboratorio relacionados directamente con la causa de la hospitalización o cirugía, para el tratamiento médico ambulatorio durante los 30 días calendario anteriores o posteriores a la salida del hospital o clínica, con un monto por USD 5.000.

h. Por evento médico, los medicamentos relacionados directamente con la causa de la hospitalización o cirugía, para el tratamiento médico, durante los 30 días calendario posteriores a la salida del hospital o clínica, con un monto máximo por USD 2.000 (Se estudiaría solo a través de reembolso).

2.3 Honorarios médicos, quirúrgicos y de anestesiólogo

2.4 Los siguientes tratamientos médicos ambulatorios:

Bajo esta cobertura se reconocerán, única y exclusivamente, los siguientes servicios, y hasta el valor establecido en la carátula de la póliza:

a. Cirugías, tratamientos de fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras, mordeduras y suturas.

b. Quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, las consultas médicas y los exámenes de control que correspondan al tratamiento del cáncer o leucemia.

c. Hemodiálisis y diálisis peritoneal.

d. Exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos. Deberás anexar la copia de la respectiva orden del médico.

Las consultas, laboratorios clínicos, terapias, nebulizaciones, evaluación neuropsiquiátrica o neuropsicológica, puvaterapia, infiltraciones ortopédicas, intra-timpánicas y dermatológicas, y los medicamentos prescritos para un tratamiento ambulatorio, solo se ofrecerán dentro del territorio colombiano, y solo aquellos enunciados expresamente por el seguro. No obstante, se reconocerán los gastos incurridos por el asegurado, de acuerdo con la sección 1 "Coberturas principales", numeral 2.2 "Gastos hospitalarios y quirúrgicos requeridos para tu tratamiento", literales d), g) y h).

En caso de una urgencia médica que sea atendida a través de la cobertura de asistencia en viaje y, si como consecuencia inmediata de la atención de urgencias, requieres de un tratamiento médico o quirúrgico en el exterior, que supere el monto máximo establecido de la asistencia, SURA tomará el valor pagado por el proveedor de asistencia en viaje, como parte del deducible.

Para los tratamientos médicos programados en los Estados Unidos de América, deberás solicitar, en todos los casos, el estudio de la autorización de SURA (Pre – Certificación), por lo menos con siete (7) días calendario de antelación a la fecha de inicio del tratamiento hospitalario o ambulatorio. El tratamiento deberá realizarse dentro de la red de médicos e instituciones en convenio que SURA tiene en el exterior, a través de su proveedor de servicios médicos.

Para solicitar la autorización, debes adjuntar la siguiente documentación:

- El informe previo de hospitalización.
- Copia de la historia clínica, completa y actualizada.
- Los resultados de los exámenes previos (SURA podrá solicitarte los requisitos adicionales que crea convenientes).
- Nombre del estado y de la ciudad donde serás atendido.
- Fecha en la cual se realizará el tratamiento médico.
- Nombre de la institución y del médico tratante.

Ten en cuenta que si no realizas este proceso, se te aplicará el deducible por procedimientos no autorizados, establecido en las condiciones generales y/o carátula de tu póliza (no pre-certificado).

Valor asegurado máximo por vigencia anual. Es la suma máxima de indemnización a la que tiene derecho un asegurado durante la vigencia anual de la póliza, por concepto de una o más reclamaciones.

Parágrafo 1. Cuando la totalidad de los tratamientos realizados al asegurado, durante la vigencia de la póliza, se efectúen dentro del territorio colombiano, el valor asegurado máximo por vigencia anual no tendrá límite máximo.

Parágrafo 2. Cuando al menos uno de los tratamientos realizados al asegurado, durante la vigencia de la póliza. se efectúe en el exterior, el valor asegurado máximo por vigencia anual será el indicado en la carátula de la póliza.

3. Asistencia en viaje

Si requieres atención por emergencia o urgencia médica, SURA te atenderá a través de un proveedor especializado en la prestación de servicios de asistencia, de acuerdo con los valores indicados en la carátula de la póliza. Para disfrutar de esta cobertura, tendrás que estar a más de 100 kilómetros de tu domicilio o en el exterior, siempre y cuando no lleves más de 90 días fuera de Colombia.

Los servicios de emergencias o urgencias médicas, al ser brindados por el prestador de asistencia en viaje, se limitan a tratamientos de cuadros agudos y están orientados a la asistencia en viaje de eventos médicos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad o accidente claro, comprobable y agudo, que impida o afecte la normal continuación de un viaje y, por la misma razón, no está diseñado, ni se contratan, ni se prestan procedimientos electivos, programados o para adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración, sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan al asegurado la normal continuación del viaje.

Para acceder a los servicios médicos a través del proveedor de asistencia, deberás solicitar previamente y, en todos los casos, la respectiva autorización a los números telefónicos indicados en el carné que te entregamos con la póliza o en www.sura.com, allí te indicarán la institución a la cual debes desplazarte para ser atendido.

Autorización previa: comunicarse de forma correcta antes de la prestación de los servicios con el proveedor de asistencia en viaje, y recibir autorización de la misma, antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier pago.

El proveedor de asistencia en viaje y Seguros SURA, no asumirán ninguna responsabilidad económica en los casos en que el asegurado haga abandono del centro médico donde esté ingresado, por su propia decisión, sin la debida autorización médica, o contra la opinión de los médicos tratantes. El proveedor de asistencia en viaje y Seguros SURA, tampoco asumirán responsabilidad de ningún tipo, por complicaciones y/o agravamientos del cuadro médico del asegurado que, eventualmente, resulten del incumplimiento de las indicaciones médicas recibidas.

En caso de que el asegurado omita comunicarse con el proveedor de asistencia para requerir los servicios médicos y clínicos, como consecuencia de una emergencia o urgencia, la responsabilidad quedará limitada al costo en que hubiera incurrido el proveedor de asistencia, de haberse solicitado oportunamente la asistencia, a juicio razonable de su departamento médico, fundado en lo posible, en la experiencia del proveedor de asistencia en casos similares.

El asegurado deberá dar aviso al proveedor de asistencia en viaje, tantas veces como asistencias requiera. A partir de la primera asistencia o servicio médico, el asegurado deberá, siempre, comunicarse con el proveedor de asistencia en viaje, para obtener la autorización de nuevas asistencias o servicios médicos y/o clínicos, originados en la misma causa que el primer evento médico.

Si no solicitas previamente la autorización al proveedor de asistencia, pero existió un impedimento médico de fuerza mayor, tu reclamación será atendida de acuerdo con las siguientes condiciones:

3.1 Casos de emergencia médica:

Emergencia médica;
Es la situación, que pone en peligro inmediato la vida de la persona o la función de un órgano.

a. Si por fuerza mayor no te es posible solicitar previamente la autorización, deberás reportar el caso al proveedor de asistencia, dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención del evento médico.

Si el proveedor de asistencia en viaje, es aceptado por la institución médica como responsable de la cuenta, este se hará cargo del pago de la misma.

De no ser aceptada por la institución médica, la garantía del proveedor de asistencia como responsable de la cuenta, deberás cancelarla y solicitar el respectivo estudio de reembolso a tu regreso a Colombia, para lo cual deberás presentar los siguientes documentos:

- Formulario de reclamación.
- Copia de la historia clínica completa.
- Fotocopia del pasaporte (portada y sellos de salida e ingreso al país).
- Factura original cancelada y el soporte de los diferentes servicios.

b. Si por fuerza mayor no te fue posible solicitar previamente la autorización, pero tampoco la solicitaste dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención del evento médico, el proveedor de asistencia en viaje estudiará el reembolso, solo hasta el 60 % de los gastos incurridos y amparados por esta cobertura.

