



Póliza de Salud **Serena Esencial**


**HOSPITAL
SERENA DEL MAR**

Operado por:

Fundación
Santa Fe de Bogotá



Póliza de Salud Serena Esencial



CONTENIDO

SECCIÓN UNO

	Pág.
1.1	¿QUÉ SON LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA? 4
1.2	¿Qué me cubre el amparo de consulta externa? 4
1.3	¿Qué me cubre el amparo de exámenes de diagnóstico simple? 4
1.4	¿Qué me cubre el amparo de exámenes de diagnóstico especializado? 5
1.5	¿Qué me cubre el amparo de gastos médicos por urgencia? 5
1.6	¿Qué me cubre el amparo de gastos funerarios? 6
1.7	¿Qué me cubre el amparo de renta diaria por hospitalización? 6
1.8	¿Qué me cubren las asistencias? 6
	¿Qué me cubre las asistencias complementarias? 12

SECCIÓN DOS

	Pág.
	¿QUÉ NO ME CUBRE LA PÓLIZA? (EXCLUSIONES) 16
2.1	¿Qué no me cubre los gastos funerarios? 18
2.2	¿Qué no me cubre la renta diaria por hospitalización? 19
2.3	Exclusiones aplicables a las asistencias 19
2.4	¿Qué no me cubre las asistencias complementarias? 20

SECCIÓN TRES

	Pág.
	CONDICIONES GENERALES 21
3.1	¿Qué personas no son asegurables? 21
3.2	¿Quién es el tomador y asegurado? 21
3.3	¿A partir de cuándo inicia la cobertura de la póliza? 22
3.4	¿Cuál es la Vigencia de la póliza? 22
3.5	¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia? 22
3.6	¿Cuáles son los requisitos de Asegurabilidad? 22
3.7	¿Cuál es la forma de pago de la prima? 23



Póliza de Salud Serena Esencial



C O N T E N I D O

SECCIÓN CUATRO

	Pág.
OTRAS DISPOSICIONES	24
4.1 ¿Qué hacer en caso de requerir la asistencia?	24
4.2 ¿Cuál es el procedimiento en caso de siniestro?	24
4.3 ¿Cuál es el proceso de Renovación?	24
4.4 ¿Cómo reporto las Novedades?	25
4.5 ¿Qué definiciones son aplicables para los servicios de salud?	25
4.6 Terminación del Contrato	28
4.7 Afiliación al sistema general de seguridad social en salud - régimen contributivo	28
4.8 Declaración inexacta o reticente	29
4.9 Autorización de Información	29
4.10 Notificaciones	30
4.11 Cambio de dirección de residencia o domicilio:	30
4.12 Domicilio	30
4.13 Normas Supletorias	30
4.14 Lugar de prestación de los servicios	31
4.15 Aumentos de valores	31
4.16 Prescripción	31
4.17 Disposiciones legales	31
4.18 Cláusula Anticorrupción y Antisoborno	31
4.19 Cláusula Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo	32



Póliza de Salud Serena Esencial

SECCIÓN UNO

¿Cuáles son las coberturas de la póliza?

SEGUROS MUNDIAL., Cubre únicamente los costos incurridos durante la vigencia de la póliza por las coberturas y asistencias enunciadas más adelante, salvo los eventos expresamente excluidos.



1.1 ¿Qué me cubre el amparo de consulta externa?

Sin exceder los límites establecidos en la carátula de la póliza, el asegurado tendrá acceso a las consultas médicas profesionales que requiera, ya sea consulta médica general o especializada, y llevadas a cabo en el consultorio del médico, las cuales podrán ser elegidas directamente por el asegurado quien podrá acceder a la red de profesionales adscritos al Hospital Serena del Mar al momento de requerir la atención. Por tal motivo este amparo opera únicamente dentro de la red de profesionales adscritos.

A cargo del asegurado siempre habrá un copago para cada consulta, hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza. Sin existir límite en el número de consultas.



1.2 ¿Qué me cubre el amparo de exámenes de diagnóstico simple?

Sin exceder los límites establecidos en el cuadro de beneficios contratados en el presente amparo, el asegurado tendrá derecho al reconocimiento de Exámenes de Diagnóstico Simple, los cuales se cubrirán siempre y cuando sean solicitados por el médico tratante adscrito al cuadro médico del Hospital Serena del Mar y sean procesados en el territorio colombiano y en esta institución hospitalaria. La orden médica tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de su emisión.

A cargo del asegurado siempre habrá un valor del copago establecido en la carátula de la póliza.

Se entiende como EXAMENES DE DIAGNOSTICO SIMPLE los siguientes:

1. Exámenes de laboratorio clínico, inmunología e histopatología.
2. Imágenes diagnósticas: radiografías y ecografías simples, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación.
3. Electrocardiogramas y electroencefalogramas.



1.3 ¿Qué me cubre el amparo de exámenes de diagnóstico especializado?

Sin exceder los límites establecidos en el cuadro de beneficios contratados, el asegurado tendrá derecho al reconocimiento de Exámenes de Diagnóstico Especializado, los cuales se cubrirán siempre y cuando sean solicitados por el médico tratante adscrito al Hospital Serena del Mar, y sean practicados en el territorio colombiano y en esta institución hospitalaria. Se incluye el medio de contraste y materiales necesarios para su realización. La orden medica tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de su emisión

A cargo del asegurado siempre habrá un valor de copago establecido en la carátula de la póliza.

Se entiende como Exámenes de Diagnóstico Especializado todos aquellos diferentes a los definidos en este clausulado como Exámenes de Diagnóstico Simple, tales como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, endoscopias de vías digestivas altas y bajas, colonoscopias de índole diagnóstico, pero no procedimientos terapéuticos o intervencionistas, así como los excluidos en la presente póliza.

Este amparo opera únicamente dentro de la red de instituciones y profesionales adscritos a esta póliza.



1.4 ¿Qué me cubre el amparo de gastos médicos por urgencia?

Esta póliza otorgará cobertura a los gastos médicos por urgencias derivados directamente de un accidente y/o enfermedad, hasta el número máximo de eventos definidos en la carátula y dentro de la vigencia de la póliza.

Bajo este amparo se otorga cobertura al tratamiento de urgencias que se preste directamente en el servicio de Urgencias del Hospital Serena del Mar, para lo cual, se aplicará un copago por evento indicado en la carátula de este contrato de seguro.

Los gastos incurridos objeto de cobertura terminarán en el momento en que se cumplan alguna de estas condiciones:

1. Se defina la conducta médica a seguir (Hospitalización, Cirugía, Salida).
2. Permanencia en salas de observación de urgencias, superior a 12 horas.



Póliza de Salud Serena Esencial



1.5 ¿Qué me cubre el amparo de gastos funerarios?

En caso de fallecimiento del asegurado, SEGUROS MUNDIAL reconocerá el valor de los gastos funerarios incurridos, hasta la suma asegurada descrita en la carátula de la póliza, siempre y cuando la causa de la muerte no esté relacionada con una exclusión o limitación de ésta.

La indemnización se reconocerá a la persona que demuestre, mediante la presentación de las facturas originales debidamente canceladas, haber incurrido en dichos gastos.



1.6 ¿Qué me cubre el amparo de renta diaria por hospitalización?

SEGUROS MUNDIAL pagará al asegurado por la hospitalización originada por un accidente o una enfermedad no excluida, la renta diaria contratada, a partir del segundo (2do) día calendario de ingreso a la institución hospitalaria.

Se entiende por Hospitalización la estadía en observación de urgencias y /o permanencia en la institución hospitalaria o clínica que supere las doce (12) horas.

El valor máximo que SEGUROS MUNDIAL reconocerá por esta cobertura, por día, será el indicado en la carátula de la póliza, sin superar diez (10) días calendarios.

Parágrafo: Para efectos de establecer el número de días que estuvo hospitalizado el asegurado, se tendrá como referencia el número de días soportado en la historia clínica y facturación de la institución hospitalaria.



1.7 ¿Qué me cubren las asistencias?

1.7.1 Telemedicina:

Telemedicina: Prestación a distancia de Servicios de Salud (Consulta virtual por video).

Con el propósito de atender consultas virtuales para valorar, diagnosticar y ofrecer recomendaciones médicas según la sintomatología informada por el asegurado durante la consulta, SEGUROS MUNDIAL pone a disposición del asegurado, el servicio de telemedicina en las siguientes especialidades, de manera ilimitada.

Medicina General: El tiempo máximo de espera para ser atendido bajo esta modalidad de atención inmediata es de 15 minutos, y el tiempo de la atención no está restringido; está sujeto a la pertinencia médica determinada por el profesional de la salud. Este servicio no requiere agendamiento, y está disponible en el horario de lunes a domingo, 24 horas, los 365 días del año.



Póliza de Salud Serena Esencial

Nutrición y Diética: La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de máximo 24 y hasta 48 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos. Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta en la plataforma, y el servicio estará disponible de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Psicología: El tiempo máximo de espera para ser atendido bajo esta modalidad de atención inmediata es de 15 minutos, y el tiempo de la atención no está restringido; está sujeto a la pertinencia médica determinada por el profesional de la salud. Este servicio no requiere agendamiento previo y estará disponible en el horario de lunes a domingo, 24 horas, los 365 días del año.

Psiquiatría: Para acceder a este servicio por primera vez, es necesario programar una cita previa con un psicólogo. Este profesional llevará a cabo una evaluación inicial a través de la atención de telemedicina y determinará la pertinencia médica de acudir a una cita con psiquiatría. En caso de ser necesario, el asegurado será remitido al psiquiatra especializado para su atención. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 48 y 60 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos. Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta y estará disponible de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Médico Internista: La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 48 y 60 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.

Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta y estará disponible de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Dermatología: Por medio de esta atención, el asegurado podrá acceder a evaluaciones dermatológicas de diagnóstico y tratamiento de afecciones cutáneas, seguimiento de condiciones de la piel, prescripción y ajuste de medicamentos tópicos y sistémicos, entre otros. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 24 y 48 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.

Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta y estará disponible en el rango de horario de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Ginecología: Por medio de esta atención, el asegurado podrá acceder a evaluaciones ginecológicas, tratamiento de afecciones ginecológicas, seguimiento de la salud reproductiva de la mujer,



Póliza de Salud Serena Esencial

prescripción y ajuste de medicamentos específicos, así como educación sobre salud femenina y promoción de hábitos de cuidado íntimo. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 24 y 48 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.

Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta y estará disponible en el rango de horario de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Fisiatría: Por medio de esta atención, el asegurado podrá acceder a evaluaciones fisiatras virtuales, tratamiento de afecciones relacionadas con la fisiatría, seguimiento de la rehabilitación y recuperación funcional, prescripción y ajuste de terapias físicas específicas, así como educación sobre cuidado físico y promoción de hábitos de bienestar. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 48 y 60 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.

Este servicio requiere un agendamiento previo y estará disponible en el horario de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Endocrinología: Por medio de esta atención, el asegurado podrá acceder a evaluaciones endocrinológicas virtuales, tratamiento de trastornos endocrinos, seguimiento de la salud hormonal, prescripción y ajuste de terapias específicas, así como educación sobre cuidado endocrino y promoción de hábitos de bienestar. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 48 y 60 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.

Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta y estará disponible de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Gastroenterología: Por medio de este servicio, el asegurado podrá acceder a evaluaciones gastroenterológicas virtuales, tratamiento de trastornos gastrointestinales, seguimiento del bienestar digestivo, prescripción y ajuste de terapias específicas, entre otros. La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 48 y 60 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.

Este servicio requiere un agendamiento previo a la consulta y estará disponible de lunes a domingo, de 9:00 a.m. a 10:00 p.m.

Adicionalmente, se brindará información oportuna y pertinente para abordar inquietudes relacionadas con temas generales de salud, prevención y/o síntomas que no estén asociados a situaciones de emergencia o accidentes que requieran atención inmediata presencial, sin que esto implique una obligación de atención o tratamiento.



1.7.2 Médico a Domicilio

SEGUROS MUNDIAL coordinará el envío de un médico a domicilio para la atención médica oportuna; en dicha asistencia el médico podrá evaluar, diagnosticar y prescribir los medicamentos que considere pertinentes. Los medicamentos que se puedan suministrar en la visita domiciliaria para cubrir la urgencia presentada no tendrán cargo adicional, administrando medicamentos tales como: Antinflamatorios, Analgésicos, Antiespasmódicos, Antipiréticos, Antihistamínicos. En algunos casos se toman: Glucometrías, Electrocardiograma, Nebulizaciones dependiendo del requerimiento médico, lo anterior, con el propósito de atender aquellos casos en que se requiriera asistencia física en su lugar de residencia o donde se localice, siempre y cuando se encuentre dentro de la cobertura.

Para realizar la activación de este servicio, el asegurado debe acceder al a la Web App utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Atención Inmediata con Médico General". En este espacio, el profesional de la salud llevará a cabo una valoración del paciente a través de una video consulta y, en caso de ser necesario según su diagnóstico, activará la valoración presencial del médico a domicilio. Esto, está sujeto a la cobertura geográfica del servicio. Este servicio se activará desde la atención de fila única y es el médico por video-consulta quien determinará y activará el envío de un médico según la condición del asegurado. Tendrá disponibilidad en el horario de lunes a domingo, 24 horas.

Este proceso puede requerir un tiempo estimado de 2 a 5 horas, desde el momento en que el médico activa el servicio a domicilio hasta que se complete todo el circuito necesario para garantizar el envío oportuno del médico al lugar de atención del paciente.

Es importante señalar que este tiempo puede ser menor, dependiendo de la ubicación del paciente y la disponibilidad de médicos en esta área de atención.

1.7.3 Traslado en ambulancia

Con el propósito de atender aquellos casos en que el asegurado sufra un accidente o urgencia médica, que requiera a criterio del médico una atención presencial, se gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Para realizar la activación de este servicio, el asegurado debe acceder al a la Web App utilizando su perfil y, una vez dentro de la plataforma, dirigirse a la sección de "Atención Inmediata con Médico General". En este espacio, el profesional de la salud llevará a cabo una valoración del paciente a través de un video consulta y, en caso de ser necesario según su diagnóstico, activará el



Póliza de Salud Serena Esencial

servicio de traslado en ambulancia hasta el centro médico más cercano. Este servicio se activará desde la atención de fila única y es el médico por video-consulta quien determinará y activará el envío de una ambulancia de transporte asistencial básico (TAB), según la condición del asegurado. Tendrá disponibilidad en el horario de lunes a domingo, 24 horas.