3.2 Casos de urgencia médica:

Urgencia médica:
Es la situación de riesgo, que se debe atender de manera oportuna, porque eventualmente podría convertirse en una emergencia médica.

a. Para los casos de una urgencia médica, en los cuales la autorización no fue solicitada de forma correcta y previa a la atención, ni existió un impedimento médico de fuerza mayor, ni fue reportada al proveedor de asistencia en viaje dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención, no tendrás derecho a reembolso.

3.3 Asistencia en el exterior:

Recuerda que los servicios descritos a continuación, están limitados a la suma asegurada, indicada en la carátula de la póliza.

3.3.1 Tratamientos y servicios

Tendrás derecho a los siguientes tratamientos o servicios médicos, que sean consecuencia de una emergencia o urgencia médica:

Servicios	Sublimites por servicio
• Urgencias ambulatorias. • Hospitalizaciones o cirugías. • Consulta médica general y especializada urgente. • Exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos. • Fisioterapia, solo en los casos de trauma, máximo 10 sesiones. • Terapia intensiva y unidad coronaria.	Al 100% (para casos agudos/accidentes: (Hasta USD 50.000 o su equivalente en Euros)
• Medicamentos ambulatorios	Hasta USD 3.000.
• Odontología por urgencia, limitada únicamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria.	Hasta USD 1.500, con un límite por pieza de USD 600.
• Complicaciones del embarazo hasta 32 semanas.	Hasta USD de 7.000.
• Hospitalización psiquiátrica como consecuencia de crisis agudas	Hasta USD 12.000.

Las coberturas para este amparo, están sujetas a las condiciones generales, exclusiones y limitaciones de la póliza.

si el asegurado o, sus familiares o acompañantes, desean realizar un traslado en contra de las indicaciones del proveedor de asistencia en viaje o sin su previa autorización, carecerá de cobertura.

3.3.2 Traslado médico dentro del país en el que te encuentras:

Si para tu tratamiento es necesario trasladarte hasta un establecimiento médico de mayor nivel, el proveedor de asistencia coordinará el traslado en una ambulancia terrestre o aérea, cuando el departamento médico del proveedor de asistencia lo considere necesario y, en caso de fuerza mayor, en el medio de transporte disponible.

3.3.3 Repatriación del asegurado:

- Por enfermedad o accidente: cuando el departamento médico del proveedor de asistencia considere necesario tu traslado a Colombia, se cubrirán los gastos del traslado en avión de línea aérea comercial.

- En caso de muerte: se reconocerá el traslado de los restos mortales.

En el caso de que por una de estas razones se suspenda el viaje, SURA reconocerá el traslado de un acompañante hasta su domicilio habitual. Si tus acompañantes son menores de 15 años y tú eres el único adulto en el viaje, el proveedor de asistencia en viaje se hará cargo del pasaje de ida y vuelta, de una persona designada por la familia, para viajar con ellos.

3.3.4 Traslados aéreos por suspensión del viaje:

Con previa autorización del Proveedor de Asistencia tendrás derecho a que se te reconozca el costo de la penalidad o un nuevo tiquete aéreo en clase turista para tu traslado hasta tu domicilio habitual:

- Si por causa de una enfermedad o accidente, pierdes tu viaje de regreso.
- Por causa de un siniestro grave en tu hogar como incendio, explosión, robo con daños y violencia, que haya sido demostrado, siempre y cuando, no haya una persona que pueda hacerse cargo de la situación.
- En caso de muerte de uno de tus padres, cónyuge, hijos o hermanos.

El asegurado deberá entregar al proveedor de asistencia en viaje, todos los tiquetes de transporte (aéreos o no) que posea, en aquellos casos en que el proveedor de asistencia se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los tiquetes de pasajes originales, o cuando el proveedor de asistencia proveyera la repatriación del asegurado, en caso de accidente grave o defunción. En todos los casos, el proveedor de asistencia responderá, solamente, por la diferencia de cada tarifa que pudiere existir en caso de que ello correspondiese.

3.3.5 Gastos de hotel por convalecencia:

Si por orden médica y, previa autorización del proveedor de asistencia, requieres prolongar tu estadía, se cubrirán tus gastos de alojamiento y alimentación en un hotel.

USD 260 diarios, hasta por 5 días.

3.3.6 Desplazamiento de un familiar por hospitalización:

Si estás viajando o te encuentras solo, o con menores de 15 años, y te hospitalizan por un período mayor a 5 días, tendrás derecho a que a un familiar que tú definas, le cubran el transporte de ida y vuelta desde Colombia, al lugar de la hospitalización, en clase turista, incluyendo los gastos de hotel y alimentación, hasta por 10 días.

USD 260 diarios, hasta por 10 días.

Los servicios enunciados en los numerales 3.3.3 "Repatriación del asegurado", 3.3.4 "Traslados aéreos por suspensión del viaje", 3.3.5 "Gastos de hotel por convalecencia", se brindarán, exclusivamente, a través del proveedor de asistencia durante viajes internacionales, siempre y cuando, exista saldo dentro del límite máximo por viaje, indicado en la carátula.

3.3.7 Envío urgente de medicamentos:

Si necesitas un medicamento indispensable y de uso habitual, el proveedor de asistencia se encargará de los costos de envío, siempre y cuando, no sea posible obtenerlos localmente o sustituirlos por otros. El costo de los medicamentos y el valor de los gastos por impuestos de aduana, correrán por tu cuenta.

3.3.8 Asistencia administrativa

Si pierdes o te roban un documento importante para la continuación del viaje, debes contactar al proveedor de asistencia, quien te brindará la asesoría necesaria para reemplazar dicho documento.

acumulación de valor asegurado:
Si, por una emergencia médica, agotas el valor asegurado de tu asistencia en viaje, SURA te seguirá cubriendo con el valor asegurado de la cobertura de tratamientos médicos hospitalarios o quirúrgicos, sin sobrepasar el valor asegurado máximo por vigencia anual.

3.3.9 Asistencia por enfermedad o accidente previo al viaje

Las urgencias y emergencias médicas, derivadas de una enfermedad o accidente, diagnosticadas y/o conocidas por el asegurado con anterioridad al inicio del viaje, serán atendidas hasta el límite máximo indicado en la carátula (monto máximo establecido), siempre y cuando, la causa de la asistencia no sea una preexistencia para la póliza de Salud Global, a la cual accede esta cobertura.

La prestación de servicios de traslados y repatriación del asegurado, gastos de hotel por convalecencia y desplazamiento de un familiar por hospitalización, estarán sujetos a estudio a través del proveedor de asistencia en viaje, siempre y cuando, en los valores indicados en la carátula de la póliza para gastos clínicos y médicos, exista saldo disponible, y cuando el departamento médico del proveedor de asistencia lo considere necesario.

3.4 Asistencia por viaje en el territorio colombiano

3.4.1 Traslado médico del asegurado:

Si para tu tratamiento es necesario trasladarte hasta un establecimiento médico de mayor nivel, según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad, el proveedor de asistencia coordinará y pagará el traslado, en una ambulancia terrestre o aérea y, en caso de fuerza mayor, en el medio de transporte disponible.