Este proceso puede demandar un tiempo estimado de 2 a 5 horas, desde que el médico activa el servicio de traslado en ambulancia hasta que se concluye todo el procedimiento necesario para garantizar la recogida del paciente. Para su posterior traslado al centro médico más cercano.

Es importante señalar que este tiempo puede ser menor, dependiendo de la ubicación del paciente y la disponibilidad de ambulancias en esta área de atención.

La cobertura tanto para Médico a domicilio como Traslado en ambulancia incluye el perímetro urbano de las ciudades y municipios listados a continuación:

- **ANTIOQUIA:** Medellín, Bello, Envigado, Itagüí, Rio Negro, Sabaneta, Copacabana, Apartadó, La Estrella.
- **CUNDINAMARCA:** Bogotá D.C., Soacha, Chía, Mosquera, Girardot, Facatativá, Zipaquirá, Funza, Cajicá, Madrid, Fusagasugá, Cota, La Calera.
- **VALLE DEL CAUCA:** Cali, Palmira, Jamundí, Yumbo, Cartago, Buga, Tuluá.
- **ATLÁNTICO:** Barranquilla, Soledad, Córdoba, Candelaria, Malambo.
- **BOLÍVAR:** Cartagena.
- **CORDOBA:** Montería, Cereté.
- **SANTANDER:** Bucaramanga, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón, Pie de Cuesta, San Gil
- **NORTE DE SANTANDER:** Cúcuta, Los Patios, Villa del Rosario, Pamplona, Ocaña.
- **META:** Villavicencio, Acacias, Restrepo, Cumaral, Puerto Gaitán, Puerto López.
- **TOLIMA:** Ibagué, Espinal, Melgar.
- **CALDAS:** Manizales, Chinchiná.
- **HUILA:** Neiva, Pitalito, Campo Alegre, Garzón, Rivera.
- **RISARALDA:** Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal, La Virginia.
- **MAGDALENA:** Santa Marta, Ciénaga
- **BOYACÁ:** Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá.
- **QUINDÍO:** Armenia, Calarcá.
- **CAUCA:** Popayán.
- **CESAR:** Valledupar, Aguachica, San Martín, Agustín Codazzi.
- **CASANARE:** Yopal, Aguazul,
- **SUCRE:** Sincelejo, Corozal.
- **NARIÑO:** Pasto, Ipiales, Tumaco.



Póliza de Salud Serena Esencial

No obstante, no se extiende a zonas de conflicto armado, áreas con problemas de orden público, presencia de pandillas o cualquier otra área insegura que ponga en riesgo la integridad del equipo médico.

1.7.4 Bienestar Integral Virtual

SEGUROS MUNDIAL pone a disposición del asegurado el servicio de Bienestar Integral Virtual ilimitado en: Yoga, Entrenamiento Personal, y Pilates.

- **Entrenador personalizado:** Instructor/a que guiará al asegurado en técnicas de pérdida de peso y aumento de masa muscular.
- **Pilates:** Instructor/a que guiará al asegurado en las técnicas, métodos y ejercicios sin salir de casa (estiramiento, fortalecimiento y equilibrio).
- **Yoga:** Instructor/a que guiará al asegurado en la disciplina físico – mental del yoga.
- **Mindfulness:** Instructor/a que guiará al asegurado en las técnicas de relajación y meditación de mindfulness.

La oportunidad de encontrar una agenda disponible para estos servicios es de un máximo entre 24 y 48 horas, sin importar el profesional ni la especialidad de bienestar. La duración de la atención será de 30 minutos para Personal Trainer, Meditación y Pilates, y de 1 hora para la sesión de yoga.

1.7.5 Wikidoc

El asegurado podrá acceder de manera ilimitada a material con contenido informativo (videos y notas) sobre salud, autocuidado y prevención de enfermedades.

Este servicio no requiere agendamiento y está disponible de lunes a domingo, 24 horas. Se podrá acceder a este servicio a través de la Web App utilizando su perfil.

1.7.6 Smartcheck

El asegurado tendrá acceso a recursos y herramientas de inteligencia artificial que le permitirán monitorear sus signos vitales. Este servicio no requiere agendamiento, y está disponible de lunes a domingo, 24 horas a través de la Web App.

El monitoreo de signos vitales a través de Inteligencia Artificial se realizará de la siguiente manera:

1. **Sensores:** La aplicación cuenta con sensores que capturan información de forma no invasiva, por medio de la cámara del dispositivo.



Póliza de Salud Serena Esencial

2. **Recopilación de datos:** Los sensores recopilan información en tiempo real y lo envían a un sistema central para el procesamiento.
3. **Procesamiento de datos:** Los algoritmos de inteligencia artificial analizan los datos para identificar posibles anomalías o problemas de salud.
4. **Interpretación y Alertas:** La herramienta arroja e interpreta los resultados en forma de un semáforo:
 - Verde:** Signos normales
 - Amarillo:** Atención y precaución
 - Rojo:** Riesgo y revisión



1.8 ¿Qué me cubre las asistencias complementarias?

1.8.1 Asistencia odontológica por urgencia:

Se reconocerá atención al asegurado como consecuencia de una urgencia odontológica, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes factores: Dolor, inflamación, sangrado y/o fractura.

Periodo de Carencia: Es el plazo de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inicio de la póliza para poder acceder a la cobertura.

Los servicios serán atendidos dentro del perímetro urbano de las siguientes ciudades: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Armenia, Pereira, Cartagena, de manera ilimitada y sin periodo de carencia.

Coberturas:

- **Atención Odontológica:**
 - Consultas con odontología general y especializada sin costo
 - Atención de urgencia (Endodóntica, periodontal y protésica)
 - Profilaxis localizada
 - Detartraje Supragingival localizado
- **Operatoria y Restauradora:**
 - Ajustes de Oclusión (quitar contactos entre dientes que generen molestia)
 - Eliminación de Caries
 - Obturación provisional
 - Restauración en Amalgama dientes posteriores (Clase I; Clase II y MOD)
 - Restauración en Resina Dientes Posteriores (Clase I; Clase II y MOD)
 - Restauración en Resina Dientes Anteriores (Clase III; Clase IV y Clase V)
 - Restauraciones clase V en Vidrios Ionoméricos
 - Cementación (pegado) de Corona definitiva o Corona provisional
 - Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (reparación de prótesis dentales en el consultorio).



Póliza de Salud **Serena Esencial**

- **Cirugía oral:**
 - Exodoncia simple dientes temporales y permanentes

- **Endodoncia:**
 - Recubrimiento pulpar directo e indirecto (Colocación de protección al nervio)
 - Pulpectomía (retiro del nervio dental)
 - Pulpotomía (retiro parcial del nervio)
 - Tratamiento de conducto unirradicular en dientes temporales y permanentes (Realizado por primera vez y durante la vigencia de la póliza)
 - Tratamiento de conducto birradicular en dientes temporales y permanentes (Realizado por primera vez y durante la vigencia de la póliza)
 - Tratamiento de conducto multirradicular en dientes temporales y permanentes (Realizado por primera vez y durante la vigencia de la póliza)

- **Radiología oral:**
 - Radiografía Periapical
 - Radiografía Coronal (bitewing)

- **Beneficios adicionales:**
 - Reembolso para Urgencias a Nivel Nacional: En caso de que no haya prestador Disponible (Previa autorización)
 - Descuentos en tratamientos no cubiertos
 - Atención Telefónica (horario 24/7 los 365 días del año)
 - Orientación Odontológica Telefónica para aclaración de dudas sobre tratamiento
 - 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.

CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO PARA LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR URGENCIA

En caso de que el asegurado requiera de los tratamientos cubiertos por este amparo y por cualquier motivo no puedan ser prestados, el asegurado podrá recibir el Servicio Odontológico necesario para la atención de urgencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo y /o especialista escogido por él.

Posteriormente, se reembolsará al asegurado, el valor que éste hubiese pagado por la prestación del servicio cubierto en la presente póliza el cual corresponderá a un promedio de los costos para tratamientos similares y en la misma zona geográfica.



Póliza de Salud Serena Esencial

Quando el asegurado presente una urgencia odontológica deberá comunicarse por medio de los canales de atención dispuestos por SEGUROS MUNDIAL para solicitar el servicio. Si se identifica que no es posible la prestación del servicio requerido por medio de los prestadores de salud en convenio, se brindará autorización para atención bajo la modalidad de reembolso y las indicaciones para el envío de los documentos requeridos.

El reembolso solamente aplica para: atenciones de urgencia, para las atenciones autorizadas bajo esta modalidad y la cobertura será para los tratamientos determinados como incluidos en la asistencia.

Para el estudio y pago del reembolso, el asegurado a quien se le autorizó la atención bajo dicha modalidad deberá tramitarlo a través del proceso definido por SEGUROS MUNDIAL para tal fin, en un tiempo no mayor a sesenta (60) días posteriores a la autorización del servicio.

La recepción de los documentos no implica aceptación del reembolso de los gastos en que incurrió el asegurado. Cuando se reciba la documentación incompleta, se contactará al asegurado, y a partir de la notificación, el asegurado contará con ocho (8) días hábiles adicionales para completar la documentación, una vez transcurrido dicho plazo y si el asegurado no remitió la documentación faltante, se podrá negar la solicitud de reembolso de manera definitiva.

1.8.2 Traslado a citas médicas:

SEGUROS MUNDIAL coordinará y prestará servicios de transporte privado terrestre programado, dentro del perímetro Urbano para citas médicas, ida y regreso para tal fin en las siguientes ciudades: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Armenia, Pereira, Cartagena.

El servicio estará disponible para el asegurado titular de la póliza por un máximo de ocho (8) traslados por vigencia, contemplando como máximo dos (2) traslados por evento, es decir, por cada cita médica, cancelando el valor del copago descrito en la carátula de la póliza.

El servicio se prestará de domingo a domingo de 8:00am a 6:00 pm Incluyendo festivos y se asignará dependiendo de la disponibilidad y ubicación del vehículo placa blanca.

CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO PARA LA ASISTENCIA DE TRASLADO A CITAS MEDICAS

En caso de que el asegurado requiera del servicio cubierto y en la localidad donde él se encuentre, no se pueda prestar el servicio de transporte descrito en este numeral, o si existen y no puedan prestar los servicios descritos en la póliza, el asegurado podrá recibir el servicio de traslado terrestre escogido por él.



Póliza de Salud Serena Esencial

Posteriormente, se reembolsará al asegurado, el valor que éste hubiese pagado por la prestación del servicio cubierto en la presente póliza y hasta por los límites indicados en la carátula de esta, descontando el valor correspondiente al copago establecido siempre y cuando se cumpla con las siguientes obligaciones:

El asegurado debe solicitar antes de contratar por su cuenta el servicio de transporte, una autorización, la cual debe gestionarse a través de los mismos medios indicados para solicitar los servicios. Si se identifica que no es posible la prestación del servicio requerido, se brindará autorización para atención bajo dicha modalidad y las indicaciones para el envío de los documentos requeridos.

El reembolso solamente aplica para: servicio de traslado terrestre para citas médicas (Intraurbano) en las condiciones descritas como cubiertas en esta póliza, y solo para las atenciones autorizadas previamente bajo esta modalidad.

El servicio deberá tomarse en un tiempo no mayor a 48 horas posteriores a la autorización de atención bajo la modalidad de reembolso, si una vez transcurrido ese tiempo el asegurado no ha tomado el servicio bajo dicha modalidad, deberá contactarse nuevamente para corroborar que definitivamente no sea posible prestar el servicio de transporte y ratificar nuevamente la autorización de atención bajo modalidad de reembolso.

Para el estudio y pago del reembolso, el asegurado a quien se le autorizó la atención bajo dicha modalidad deberá tramitarlo a través del proceso definido por SEGUROS MUNDIAL para tal fin, en un tiempo no mayor a sesenta (60) días posteriores a la autorización del servicio. Si transcurrido este período el asegurado no envía la documentación requerida, se entiende que renuncia a la solicitud de reembolso.

La recepción de los documentos no implica aceptación para la realización del reembolso de los gastos en que incurrió el asegurado. Cuando se reciba la documentación incompleta, se contactará al asegurado, y a partir de la notificación, el asegurado contará con ocho (8) días hábiles adicionales para completar la documentación, una vez transcurrido dicho plazo y si el asegurado no remitió la documentación faltante, podrá negarse el trámite de la solicitud de reembolso de manera definitiva.

En ningún caso se realizará reembolso sin que se hayan remitido las facturas correspondientes y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley, así como los demás documentos requeridos.



Póliza de Salud Serena Esencial

SECCIÓN DOS

¿Qué no me cubre la póliza? (Exclusiones)

No son objeto de la cobertura de esta póliza, las prestaciones o consecuencias derivadas directa o indirectamente de los siguientes eventos:

Exclusión: Hechos o circunstancias que no están incluidos en las coberturas de la póliza.

- a) Lo relativo a servicios y/o derivados de gastos médicos de hospitalizaciones, cirugías, embarazo y el parto, por cualquier causa, así como sus complicaciones y cualquier otro servicio no indicado o relacionado en la caratula de la póliza.
- b) Las lesiones autoinfligidas y/o intento de suicidio y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- c) Las asistencias, accidentes y gastos médicos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, bebidas embriagantes, o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o psíquica a menos que el asegurado no se haya puesto voluntariamente en ese estado, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- d) Las asistencias, accidentes y gastos derivados de prácticas deportivas en competición y la práctica de deportes de alto riesgo como esquí acuático, paracaidismo, vuelo en planeadores o cometas y similares, vuelo en cualquier aparato o nave que no sea de línea comercial, motocross, parapente, espeleología, ciclo-montañismo, alpinismo, automovilismo, motociclismo, kartismo, boxeo, carreras de carro, carreras de caballo, polo, buceo, bungee jumping, kitesurf, sky, snowboard u otro deporte de invierno, así como los chequeos médicos solicitados para la práctica de deporte, etc.
- e) Están excluidos los exámenes y procedimientos diagnóstico, así como el tratamiento de cualquier enfermedad preexistente.
- f) Cualquier servicio relacionado con tratamientos experimentales así estén dentro de las coberturas del presente contrato.
- g) Exámenes de diagnóstico no prescritos o prescritos por parte de médicos que no correspondan al cuadro médico de esta póliza.
- h) Exámenes de diagnóstico simple, especializado y laboratorios clínicos, producto del avance científico y nuevas tecnologías, no previstos dentro de la cobertura de la presente póliza de salud. Así como exámenes de diagnóstico especializado que si bien utilizan imágenes tiene un fin más terapéutico, intervencionistas o implican un procedimiento tales como arteriografías, angioplastias, angiografías, flebografías, discografías, mielografías, broncografías, aortogramas, pielografías, linfangiografías, biopsias guiadas por imágenes, embolizaciones, colocación de stents y sin limitarse a estas.
- i) Los servicios médicos requeridos para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades que sean a consecuencia de anomalías congénitas o genéticas y/o hereditarias tales como