Tendrás derecho a esta cobertura:

a. Cuando la atención médica hospitalaria corresponda a una emergencia.

b. Cuando la ocurrencia del evento médico sea diferente al lugar de residencia del asegurado.

c. Cuando no se encuentren instituciones clínicas y médicas que puedan atender la emergencia médica.

d. En todos los casos, para acceder a los servicios, deberás solicitar previamente, la respectiva autorización al proveedor de asistencia.

e. Si por fuerza mayor, no te es posible solicitar previamente la autorización, deberás reportar el caso al proveedor de asistencia, dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención del evento médico, quienes estudiarán la solicitud de reembolso, según las tarifas establecidas hasta el costo usual, acostumbrado y razonable.

f. Para los casos en los cuales la autorización no fue solicitada de forma previa a la atención, ni existió un impedimento médico de fuerza mayor, ni fue reportada al proveedor de asistencia en viaje, dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención, no tendrás derecho a reembolso.

3.4.2 Desplazamiento y estancia de un familiar, por hospitalización del asegurado superior a 5 días:

Si estás viajando solo o con menores de 15 años, en el territorio colombiano, te cubriremos los siguientes gastos de un acompañante:

- Transporte aéreo de ida y vuelta, al lugar de la hospitalización, en clase turista.
- Gastos de alojamiento y alimentación en hotel, hasta por diez (10) días, con un límite máximo diario de USD 140.

3.4.3 Traslado del asegurado en caso de defunción:

Cuando no corresponda a una de las exclusiones del seguro, el proveedor de asistencia en viaje reconocerá el traslado de los restos mortales, desde la ciudad de defunción, hasta la ciudad de residencia del asegurado. Para esta cobertura se tendrá una suma máxima de COP $ 2.500.000.

Se hará bajo la modalidad de reembolso, presentando al proveedor de asistencia en viaje, los respectivos documentos que lo soporten, debidamente cancelados.

4. Auxilio exequial

Solo cuando el fallecimiento del asegurado, haya sido como consecuencia de un accidente ocurrido o de una enfermedad adquirida durante la vigencia del seguro, y no corresponda a una de las exclusiones.

En las pólizas colectivas, esta indemnización aplicará, siempre y cuando, se haya contratado un plan con esta cobertura.

Sección 2 - coberturas opcionales con pago adicional de prima por cada asegurado

1. Consulta externa ambulatoria

Podrás elegir, opcionalmente, si contratas el anexo de consulta externa, limitada o ilimitada, por vigencia anual.

SURA pagará los honorarios por consulta externa ambulatoria, según el copago o el límite asegurado, por vigencia anual indicado en la carátula.

Consultas o terapias psicológicas: si tu plan es ilimitado, tendrás derecho hasta 24 consultas o terapias por vigencia anual, con pago del copago. Si tu plan es limitado, hasta el valor máximo contratado por consulta y por vigencia anual.

Deberás dirigirte, en todos los casos, a la red de médicos en convenio ofrecida por SURA, para que te sea otorgada la cobertura contratada, siendo ellos quienes gestionen la respectiva autorización, de lo contrario no hay lugar a reembolso.

Consultas de medicina alternativa bioenergética, acupuntura, quiropraxia y medicina integrativa se cubrirán, siempre y cuando, el profesional sea médico: serán máximo 24 consultas, por asegurado y vigencia anual, si tu plan es ilimitado, con copago. Cuando son a través de reembolso, se pagarán entre el valor facturado y contratado menos el copago. Si tu plan es limitado, tendrás derecho a este servicio, hasta el valor contratado por consulta y por vigencia anual.

Recuerda que podrás acceder de manera directa a los servicios de médico especialista, nutricionista y psicología, sin ser remitido por un médico General.

2. Urgencias ilimitadas por enfermedad, con copago:

SURA pagará los honorarios médicos, hasta el valor contratado por consulta, y los gastos hospitalarios para la atención de urgencias por enfermedad, menos el copago respectivo, según lo indicado en la carátula.

3. Emergencia médica domiciliaria, sin copago:

Si te encuentras en alguna de las ciudades donde tenemos convenios para este servicio, SURA te prestará atención de emergencias, urgencias o consultas médicas domiciliarias, las 24 horas del día, a través de entidades locales especializadas, de acuerdo a sus términos y condiciones.

Cuando no tengas contratado el anexo opcional de Emergencia médica domiciliaria, pero tienes contratado el anexo de Urgencias ilimitadas por enfermedad, podrás acceder a la consulta médica domiciliaria, pagando el respectivo copago, siempre y cuando, en la ciudad donde te encuentres se tengan convenios para estos servicios. Cuando tienes, adicionalmente, contratado el anexo de Consulta externa ambulatoria, el valor del copago será menor, y este estará indicado en la carátula de la póliza.

4. Renta diaria por incapacidad:

Mientras te encuentres incapacitado, SURA pagará el valor asegurado contratado, a los asegurados que hayan contratado el anexo opcional, en los siguientes casos:

a. Por tratamiento hospitalario:
Durante el tiempo que estés hospitalizado, a través de una clínica u hospital, SURA te pagará una renta diaria sin límite de días y, si después de salir de la hospitalización continúas incapacitado, SURA te seguirá pagando la renta, como máximo, hasta por un número de días igual a los que estuviste hospitalizado.

b. Por tratamiento quirúrgico ambulatorio en quirófano:
Si te practican una cirugía ambulatoria, SURA te pagará una renta diaria por cada día de incapacidad, hasta por cinco días.

c. Por tratamiento ambulatorio de fracturas, luxaciones y esguinces de tercer grado:
SURA te pagará una renta diaria por los días que dure la incapacidad y, hasta por el máximo de días indicados a continuación:

Fractura	*Días de incapacidad*
Fémur	*45 días*
Pelvis	*45 días*
Tibia y peroné	*45 días*
Columna	*20 días*
Maxilar	*15 días*
Brazo y hombro	*15 días*
Antebrazo	*15 días*
Codo	*15 días*
Luxaciones	*15 días*
Rótula	*15 días*
Tobillo	*15 días*
Pie	*15 días*
Clavícula	*10 días*
Omoplato	*10 días*
Costilla	*10 días*
Mano	*10 días*
Esguince de 3er grado	*10 días*

Si te realizan múltiples procedimientos, la renta que pagará SURA, será por el procedimiento que tenga más número de días.

- En ningún caso, la indemnización podrá exceder los 365 días.
- No tendrán cobertura las prórrogas o extensiones de la respectiva incapacidad.
- En ningún caso, el número de días a pagar podrá sobrepasar el número de días que hayas sido incapacitado por el médico tratante.
- Esta cobertura opcional, solo podrá ser contratada por quienes adquieran pólizas familiares.

4.1 Terminación de la cobertura opcional incapacidad diaria:

70 años	*Por decisión*
En la vigencia en la que cumplas 70 años.	*Por decisión de una de las partes, mediante aviso escrito.*

5. Odontológica:

Si te encuentras en alguna de las ciudades donde tenemos convenio para este servicio, SURA te prestará atención de urgencias, a través de entidades locales especializadas, de acuerdo con sus términos y condiciones, obteniendo las siguientes coberturas:

5.1 Consulta con especialista:

Valoración con especialistas en cirugía oral, endodoncia, odontopediatría, ortodoncia, periodoncia y rehabilitación oral (prótesis).

5.2 Promoción y prevención:

Esta especialidad será cubierta en un 100 % para las siguientes actividades, con sus respectivas limitaciones a saber:

- Fisioterapia, control de placa y profilaxis, hasta 2 veces al año.
- Detartraje, hasta dos veces al año.
- Aplicación de sellantes, máximo cuatro por arcada, para menores de 15 años.
- Aplicación de flúor, hasta dos veces al año, para menores de 15 años.

5.3 Endodoncia:

Esta especialidad será cubierta en un 100 %, para las siguientes actividades:

- Pulpectomía.
- Pulpotomía.
- Endodoncia uni, bi y multirradicular.

5.4 Cirugía oral:

En esta especialidad se cubrirá un 100 %, para las siguientes actividades:

- Exodoncia simple de dientes unirradiculares y multirradiculares.
- Exodoncia quirúrgica de unirradiculares y multirradiculares.
- Exodoncia quirúrgica de dientes incluidos.
- Ventana quirúrgica.
- Biopsia.
- Cirugía de frenillos.
- Resección de hiperplasias.
- Cirugía apical.

5.5 Operatoria dental:

En esta especialidad se cubrirá el 100 %, para las siguientes actividades:

- Obturación en resina de fotocurado.
- Ángulo en resina de fotocurado.
- Ionómero de vidrio.

5.6 Ayudas diagnósticas:

Esta actividad tendrá una cobertura ilimitada, para radiografías intraorales únicamente.

5.7 Ortodoncia:

En esta especialidad se cubrirá el 50 %, condicionado a que lleves doce (12) meses asegurado de forma continua en la póliza de salud, y que por igual periodo, hayas contratado con SURA el anexo odontológico, con pago adicional de prima.

- Se cubre tratamiento con brackets convencionales.
- Se cubren todas las citas de control.

5.8 Periodoncia:

Esta especialidad estará cubierta al 100 %, para las siguientes actividades:

- Alisado cerrado.
- Alisado abierto.
- Cirugía plástica periodontal.

5.9 Odontopediatría:

Esta especialidad estará cubierta al 100 %, para las siguientes actividades:

- Citas de control.
- Promoción y prevención.
- Operatoria.
- Exodoncia de diente temporal.
- Endodoncia de diente temporal.
- Apexificación.

5.10 Estética (Aclaramiento dental):

En esta cobertura se dará el 100 % del costo total del tratamiento, para mayores de 18 años, a partir del mes 7, con retoque cada 3 años.

Para conocer el listado de ciudades y prestadores autorizados, comunícate con nuestra línea de atención al cliente.

Celular: #888
Bogotá y Medellín: 437 8888
Resto del país: 01 8000 518 888

Sección 3 - Exclusiones

En los siguientes casos o por las siguientes enfermedades, no habrá lugar a que SURA te cubra los servicios, consultas, tratamientos médicos y quirúrgicos, medicamentos, insumos, terapias, exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos o, cualquier otro costo sobre las coberturas descritas en la póliza:

1. Rehabilitación por alcoholismo, drogadicción, síndrome de abstinencia, o cualquier otro tipo de adicción.

2. Cirugía estética y cirugía plástica, aunque tengas enfermedades congénitas, excepto la cirugía reconstructiva con fines no estéticos, como consecuencia de un accidente cubierto por el seguro.

3. Cirugías reconstructivas o estéticas derivadas de cirugía bariátrica, cubierta o no, por el seguro.

4. Rinoplastia, excepto la cirugía reconstructiva funcional, solo como consecuencia de accidente cubierto por la póliza.

5. Mamoplastia de cualquier tipo, excepto las reconstructivas a consecuencia de cáncer de seno. Solo se otorgará cobertura al seno afectado por el cáncer.

6. Mastectomía, mamoplastia de reducción o, cualquier otra técnica, para corrección de ginecomastia.

7. Defectos de refracción visual y queratocono.

8. Suministro de anteojos, lentes multifocales, lentes de contacto, audífonos, implantes externos de conducción ósea, o cualquier tipo de dispositivo externo para mejorar la audición, las ortesis en general, excepto las de miembros superiores e inferiores, pre o post quirúrgicas, relacionadas con traumas recientes y atendidas por urgencias.

9. Aparatos o equipos ortopédicos en general, excepto el alquiler de muletas y caminador, tal como se establece en el literal C), del numeral 1.1 "Gastos hospitalarios y quirúrgicos que necesites para tu tratamiento" - Sección 1 - "Coberturas principales".

10. Rehabilitación por trastornos alimenticios, dietas, adelgazamiento, rejuvenecimiento, cosmetología, quiropraxia y similares.

11. Tratamientos en cámara hiperbárica.

12. Tratamientos odontológicos no accidentales, enfermedades periodontales, problemas de la articulación temporomandibular, trastornos de la mordida y del desarrollo óseo mandibular o maxilar, aunque tengas enfermedades congénitas, exceptuando que hayas adquirido el anexo opcional odontológico con pago adicional de prima, en el numeral 5, con base en las coberturas allí enunciadas, y no se enmarquen en los periodos de carencia y exclusiones, sección 2, "Coberturas opcionales con pago adicional de prima".

13. No se considerarán accidentes las fracturas dentales causadas por la ingesta de alimentos, por lo tanto, no se cubrirán los tratamientos odontológicos programados por esta causa, ni se reconocerá la restitución de prótesis dentales completas o incompletas, exceptuando las urgencias odontológicas indicadas en la sección 1, numeral 1.11 "Tratamientos específicos", hasta la estabilización de la urgencia, siempre y cuando, el servicio haya sido atendido dentro de las 48 horas siguientes a la ocurrencia del accidente.

14. Exámenes, dispositivos o tratamientos para evaluar o mejorar el desempeño sexual, fecundación in vitro e inseminación artificial. Inserción o retiro de dispositivos, aunque la indicación sea terapéutica y no por anticoncepción.

15. Patologías del feto y aborto provocado, sus secuelas y complicaciones.

16. Pruebas genéticas, cariotipo. Amniocentesis para estudio genético del feto.

17. Estudio y tratamiento de la disforia de género, cambio o reasignación de sexo.

18. Dispositivos para incompetencia de cuello uterino, su inserción y/o retiro.

19. Chequeos médicos o de diagnóstico, exámenes de ingreso o chequeos ejecutivos.

20. Psicoanálisis, terapia neuropsicológica y psiquiátricas.

21. Terapias de medicina alternativa.

22. Atención del parto, controles médicos, exámenes de imagenología y radiológicos y, complicaciones del embarazo fuera de Colombia. No obstante, SURA reembolsará tus gastos clínicos y médicos hospitalarios por la atención del parto o aborto espontáneo, una vez finalice el embarazo en el exterior, con base en las tarifas acordadas en la Red de profesionales e instituciones en convenio, en el lugar de residencia de la asegurada, dentro del territorio colombiano, siempre y cuando, hayas cumplido con el respectivo periodo de carencia indicado en el numeral 1.4 "Maternidad".

Al recién nacido le quedan excluidas las atenciones médicas hospitalarias y ambulatorias que necesite en el exterior, previa a su regreso a Colombia, aun cuando la asegurada cumpla con las condiciones para la cobertura de su maternidad.

23. Tratamientos fuera de Colombia, iniciados o realizados con posterioridad al día noventa (90) de permanencia continua del asegurado en el exterior. Cuando se trate de un tratamiento hospitalario que se haya iniciado con anterioridad al día 90 de permanencia continua del asegurado en el exterior, tendrá cobertura hasta el día en que el asegurado sea dado de alta del hospital o clínica, siempre y cuando, tenga saldo disponible.