Póliza de Salud Serena Esencial

- y sin limitarse a Enfermedades huérfanas, Síndrome de Down, Síndrome de Edwards, Síndrome de Tourette, Enfermedad de tay-sachs, Corea de Huntington, Acondroplasia, Síndrome de Marfan, Distrofia muscular de Duchenne, Fibrosis quística, Hemofilias, Talasemias, Celiaquía, síndrome de Klinefelter, Labio leporino, Paladar hendido, Espina bífida, Microcefalia, Hidrocefalia, Anencefalia, Atresia anal e intestinal y Agenesia renal.
- j) Pruebas y estudios genéticos para determinar paternidad.
 - k) Los tratamientos estéticos y/o cirugías plásticas, incluidas las cirugías para fines de embellecimiento, rejuvenecimiento, cosmetología, cámara hiperbárica. Tratamientos realizados con toxina botulínica, escleroterapia, acné, alopecia, celuloterapia, hidroterapia, mamoplastia reductora o de aumento.
 - l) Los estudios de diagnóstico, de seguimiento y tratamiento en los sistemas visual y auditivo, incluyendo defectos de refracción visual, enfermedades derivadas de los mismos y queratocono.
 - m) Todos los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente en odontología, excepto los definidos en la asistencia odontológica.
 - n) Cualquier tipo de terapia, incluyendo rehabilitaciones respiratorias, cardíaca, hidroterapia, piso pélvico, terapia para tinnitus, celuloterapia, equinoterapia, delfinoterapia, escleroterapias, terapias físicas, entre otras.
 - o) Diagnóstico y tratamiento del VIH - SIDA sus complicaciones y efectos colaterales.
 - p) Diagnóstico y tratamiento del cáncer.
 - q) Estudios pre y post-trasplante sea el asegurado donante o receptor.
 - r) Cualquier tratamiento o exámenes diagnósticos para obesidad, así como tratamientos de adelgazamiento y dietas.
 - s) Estudios diagnósticos y/o tratamientos médicos y quirúrgicos para trastornos de sueño y roncopatía, uvulopalatofaringoplastia y/o somnoplastia.
 - t) Cualquier suministro de medicamentos ambulatorios y hospitalarios, excepto los requeridos durante la atención de las urgencias según la definición de la cobertura gastos médicos por urgencias en este clausulado; tampoco tendrán cobertura los insumos médicos, órtesis, prótesis, materiales de osteosíntesis, implantes, aditamentos, bragueros, lentes, monturas, lente intraocular, audífonos, medias anti embólicas, muletas, sillas de ruedas, calzado ortopédico, fajas y cabestrillos, pañales, aparatos o equipos ortopédicos, equipos para terapia física- ocupacional, camas hospitalarias, piezas anatómicas, leches maternizadas, suplementos alimentarios y/o nutrición, elementos de curación, colectores o colectores para colostomías, drenajes externos, colectores de orina, insumos y ostomías en general, así como autovacunas, vacunas, pruebas de sensibilidad y de alergia entre otras, pero sin limitarse a ellas.
 - u) Fototerapia y tratamientos médicos con medicamentos fotoactivos, o activados por fuentes de luz (fotodinámica).



Póliza de Salud Serena Esencial

- v) **Oxígeno ambulatorio en cualquiera de sus presentaciones.**
- w) **Tratamientos de anorexia o bulimia**
- x) **Los estudios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de trastornos de memoria y aprendizaje, como pruebas psicológicas y neuropsicológicas, pruebas de inteligencia, clínica de memoria.**
- y) **Los estudios de diagnóstico para corrección de infertilidad o esterilidad, impotencia sexual, inseminación artificial, vientre alquilado, procedimientos e implementaciones de los métodos de planificación familiar.**
- z) **Estudios diagnósticos relacionados con procedimientos de reasignación de sexo, fecundación in-vitro, pruebas genéticas y tratamientos orientados al feto.**
- aa) **Enfermedades transmisibles que sean declaradas como epidémicas por las autoridades sanitarias competentes.**
- bb) **Lesiones recibidas en actos de guerra (declarada o no) revolución, sedición, conmoción civil, terrorismo y huelga, estas dos últimas cuando hubiere participado activamente el asegurado.**
- cc) **Lesiones inmediatas o tardías sufridas como consecuencia de contaminación biológica o química.**
- dd) **Enfermedades y lesiones sufridas como consecuencia de fenómenos catastróficos por causas naturales: erupciones volcánicas, movimientos telúricos, inundaciones o cualquier otro hecho de la naturaleza, así como las lesiones inmediatas o tardías causadas por fisión o fusión nuclear.**
- ee) **Lesiones sufridas cuando se esté actuando como miembro de la tripulación de naves y aeronaves, o en la prestación del servicio militar o prácticas equivalentes en academias militares.**
- ff) **Lesiones ocasionadas en el desarrollo de la comisión de un delito o contravención, o en general, cualquier acto ilícito, en el que sea autor o partícipe cualesquiera de los asegurados, o las sufridas por los mismos con ocasión de su participación en duelos, riñas y/o cualquier manifestación de protesta colectiva, cualquiera que sea la causa.**
- gg) **Lesiones por accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.**
- hh) **Mapeo, ablación y exámenes de electrofisiología para arritmias cardíacas, test de mesa basculante.**
- ii) **Los servicios médicos ambulatorios y/o hospitalarios cuyo objetivo principal sea el diagnóstico y/o chequeo médico ejecutivo y/o para la expedición de certificados médicos en asegurado sano.**
- jj) **En caso de que el asegurado registre en la lista OFAC y/o cualquier otra lista vinculante para Colombia, no habrá lugar al pago de la indemnización, tampoco se otorgará cobertura a los aparos o asistencias mencionados en la sección uno.**



2.1 ¿Qué no me cubre los gastos funerarios?

No se pagarán las indemnizaciones si la muerte del asegurado se da de forma directa o indirecta a una enfermedad preexistente.



2.2 ¿Qué no me cubre la renta diaria por hospitalización?

- 1) No se cubren aquellos tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con el embarazo y/o sus complicaciones.
- 2) Tampoco será objeto de esta cobertura, la renta generada por atenciones hospitalarias en el servicio de urgencias y cuya estancia sea inferior a 12 horas.
- 3) Estarán excluidos aquellos casos de enfermedades preexistentes a la fecha de ingreso a la póliza.