24. Consecución de órganos a trasplantar.

25. Suministro y aplicación de vacunas, inmunoterapia para tratamiento de alergias.

26. Tratamientos como consecuencia de guerra civil o internacional, o por fisión o fusión nuclear. Así como las lesiones sufridas cuando participes en huelga, motín, asonada, rebelión, revolución, sedición o en actos ilícitos.

27. Tratamientos como consecuencia de actos de terrorismo en el exterior.

28. Curas para patologías o apnea del sueño, reposo o descanso, tratamiento hospitalario o ambulatorio del ronquido y uvulopalatoplastia, faringoplastia, polisomnografía por titulación o para control, CPAP y BPAP.

29. Aquellas tecnologías en salud que se encuentren en fase de experimentación, investigación o frente a los cuales no exista suficiente evidencia científica sobre su pertinencia, riesgos, beneficio y efectividad para establecerlos como práctica clínica usual para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las condiciones que pueden afectar la salud de las personas.

30. Complicaciones o secuelas de un tratamiento no amparado por la póliza.

31. Los medicamentos no aprobados por el INVIMA, excepto los amparados expresamente por este seguro.

32. Los medicamentos prescritos para un tratamiento ambulatorio, no hospitalario, excepto los amparos expresamente por la póliza.

33. Exámenes de laboratorio clínico procesados en el exterior, independiente de que la muestra haya sido tomada en Colombia, salvo que estos sean solicitados dentro de un tratamiento que te realizarás en el exterior.

34. Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios, realizados en instituciones o por profesionales no habilitados por la autoridad gubernamental.

35. Traslados aéreos y marítimos.

36. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios, como consecuencia de un accidente en competencias deportivas profesionales.

37. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios como consecuencia de un accidente en competencias deportivas o actividades denominadas de alto riesgo o extremas, profesionales o amateurs, tales como: motociclismo, automovilismo, planeadores, vuelo en cometas, ultralivianos y similares, parapente, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, paracaidismo, escalaje de montañas, entre otros. La cobertura estará expresamente limitada dentro del territorio colombiano, siempre y cuando, se confirme su realización dentro del marco de una actividad recreativa, en ningún caso tendrán cobertura durante una competencia deportiva.

38. Traslados terrestres en ambulancia desde el lugar de residencia o viceversa, a clínicas, instituciones, consultorios médicos, para la realización de citas médicas, exámenes de diagnóstico en general, terapias, entre otros.

39. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios, o coberturas médico asistenciales no determinadas o previstas y demás eventos no descritos en las coberturas de este seguro, ni sus complicaciones o secuelas.

Exclusiones para la cobertura de asistencia en viaje:

En adición a las exclusiones anteriores, para la cobertura de asistencia en viaje también aplican las siguientes:

1. Los servicios que hayas contratado por tu cuenta, sin el consentimiento previo del proveedor de asistencia en viaje, salvo en caso de fuerza mayor, que te impida comunicarte con éste. Cuando exista de por medio la fuerza mayor, deberás comunicarte con el proveedor de asistencia, dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento médico.

2. Tratamientos, chequeos o controles médicos programados.

3. Los servicios que requieras por suicidio, intento de suicidio y sus secuelas.

4. Los servicios médicos que requieras por la ingestión de sustancias tóxicas, alcohólicas, narcóticas o estupefacientes.

5. Gastos por controles ambulatorios vinculados al embarazo de curso normal, tanto consultas médicas como estudios relacionados, partos y cesáreas de curso normal y a término.

6. Abortos provocados.

7. Los estados de embarazo, posteriores a la semana 32 de gestación, están excluidos cualquiera sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento.

8. Los gastos médicos y de cualquier otro tipo, relacionados con el recién nacido.

9. Enfermedades de transmisión sexual y el VIH - SIDA.

10. Participación en Competencias deportivas, o actividades denominadas de alto riesgo o extremos, así:

a. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios, como consecuencia de un accidente en competencias deportivas profesionales o amateurs (durante el mismo viaje). No obstante, a través de asistencia en viaje, solo se asumirán los gastos médicos y clínicos por eventos causados por la práctica de deportes, cuando la misma sea realizada exclusivamente, en carácter de actividad recreativa y en ámbitos expresamente adecuados a tal fin.

b. Tratamientos hospitalarios o ambulatorios en general, ya sea en competencia o en carácter de actividad recreativa, como consecuencia de un accidente en profesionales o amateurs, en deportes o actividades denominadas de alto riesgo o extremas, incluyendo, pero no limitados a: motociclismo, automovilismo, planeadores, vuelo en cometas, ultralivianos y similares, parapente, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, paracaidismo, escalaje de montañas, entre otros.

11. Los servicios que se requieran cuando son fruto de participación de actividades al margen de la ley.

12. Los servicios médicos que requieras, como consecuencia de accidentes de trabajo laborales.

13. Los medicamentos prescritos para un tratamiento ambulatorio, no hospitalario, excepto aquellos que se relacionen directamente como consecuencia de una emergencia o urgencia médica, autorizada a través del proveedor de asistencia en viaje, y tenga saldo disponible.

14. Gastos de hotel, restaurante, taxis y comunicaciones. Los que no hayan sido expresamente autorizados por el proveedor de asistencia en viaje, estarán excluidos.

15. En los casos de hospitalización del asegurado, se excluyen expresamente todos los gastos extras, así como los del acompañante.

Exclusiones para la cobertura opcional del anexo odontológico:

En los siguientes casos o por las situaciones que se describen a continuación, no habrá lugar a que SURA te cubra los gastos incurridos ni los servicios originados, directa o indirectamente, para la cobertura odontológica como consecuencia de:

1. Todo tratamiento que se origine por procedimientos defectuosos o en mal estado, realizados por el asegurado antes del ingreso a la póliza. Así mismo, carecen de cobertura, la terapia con hidróxido de calcio, la endodoncia preprotésica y la desobturación de conductos.

2. La reposición de ninguno de los elementos, cuando se deba a pérdida o daño de éstos, por negligencia del asegurado.

3. Todo tratamiento que incluya regeneración ósea.

4. El blanqueamiento del diente no vital, el recambio de restauraciones y/o carillas posteriores al blanqueamiento.

5. La cirugía ortognática.

6. Tratamientos asociados a procedimientos estéticos, como carillas dentales y cambio de resinas.

7. Tratamientos de ortopedia funcional (Aparatología removible en niños) y ortodoncia, de manera simultánea.

8. Materiales de óseo integración.

9. El total de prótesis híbridas ni sobre dentaduras (solo se cubrirá el valor del bono).

10. Implantes.

11. Materiales o aditamentos para rehabilitación de implantes.

12. Tratamiento de lesiones desencadenadas por encontrarse el usuario en estado de enajenación mental, infringiendo normas legales; lesiones auto provocadas o causadas por participación en la comisión de delitos o infracciones, riñas, tumultos, huelgas, motines, insurrección, asonada y uso de pólvora.

13. Tratamientos realizados en instituciones o por profesionales no habilitados por la autoridad gubernamental.

14. Alteraciones de la articulación temporomandibular, caries rampante, rehabilitación oral, cambio de resinas o amalgama, pigmentaciones orales de enfermedades sistémicas, crónicas y/o derivadas del tabaquismo.

15. Lo tratamientos odontológicos hospitalarios, ambulatorios o coberturas asistenciales no determinadas o previstas y demás eventos no descritos en las coberturas de este seguro, ni sus complicaciones o secuelas.

16. No se cubren paquetes diagnósticos.

17. Para el tratamiento de ortodoncia, no se cubre la reposición de ninguno de los elementos, cuando se deba a pérdida o daño de estos por negligencia del asegurado.

18. No se cubre ortodoncia quirúrgica (derivada de cirugías maxilofaciales).

19. Para la cirugía oral, carecen de cobertura los procedimientos que no se ajusten a las coberturas mencionadas explícitamente en este clausulado.

20. Para la cobertura de prótesis y/o rehabilitación, se excluye todo tratamiento que se origine por procedimientos defectuosos o en mal estado, realizados antes de la vinculación de usuario.

Sección 4 - Limitaciones de cobertura y periodos de carencia

Estarán cubiertos los siguientes tratamientos, si permaneces de manera continua en el seguro y por el tiempo establecido a continuación:

1. A partir del mes cinco:

Tratamientos quirúrgicos hospitalarios o ambulatorios, no urgentes.
Parágrafo: las cirugías de emergencias tendrán cobertura desde el primer (1er) día de vigencia de la póliza, siempre y cuando, no se enmarquen en las exclusiones.

1.1 Vasectomía y tubectomía (ligadura de trompas de falopio):

Tratamientos quirúrgicos, bajo las siguientes condiciones:

- Su cobertura estará condicionada, en todos los casos, a que sean realizadas a través de la Red de instituciones y médicos ofrecida por SURA para tal fin, que tenga convenio con previa autorización, de lo contrario no habrá lugar a reembolso.

- Solo se reconocerán los tratamientos quirúrgicos realizados en el territorio colombiano.

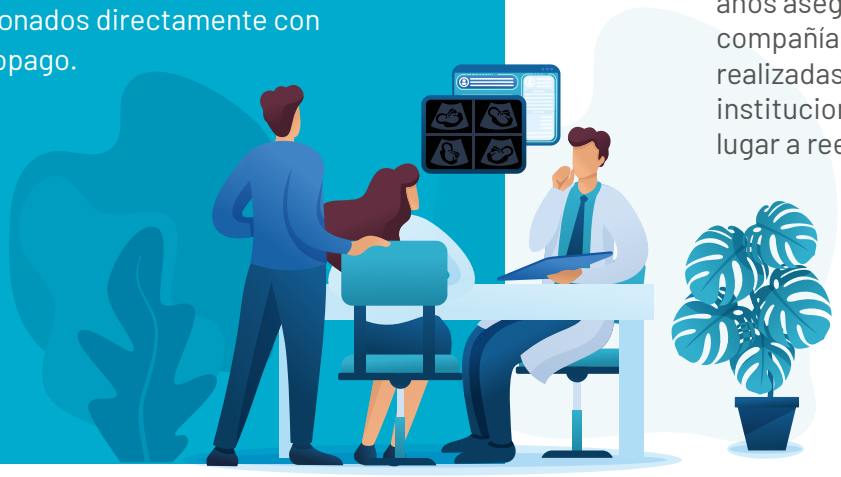
2. A partir del mes seis:

2.1 Tratamientos hospitalarios y ambulatorios del VIH - SIDA:
Siempre y cuando el VIH-SIDA haya sido diagnosticado y, la confirmación positiva de la enfermedad, se haya realizado con posterioridad a tu ingreso al seguro de salud, SURA te reconocerá los gastos para el tratamiento hospitalario y ambulatorio, a través de las coberturas descritas en las condiciones generales y de acuerdo con lo indicado en la carátula de la póliza.

A través del tratamiento ambulatorio, se reconocerán las consultas médicas y los exámenes de control, así como los medicamentos directamente relacionados, cuando correspondan al tratamiento de esta enfermedad.

Carecen de cobertura los insumos para sus aplicaciones, y todos aquellos medicamentos que no se relacionen directamente con esta enfermedad.

Las consultas de control ambulatorias, con el médico tratante, se te reconocerán hasta la suma indicada en la carátula de la póliza, sin copago. Los exámenes de control relacionados directamente con la enfermedad, no tienen copago.



3. A partir del mes trece

3.1. Septoplastia funcional (no estética), hernia inguinal, umbilical y epigástrica:
Para la septoplastia no aplicará el periodo de carencia, cuando se trate de un accidente, atendido como una urgencia, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su ocurrencia y se adjunten las radiografías y copia de la historia clínica relacionada con el accidente objeto de cobertura, en las cuales se identifique el trauma.

3.2. Tratamiento de una enfermedad congénita:
Se reconocerán los tratamientos hospitalarios o quirúrgicos ambulatorios, realizados en Colombia, siempre y cuando, la enfermedad se haya diagnosticado dentro de la vigencia del seguro.

3.3. Estrabismo:
Siempre y cuando el diagnóstico se haya realizado durante la vigencia de la póliza. Se reconocerán los tratamientos quirúrgicos ambulatorios, realizados en Colombia.

3.4. Escleroterapia (Sólo se ofrecerá cobertura dentro del territorio colombiano):
Esta cobertura está condicionada a que lleves cinco (5) años asegurado, de forma continua, con Sura o con otras compañías de seguros o medicina prepagada y deberán ser realizadas, en todos los casos, a través de la Red de instituciones ofrecida por SURA, de lo contrario no hay lugar a reembolso.

Otras limitaciones y periodos de carencia:

1. **Cirugía Bariátrica (By Pass Gástrico– Sleeve Gástrico)**
   Tendrás derecho a un By Pass Gástrico o Sleeve Gástrico durante tu vida, bajo las siguientes condiciones:

   a. Solo se reconocerán los tratamientos realizados en el territorio colombiano.
   b. Seas mayor de 18 y menor de 65 años.
   c. No se te haya excluido la obesidad al momento de contratar tu seguro.
   d. No te hayan practicado una cirugía de este tipo durante tu vida.
   e. Tengas un índice de masa corporal mayor a 40, o un índice de masa corporal igual o mayor a 35 y menor de 40, pero sufras de alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, hipertensión con presiones mayores a 140/90 y en tratamiento, con dos o más medicamentos, para el control de la presión arterial, apnea del sueño diagnosticada mediante polisomnografía, hipertensión pulmonar, enfermedad coronaria, falla cardiaca o artropatía mecánica incapacitante en tu rodilla, cadera, tobillo o columna.
   f. Hayas cumplido con las indicaciones dadas en el programa del control del peso al que te ingrese SURA durante 6 meses.
   g. La cirugía haya sido aprobada por el staff médico o el mismo grupo certificado que lo trata.
   h. No consumas sustancias psicoactivas, bebidas alcohólicas, tabaco o cigarrillo.
   i. No tengas una enfermedad terminal.
   j. No sufras trastornos psiquiátricos o desórdenes alimentarios.
   k. El asegurado deberá tener el anexo opcional de "Consulta externa ilimitado con copago".

Esta cobertura tendrá un deducible del 20 % para el tratamiento quirúrgico.

La cobertura para la Cirugía Bariátrica (By Pass Gástrico – Sleeve Gástrico), no operará por reembolso, sino que se realizará en la institución y con el médico que, para tal fin, se tenga en convenio, con previa autorización de SURA.

Esta cobertura no incluye los tratamientos o cirugías reconstructivas o estéticas, derivadas de la cirugía bariátrica y, por lo tanto, su costo corre por tu cuenta.