2.3 Exclusiones aplicables a las asistencias

- a) Accidentes, u otros casos que requieran atención médica inmediata presencial.
- b) Los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como telemedicina o teleorientación virtual.
- c) Se excluye la transcripción de incapacidades.
- d) Problemas de salud mental que requieran intervención de urgencia o evaluación presencial.
- e) Pruebas físicas o diagnósticos que no puedan realizarse de manera remota.
- f) Los gastos incurridos por la compra de medicamentos que se hayan podido formular.
- g) Accidentes de cualquier tipo ocasionados bajo los efectos del alcohol, drogas y cualquier clase de narcóticos y cuando se encuentre conduciendo un vehículo de tracción, sólo se cubre a quien no está conduciendo (copiloto y pasajeros). Asimismo, accidentes ocasionados por infringir la ley.
- h) Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.
- i) Los servicios relacionados con el embarazo y el parto por cualquier causa, así como sus complicaciones.
- j) Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional, regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones etc.
- k) El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del asegurado de la asistencia.



2.4 ¿Qué no me cubre las asistencias complementarias?

Asistencia odontológica por urgencia:

No se cubre los servicios originados ni los gastos incurridos directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una urgencia odontológica, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- a) Tratamientos y/o controles no contemplados en este documento.
- b) Retratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto).
- c) Tratamientos estéticos.
- d) Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes.
- e) Anomalías congénitas.
- f) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- g) Radioterapia o quimioterapia.
- h) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de urgencia odontológica indicada en esta póliza.
- i) Cualquier tipo de medicamento

Traslado a citas médicas:

Quedan excluidos de la asistencia establecida, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

- a) Traslados fuera del perímetro urbano.
- b) Traslado intermunicipal o de una ciudad a otra incluso si las dos ciudades hacen parte de la cobertura geográfica.
- c) Espera de pasajeros.
- d) Traslados desde y hacia aeropuerto.
- e) Paradas adicionales dentro de un trayecto.
- f) Los servicios que el asegurado haya contratado sin previa autorización de SEGUROS MUNDIAL.
- g) Cuando el asegurado se niegue a colaborar con el personal para la prestación de los servicios.
- h) Cuando el asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.



SECCIÓN TRES

Condiciones generales

SEGUROS MUNDIAL cubre únicamente los gastos médicos incurridos durante la vigencia de la póliza por las coberturas enunciadas anteriormente, salvo los eventos expresamente excluidos.

Las coberturas estarán sujetas a las disposiciones que operan para la prestación de servicios dentro de la red de profesionales e instituciones adscritas a la póliza y a los copagos descritos en la caratula de esta.



3.1 ¿Qué personas no son asegurables?

No son personas asegurables, clientes reportados en la lista OFAC y/o cualquier otra lista vinculante para Colombia, o aquellas personas que dentro de la validación que efectúa la compañía se encuentren vinculadas en actividades al margen de la ley, delitos o situaciones conexas con actividades ilícitas o delictivas.

Lista vinculante: Son aquellas bases de datos nacionales e internacionales que recogen información, reportes y antecedentes de diferentes organismos, tratándose de personas naturales y jurídicas, que pueden presentar actividades sospechosas y/o lavado de activos.

Lista OFAC: Oficina de Control de Activos Extranjeros de EEUU, es una lista que registra los nombres de personas y empresas señaladas de participar en actividades de lavado de activos.



3.2 ¿Quién es el tomador y asegurado?

Tomador: Es toda persona jurídica, o natural con una edad igual o superior a 18 años quien contrata el seguro, es la persona que traslada los riesgos para asegurar un número determinado de personas (1 o más) y es el responsable ante Seguros Mundial del pago de las primas. Para pólizas individuales el Tomador puede ser el mismo asegurado.

Asegurado: Es toda persona que sea reportada por el tomador del seguro al momento de la compra.

Seguros Mundial únicamente asegura y da cobertura a los asegurados que estén descritos en el **Certificado individual del seguro***. En caso de presentarse alguna modificación debe ser reportado a Seguros Mundial.

Certificado individual de seguro: Documento expedido a cada uno de los asegurados en el que registran o individualizan y constan las condiciones particulares de la póliza. Ejemplo: datos, fechas de vigencia, amparos otorgados, prima, etc.



Póliza de Salud Serena Esencial



3.3 ¿A partir de cuándo inicia la cobertura de la póliza?

Para pólizas individuales, desde la fecha de inicio de vigencia el asegurado tendrá acceso a las coberturas y asistencias.

Para pólizas colectivas, el inicio de la cobertura será de acuerdo con la fecha pactada con el tomador.



3.4 ¿Cuál es la vigencia de la póliza?

La vigencia de la póliza es anual, con renovación automática por períodos iguales, previo el pago de la prima pactada.



3.5 ¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?

EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD PERMANENCIA
Desde el nacimiento	59 años	Ilimitado

En caso de requerir la inclusión de menores de dos años, el ingreso a la póliza y la permanencia en la misma estará supeditado a que exista otro asegurado mayor de edad durante toda la vigencia y al momento de la renovación de la póliza y previo cumplimiento de los requisitos exigidos por SEGUROS MUNDIAL.



3.6 ¿Cuáles son los requisitos de Asegurabilidad?

- Formulario de vinculación de clientes (SARLAFT) debidamente diligenciado.
- Copia del documento de identidad del tomador. (Póliza individual)
- Información general del tomador y NIT. (Póliza colectiva)
- Formato de relación de asegurados diligenciado en Excel (En caso de que la póliza sea colectiva).
- Formulario de Asegurabilidad: El tomador o asegurado deberá diligenciar bajo su exclusiva responsabilidad la solicitud de seguro al momento del ingreso y declarar mediante el diligenciamiento en forma veraz el cuestionario de salud, el cual, con posterioridad, será verificado con el fin de determinar el riesgo a asegurar y/o el otorgamiento del amparo. El solicitante autoriza a SEGUROS MUNDIAL para el acceso a la información contenida en su historia clínica y a suministrarla cuando ésta lo solicite. Así mismo autoriza expresamente a los médicos e instituciones que posean datos sobre su salud para suministrar tal información a SEGUROS MUNDIAL.



Póliza de Salud Serena Esencial

- AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO A TRAVÉS DE UNA EPS O RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN: Acreditación de la afiliación y pago de aportes al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Régimen Contributivo y /o a un régimen de excepción.



3.7 ¿Cuál es la forma de pago de la prima?

La póliza es de vigencia anual y la facturación puede ser anual o periódica mensual, con pago anticipado o vencido el cual deberá realizarse 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.

En los casos en los que se emitan pólizas y/o certificados con una vigencia menor, por ejemplo, cuando se incorpora un nuevo asegurado a un grupo colectivo con vigencia anual ya iniciada, se le calculará la respectiva prima a prorrata.

La póliza podrá emitirse de manera Individual o Colectiva, para lo cual se tiene:

SEGURO CONTRIBUTIVO: Es aquel cuya prima es paga, en su totalidad o en parte, por los miembros del grupo asegurado.