2. En caso de estado de coma irreversible, te reconoceremos el tratamiento hospitalario, hasta por 90 días.

3. Tratamientos quirúrgicos hospitalarios o ambulatorios con técnicas nuevas: en los casos para los cuales no exista convenio, se estudiará el reembolso según las tarifas del procedimiento convencional, y se reembolsarán tus gastos con base en las tarifas acordadas en la Red de profesionales e instituciones en convenio, en la ciudad donde fue realizado.

4. Tendrán cobertura los procedimientos quirúrgicos realizados con tecnología láser, con base a las condiciones generales de la póliza, mediante autorización previa. Si son practicados sin la autorización de la Compañía, se estudiará el reembolso según las tarifas del procedimiento convencional, y se reembolsarán tus gastos con base en las tarifas acordadas en la Red de profesionales e instituciones en convenio, en la ciudad donde fue realizado.

5. En los casos de tratamientos médicos ambulatorios y hospitalarios o quirúrgicos, y odontológicos por accidente, practicados sin autorización previa de SURA, se reembolsarán tus gastos con base en las tarifas acordadas en la Red de profesionales e instituciones en convenio, en la ciudad donde fue realizado.

Las coberturas para casos de reembolso, estarán sujetas a lo indicado en la carátula de la póliza.

Limitaciones de cobertura y periodos de carencia en el anexo opcional odontológico:

Estarán cubiertos los siguientes tratamientos odontológicos, condicionados a que hayas contratado con SURA el anexo odontológico con pago adicional de prima y hayas permanecido asegurado, de manera continua, en el seguro de salud y por el tiempo establecido a continuación:

1. A partir del mes siete:

1.1. Placa de bruxismo:

Con cobertura al 100 %.

1.2. Blanqueamiento

Con cobertura al 100 % y retoque cada 3 años.

2. A partir del mes trece:

2.1. Ortodoncia:

Con cobertura hasta el 50 % del tratamiento.

2.2. Ortopedia (Aparatología removible en niños):

En esta especialidad, se cubrirá el 50% del tratamiento, hasta 18 meses, condicionado a que lleves doce (12) meses asegurado de forma continua en la póliza de salud, y que durante por igual periodo hayas contratado con SURA el anexo odontológico con pago adicional de prima. se realizará en menores de 12 años en las siguientes actividades:

- Ortopedia maxilar dentro del portafolio.
- Controles mensuales de ortopedia.

2.3. Prótesis y/o rehabilitación:

Esta especialidad estará cubierta para las personas mayores de 18 años y por vigencia anual, condicionado a que lleven doce (12) meses asegurado de forma continua en la póliza de salud, y que durante por igual periodo hayas contratado con SURA el anexo odontológico con pago adicional de prima. Se cubrirá hasta por un valor de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) por vigencia a la fecha de la última renovación, no acumulable año a año. El auxilio para prótesis se otorgará nuevamente pasados 5 años a partir de la colocación de esta en caso de ser necesario

Otras limitaciones:

- Su cobertura estará condicionada, en todos los casos, a que sean realizadas a través de la Red de instituciones y odontólogos ofrecida por SURA para tal fin, que tenga convenio con previa autorización, de lo contrario no habrá lugar a reembolso.
- Solo se reconocerán los tratamientos odontológicos realizados en el territorio colombiano y aprobados por la sociedad colombiana de odontología.

Sección 5 - Condiciones generales

1. Obligaciones del tomador y asegurado

1.1. Debes diligenciar completamente la solicitud del seguro, declarando de forma sincera y veraz tu estado de salud y el de tu grupo familiar y las demás preguntas realizadas.

1.2. Estar afiliado y activo en una EPS del Régimen contributivo de salud, y permanecer en esta condición el tiempo que te encuentres activo en la póliza de salud global.

1.3. Cancelar a los médicos e instituciones en convenio, el valor del copago o deducible que se indica en la carátula, para las coberturas que así lo estipulan.

1.4. Tratar con respeto al personal médico, hospitalario y a los funcionarios de la Compañía.

1.5. Abstenerse de presentar solicitudes de reembolso fraudulentas o por servicios o atenciones médicas no recibidas.

1.6. No realizar actividades ilícitas o al margen de la ley.

1.7. Realizar el pago de la prima de la póliza, dentro de los términos acordados.

1.8. Leer y comprender las condiciones generales y carátula del plan de salud contratado.

Ten en cuenta que de acuerdo con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, artículo 37, SURA te podrá revocar el contrato si incumples cualquiera de estas obligaciones.

2. Condiciones de ingreso y permanencia

Pueden ingresar a este seguro las personas residentes en Colombia, menores de 60 años y podrán permanecer en este sin importar su edad, salvo en los seguros colectivos, en los cuales los hijos y hermanos solteros, dependientes del afiliado, solo pueden permanecer hasta que termine la vigencia en la que cumplen 35 años.

Si te trasladas a vivir al exterior, este seguro terminará automáticamente, excepto para los casos en los que se acepte, por escrito, la exclusión de cobertura en el exterior propuesta por SURA.

3. Valores a pagar y ajuste de tarifas:

Es lo que debes pagar por el seguro y se calcula para períodos de un año. Debes cancelar la totalidad del recibo de acuerdo a la forma de pago a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de inicio de vigencia del mismo.

3.1 Periodicidad de pago:

Puedes optar por el pago anual, semestral, trimestral o mensual de tu seguro.

Para el pago de tu Seguro de Salud, tienes varias opciones a tu disposición:

Débito automático: puedes inscribir el cobro programado de tus facturas, matriculando el débito automático desde que adquieres tu seguro o en cualquier momento de la vigencia, solo tienes que diligenciar los campos básicos que se encuentran en el formato, a la hora de solicitar tu póliza de salud con tu asesor y te debitamos de tu cuenta bancaria o tarjeta de crédito. También puedes realizar tu inscripción ingresando a la sucursal virtual para gestionar tus seguros.

Pago express: ingresa a www.segurossura.com.co y en la opción "pago express", que encuentras en el home, podrás pagar tus seguros con tarjeta de crédito o PSE, cuando lo desees. También puedes generar un cupón si prefieres pagar de forma presencial, en las entidades bancarias y red de corresponsales aliados como Bancolombia, Davivienda, BBVA, Banco de Occidente y Banco de Bogotá.

Convenios en entidades bancarias y corresponsales aliados: si deseas pagar de forma presencial, no necesitas tener de forma física tu factura o un cupón de pago, tenemos habilitados convenios en oficinas de Bancolombia, Banco de Occidente, Banco de Bogotá y en la red corresponsales aliados, en los cuales podrás pagar informando solamente el número de cédula y el número del convenio.

Estas opciones también aplican para seguros financiados (a excepción de los pagos con tarjeta de crédito desde pago express).

Para conocer el detalle de los medios de pago disponibles para tu seguro, puedes dirigirte a la página de internet http://www.segurossura.com.co/formas-pago/recaudos.html.

3.2 Rangos de edad en los cuales se da el ajuste adicional de los valores a pagar:

La tarifa se calcula según los rangos de edad establecidos por SURA y se actualiza anualmente, con base en los estudios actuariales que analizan y valoran la variación en las utilizaciones y los costos de los servicios.

Cuando cualquiera de los asegurados cumpla la edad correspondiente a un nuevo rango, se le hará un ajuste adicional al precio del seguro, de acuerdo con las tarifas vigentes para tal rango de edad. El reajuste se hará efectivo en la fecha de la siguiente renovación.

Familiar	
0 - 14 años	*60 - 65 años*
15 - 40 años	*66 - 70 años*
41 - 50 años	*Más de 71 años*
51 - 59 años	

Colectiva	
0 - 59 años	*60 o más años*

En salud colectiva operarán estos rangos de edad, a menos que se pacte algo diferente con el tomador.

4. Exoneración de pago de primas para pólizas familiares

Si el tomador se encuentra asegurado y muere, el resto del grupo familiar asegurado quedará exento del pago del seguro, desde la fecha de defunción hasta finalizar la vigencia en curso.

Esta cobertura, estará sujeta a las exclusiones y periodos de carencia establecidas en las condiciones generales de la póliza.

5. Compensación

Si debes dinero a SURA y su vez, SURA tiene saldos a tu favor, pendientes de pago,la Compañía compensará dichos valores, de acuerdo a las reglas del Código Civil.

6. Terminación del seguro

Este seguro termina por las siguientes causas:

a. Por el no pago del valor correspondiente al seguro.
b. Por el incumplimiento de tus obligaciones.
c. Por suplantación de la identidad del tomador o del asegurado.
d. Cuando estés vinculado con actividades por fuera de la ley.
e. Cuando lo decidas e informes, mediante una comunicación escrita, debidamente firmada. Tu cancelación se hará efectiva a partir de la fecha en que SURA reciba dicha comunicación, ya que no se realizará de manera retroactiva.

6.1 Terminación de la cobertura en los anexos opcionales con pago adicional de prima:

Cuando lo decidas, durante la vigencia de la póliza y mediante una comunicación escrita, debidamente firmada por el tomador. Tu terminación se hará efectiva a partir de la fecha en que SURA reciba dicha comunicación, ya que no se realizará de manera retroactiva.

7. Revocación

En los casos en que el contrato sea revocado por ti o por SURA, se te devolverá, proporcionalmente, el valor de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

8. Rehabilitación del seguro

Si tu seguro se termina, pero deseas volver a activarlo, deberás solicitar a SURA el estudio para la rehabilitación, dentro de los 60 días siguientes a la fecha de cancelación, con relación al último pago realizado. Recuerda que esta es una nueva solicitud, por lo que SURA no estará obligado a rehabilitar tu seguro.

Los eventos médicos que hayan ocurrido mientras el seguro estuvo terminado, no se encontrarán cubiertos. El precio que pagas por la rehabilitación de tu nuevo seguro es para conservar los beneficios que habías adquirido en el seguro anterior, como la antigüedad, periodos de carencia y enfermedades adquiridas.

9. Renovación

La vigencia de este seguro será la establecida en la carátula y, al finalizar, se renovará por períodos iguales. Recuerda que en cualquier momento puedes solicitar a SURA que tu seguro no se renueve y, adicionalmente, en cualquier momento tienes la posibilidad de dar por terminado el seguro, si no deseas continuar con la protección que éste te brinda.

10. Reclamaciones

Para hacer uso de este seguro, deberás dirigirte a la red de médicos e instituciones en convenio ofrecida por SURA, para que te sean otorgadas las coberturas contratadas, siendo ellos quienes gestionen la respectiva autorización.

11. Reembolsos

Cuando asumes el costo de un servicio clínico o médico cubierto por este seguro, podrás solicitar el estudio del reembolso a través de nuestros canales virtuales: en el sitio web www.segurossura.com.co y a través de nuestra App. Descarga nuestra aplicación en tu móvil.

En el caso que tengas derecho, en tu seguro de salud, a la cobertura de exequias y ocurra el fallecimiento de cualquiera de los asegurados, a la solicitud de reembolso debes adjuntar las facturas de los gastos de entierro o cremación, debidamente canceladas, y el certificado de defunción.

Toda indemnización que SURA deba efectuar, en virtud del presente contrato, será pagada a quien demuestre fehacientemente haber hecho los pagos que la sustenten o, en su defecto al tomador o a los beneficiarios designados por ley en las pólizas familiares o, al afiliado en las pólizas colectivas.

También puedes entregarle a tu asesor la documentación de tu reembolso, para que él realice la solicitud de estudio ante la Compañía.

Gastos incurridos en el exterior:

El monto a reembolsar será liquidado de acuerdo a la tasa representativa del mercado, del día de inicio de la hospitalización o de la fecha de la prestación del correspondiente servicio médico.

En estos casos, el reembolso se estudiará de acuerdo con lo indicado en las condiciones generales y en la carátula de la póliza.

En algunas ocasiones, la Compañía podrá solicitar el envío de las facturas originales debidamente canceladas, así como solicitar los documentos que considere necesarios.

Sección 6 - Glosario

A

Accidente:
Hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en el asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

Asegurado:
Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de la póliza.

D

Deducible y copago:
Es el monto o porcentaje que tú debes asumir por la prestación de un servicio. Está determinado en la carátula para cada cobertura.

Los copagos se modificarán anualmente, a partir del primero (1ro) de enero de cada año,independiente de la fecha de renovación de tu seguro.

Tecnologías en salud en fase experimental o investigación:
Está conformada por los medicamentos, los aparatos, los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria, que se encuentran sometidos a estudios y frente a los cuales no existe la suficiente evidencia científica que permita determinar resultados en términos de riesgos, beneficios y efectividad.

E

Examen de laboratorio clínico:
Examen realizado a cualquier tejido, secreción o excreción corporal, en una institución debidamente autorizada para ello.

Exámenes de diagnóstico, imagenología o radiológicos
Se consideran como tales, los exámenes diferentes a los de laboratorio clínico.

H **Hospital o clínica:**
Establecimiento legalmente habilitado, para prestar servicios médicos y quirúrgicos.

M **Médico:**
Es el profesional, legalmente autorizado, para la práctica de actividades médicas o quirúrgicas.

O **Ortesis:**
Es el dispositivo ortopédico que reemplaza, parcial o totalmente, las funciones de un miembro con incapacidad física, invalidez o dismetría. Sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor. Adicionalmente, pueden ser dispositivos externos aplicados al cuerpo, para modificar aspectos funcionales o estructurales.

P **Prótesis:**
Dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para mejorar su funcionamiento.

R **Red de Profesionales e instituciones adscritas o en convenio:**
Son las personas, naturales y jurídicas, legalmente autorizados y habilitados para la práctica de actividades médicas, o la prestación de servicios de salud, tales como: médicos, odontólogos, terapeutas, hospitales, clínicas, centros de salud, centros de radiología y de ayudas diagnósticas, laboratorios clínicos y centros de ortopedia, que tienen convenio de prestación de servicios con SURA y figuran en el directorio de profesionales e instituciones.

La podrás encontrar en el directorio médico publicado en segurossura.com.co

En nuestra aplicación móvil Seguros SURA

T **Tecnologías en salud en fase experimental o investigación:**
Está conformada por los medicamentos, los aparatos, los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria, que se encuentran sometidos a estudios y frente a los cuales no existe la suficiente evidencia científica que permita determinar resultados en términos de riesgos, beneficios y efectividad.

Terapia usual para las diferentes enfermedades:
Es el conjunto de medios, de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Terapia ocupacional:
Terapia que se realiza con el propósito de ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y las actitudes necesarias, para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración, cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa.

Tomador:
Es la persona, natural o jurídica, que celebra para sí misma o sus familiares y trabajadores, el contrato de seguro.

Trasplante de órganos:
Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas.

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.