SEGURO NO CONTRIBUTIVO: Es aquel cuya prima es paga en su totalidad por el Tomador del seguro. Las primas están calculadas para periodos de un (1) año con pago anual y deberá pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, anexo o certificado. De acuerdo con la tarifa y la celebración del contrato o en cualquiera de los aniversarios de la póliza, el tomador puede optar por el pago de la prima mensual o anual y para tal caso se aplicarán los recargos establecidos para las diferentes modalidades de pago que para el momento de la expedición SEGUROS MUNDIAL tenga estipulados. En el evento de no establecerse el pago de la prima de acuerdo con lo anterior, se entenderá que el plazo para el pago será 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. El no pago oportuno de la prima, producirá la terminación automática del contrato, quedando a salvo el derecho de SEGUROS MUNDIAL de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.



Póliza de Salud Serena Esencial

SECCIÓN CUATRO

Otras disposiciones



4.1 ¿Qué hacer en caso de requerir la asistencia?

Para acceder a los servicios de asistencias, el asegurado deberá comunicarse a las líneas dispuestas por SEGUROS MUNDIAL, siguiendo el procedimiento de atención relacionado a continuación:

1. Comunicarse a la línea Nacional gratuita: 01 8000 112 684 desde fijo o celular.
2. El asesor atiende la solicitud y valida que el asegurado cuente con la póliza activa.
3. Validado lo anterior, el asesor brinda información, gestiona y/o direcciona al asegurado para que le sea brindada la prestación del servicio.

A través de la de Web App, el asegurado podrá realizar el agendamiento de las siguientes asistencias:

- Telemedicina
- Medico a domicilio
- Traslado en Ambulancia
- Bienestar integral virtual
- Wikidoc
- Smatcheck

Para ello, deberá ingresar a la Web App con su perfil y seleccionar la asistencia requerida.



4.2 ¿Cuál es el procedimiento en caso de siniestro?

Para afectar cualquiera de las coberturas de la póliza, el asegurado tiene acceso a los especialistas e instituciones referenciados en el directorio médico vigente, el cual podrá ser consultado en cualquier momento a través de la página principal www.segurosmondial.com.co.



4.3 ¿Cuál es el proceso de renovación?

En caso de que el Tomador decida renovar la póliza, SEGUROS MUNDIAL enviará al tomador las nuevas condiciones de la prima que regirán para la siguiente anualidad, con una antelación no



Póliza de Salud Serena Esencial

inferior a treinta (30) días a la fecha de vencimiento de dicha anualidad. Se entiende que el tomador y asegurado (s) aceptan las nuevas condiciones al efectuar el pago. SEGUROS MUNDIAL garantiza el derecho a la renovación del contrato, salvo que medie incumplimiento de este.



4.4 ¿Cómo reporto las novedades?

Los nuevos asegurados que por nacimiento o cualquier otra circunstancia entren a formar parte del grupo asegurado, podrán ingresar al seguro mediante solicitud individual siempre que llenen los requisitos de asegurabilidad exigidos por SEGUROS MUNDIAL. En cualquier caso, SEGUROS MUNDIAL se reserva el derecho de limitar, extra primar o rechazar a los solicitantes. En caso de terminación del seguro por parte del tomador o del certificado individual de seguro por parte del asegurado, la prima no devengada se liquidará a prorrata conforme lo dispuesto en el artículo 1070 del Código de Comercio.



4.5 ¿Qué definiciones son aplicables para los servicios de salud?

Para los efectos de la presente póliza, las siguientes denominaciones tendrán el significado que aquí se les asigna:

ACCIDENTE: Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas y no provocadas por el mismo asegurado.

ASEGURADO: Persona que obtiene cobertura de SEGUROS MUNDIAL en los términos de la presente póliza, por haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el presente contrato para adquirir tal calidad.

ASEGURADO PRINCIPAL: Es la persona que encabeza el grupo asegurable en el certificado de seguro respectivo. El asegurado principal debe ser mayor de edad en el momento de la formulación de la solicitud. Puede asegurarse individualmente o con cualquier “persona asegurable” de acuerdo con la definición y edades de ingreso y permanencia definidas.

OTRAS PERSONAS ASEGURABLES: Son asegurables dentro de la presente póliza, además del asegurado principal, las siguientes personas: el cónyuge, la/el compañera (o) permanente, los hijos y los padres del asegurado principal, quienes deberán figurar en la solicitud de seguro. Adicionalmente, para el ingreso a la póliza de personas con un grado de parentesco diferente a los mencionados, dicha inclusión deberá contar con previa aceptación de SEGUROS MUNDIAL. Una vez



Póliza de Salud Serena Esencial

SEGUROS MUNDIAL haya aceptado su inclusión, para los efectos de este contrato estas personas se denominan “asegurados”.

ATENCIÓN DE SERVICIO MÉDICOS AMBULATORIOS: La constituyen todos los servicios que no requieran internación hospitalaria.

AMPAROS: Es el conjunto total de servicios que SEGUROS MUNDIAL se compromete a otorgar cobertura para el asegurado relacionado en la carátula de la póliza.

CONSULTA EXTERNA: Aquel acto de valoración, diagnóstico, terapéutico o preventivo que dentro de la cobertura de este contrato ejecuta un médico del cuadro médico de SEGUROS MUNDIAL en el ejercicio de sus actividades profesionales a un paciente, beneficiario de esta póliza.

COPAGO: Aporte económico realizado por parte del asegurado, en los casos que aplique, para recibir atención según las coberturas de este producto.

CUADRO MÉDICO: Son las instituciones, centros de apoyo diagnóstico y profesionales adscritos a SEGUROS MUNDIAL quienes prestarán los servicios médicos ambulatorios amparados bajo la presente póliza. El cuadro médico podrá ser consultado en la página www.segurosmundial.com.co

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por esta cobertura y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación.

ENFERMEDAD: Es cualquier alteración de la salud de una persona, que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO: Son todos aquellos exámenes diferentes a los definidos en este clausulado como Exámenes de Diagnóstico Simples, tales como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, endoscopias de vías digestivas altas y bajas, colonoscopias de índole diagnóstico, pero no procedimientos terapéuticos o intervencionistas, así como los excluidos en la presente póliza.

RADIOGRAFÍA SIMPLE: Técnica de imagen médica fundamental que se utiliza para visualizar estructuras internas del cuerpo.

ECOGRAFIA SIMPLE: Prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonido) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo.



Póliza de Salud Serena Esencial

HOSPITALIZACIÓN: Es la internación en una institución hospitalaria para la asistencia médica de una afección o lesión de un asegurado, con una duración mínima de veinticuatro (24) horas, siempre y cuando exista un diagnóstico y requiera tratamiento médico.

EXCLUSIONES: Patologías, procedimientos, exámenes de diagnóstico específicos, que por su carácter técnico científico y análisis de costos y/o criterios de comercialización, no son objeto de amparo de la póliza. También son exclusiones, los accidentes ocurridos o las enfermedades originadas directa o indirectamente con anterioridad al ingreso del asegurado a la póliza, por tratarse de hechos ciertos, no son asegurables, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 1054 del Código de Comercio.

MÉDICO: Aquel que acredita en su formación académica título de Médico otorgado por universidad autorizada por el Ministerio de Educación o título universitario reconocido por el Ministerio de Educación Nacional mediante la convalidación, conforme a la ley y cuente con tarjeta profesional vigente y sin suspensiones, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

MEDIO DE CONTRASTE: Son aquellas sustancias empleadas para visualizar o resaltar estructuras que normalmente no se observan claramente mediante la utilización de equipos y técnicas convencionales de diagnóstico.

PREEXISTENCIA: Cualquier alteración de estado de salud aguda o crónica, de un asegurado que haya sido manifestada, diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión a la póliza. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran preexistencias para los fines de esta póliza.

REHABILITACIÓN: Es el tratamiento por medio del cual se aplican métodos y medios destinados a restituir total o parcialmente la actividad o función perdida por traumatismo o enfermedad.

TOMADOR: Es la persona natural o jurídica que celebra y suscribe la presente póliza, en nombre propio y por cuenta propia y/o en nombre, representación y beneficio de terceras personas denominadas asegurados, detallados en la carátula de la póliza o los certificados individuales de seguro emitidos con ocasión a ella, y por lo tanto responsable de las obligaciones contractuales que le son propias en tal calidad.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: El término institución hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas por la ley colombiana para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.



Póliza de Salud Serena Esencial



INSTITUCIÓN DENTAL: Es el establecimiento que reúne las condiciones exigidas por la ley colombiana para prestar los servicios objeto de este contrato y debe estar legalmente registrada y autorizada para prestar los mismos.

ODONTÓLOGO: Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos o quirúrgicos.

PÓLIZA INDIVIDUAL: Es aquella que se expide a una persona natural o jurídica, a través de la cual se da amparo al asegurado principal y a sus dependientes.

PÓLIZA COLECTIVA: Es aquella que se expide a una persona jurídica, y a través de la cual se da amparo a las personas vinculadas al tomador por una relación laboral, comercial o civil, que para estos efectos se denomina asegurado principal y que exige para que la misma esté vigente en el tiempo, un mínimo de diez (10) asegurados principales o grupos familiares, salvo que SEGUROS MUNDIAL acuerde por escrito un número mínimo menor de asegurados principales o grupos familiares.



4.6 Terminación del Contrato

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza termina por las siguientes causas:

- Por decisión del tomador o asegurado, en los términos del artículo 1071 del código de comercio.
- Por falta y/o mora en el pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
- En pólizas colectivas, cuando no se cumpla con el número mínimo de diez (10) asegurados.
- Por incumplimiento de las obligaciones previstas en la afiliación al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud.
- Al vencimiento del plazo establecido en la carátula de la póliza sin haberse renovado



4.7 Afiliación al sistema general de seguridad social en salud - régimen contributivo

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y para efectos de la suscripción de este contrato, la compañía verificará que el tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud. Para ello, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a SEGUROS MUNDIAL al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad



Póliza de Salud Serena Esencial

promotora de salud E.P.S en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar ésta, mediante la presentación de prueba fehaciente de su vinculación a una EPS o que se encuentra en alguno de los regímenes de excepción. Si el tomador o asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, deberá declararlo a SEGUROS MUNDIAL en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece. De conformidad con el párrafo único del artículo 20 del decreto 806 de 1998 SEGUROS MUNDIAL queda exceptuada de la obligación legal contenida en el citado artículo cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.



4.8 Declaración inexacta o reticente

El tomador y el asegurado individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por SEGUROS MUNDIAL.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SEGUROS MUNDIAL, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen 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 ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero SEGUROS MUNDIAL sólo 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 representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual. Las sanciones anteriores no son aplicables si SEGUROS MUNDIAL, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los cuales versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.



4.9 Autorización de Información

El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario al diligenciar el formulario de asegurabilidad autorizará de forma previa, expresa e informada a Seguros Mundial en calidad de responsable a realizar el tratamiento de los datos personales, los cuales son recolectados, custodiados, gestionados y circulados para la prestación de los servicios inherentes a la actividad aseguradora y para las



Póliza de Salud Serena Esencial



finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cuál puede ser consultada en www.seguosmundial.com.co/proteccion-de-datos/

Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos personales, de la misma manera los canales y procedimientos definidos para garantizar el derecho al habeas data.

Finalmente, manifiesta que, los datos personales suministrados son veraces, completos, exactos y actualizados.



4.10 Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito, con excepción del aviso del siniestro, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo certificado dirigido a la última dirección registrada en las partes. Para tal efecto, en la carátula de la póliza se indica la dirección de SEGUROS MUNDIAL para la notificación.



4.11 Cambio de dirección de residencia o domicilio

El tomador deberá comunicar por escrito a SEGUROS MUNDIAL sobre cualquier cambio de dirección de residencia o domicilio. Todas las comunicaciones serán enviadas a la última dirección comunicada por el Tomador; en consecuencia, SEGUROS MUNDIAL no será responsable, en ningún caso, por la remisión de comunicaciones a la dirección antigua, cuando el tomador hubiere incumplido con esta obligación, y dará por conocido el contenido de estas.



4.12 Domicilio

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de esta.



4.13 Normas Supletorias

Para lo no previsto en las condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del código de comercio colombiano, y demás normas que lo notifiquen o adicionen.



Póliza de Salud Serena Esencial



4.14 Lugar de prestación de los servicios

Los amparos de esta póliza serán prestados al asegurado únicamente dentro del territorio nacional, en el casco urbano de los municipios en donde SEGUROS MUNDIAL tenga contratada red médica, conforme a la oferta del CUADRO MÉDICO del producto, la cual se encuentra en la página principal www.segurosmundial.com.co.



4.15 Aumentos de valores

El valor de la prima, copagos y los demás términos económicos del seguro, se ajustarán anualmente.



4.16 Prescripción

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por el artículo 1081 del Código de Comercio:

Prescripción: modo de pérdida de vigencia o eficacia de un derecho u acción como consecuencia de haber dejado pasar el plazo que la Ley determina para su ejercicio.

“ La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes. ”



4.17 Disposiciones legales

Para los efectos contemplados en el presente clausulado, la presente póliza y sus anexos se registrarán por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.



4.18 Cláusula Anticorrupción y Antisoborno

En aquellos eventos en los que el Tomador y/o Asegurado, con ocasión de la celebración o ejecución del contrato, reciba un beneficio indebido de forma directa o indirecta, o incumpla las disposiciones legales vigentes en materia de lucha contra la corrupción, la presente póliza no otorgará cobertura, ni el Asegurador será responsable de pagar indemnización o beneficio alguno.



Póliza de Salud Serena Esencial



4.19 Cláusula Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo

La presente póliza no otorgará cobertura, ni el Asegurador será responsable de pagar reclamación o beneficio alguno en aquellos casos en los que el pago de dichas reclamaciones o el otorgamiento de dichos beneficios puedan exponer al Asegurador a una sanción, prohibición o restricción a nivel local y/o internacional relacionada con el delito de Lavado de Activos y/o la Financiación del Terrorismo. El Tomador y/o Asegurado manifiesta bajo la gravedad del juramento que sus actividades provienen de actividades lícitas y no se encuentra incluido en ninguna lista restrictiva, para lo cual autoriza a la Aseguradora para realizar la respectiva consulta en las mismas. El tomador y /o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente. Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta a al tomador/ asegurado, este deberá informar tal circunstancia a SEGUROS MUNDIAL, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.



¿A dónde puedo comunicarme?

En caso de requerir información del producto, podrás comunicarte a la siguiente línea:

Línea Nacional
01 8000 112 684



Póliza de Salud
Serena Esencial

