



Póliza de Seguro de Salud - Tarjetas Mi Salud

Condiciones

COMO ASEGURADO, **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** TE INVITA A CONOCER LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO QUE ADQUIRISTE: ESTA PÓLIZA SE COMPONE DE LAS PRESENTES CONDICIONES Y EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

1 Coberturas

1.1. ENFERMEDADES GRAVES

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO TE SEA DIAGNOSTICADA, Y/O SUFRAS POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN Y/O CUANDO SEA NECESARIA LA PRÁCTICA DE ALGUNOS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE INDICAN:

- 1.1.1 **CÁNCER:** ÚNICAMENTE SE CUBRE EL PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, CON INDEPENDENCIA DE SU LOCALIZACIÓN O ETAPA. SE OTORGA COBERTURA A CUALQUIER TIPO DE CÁNCER INCLUYENDO CÁNCER DE PIEL MELANOMA, RESPECTO DEL CUAL SE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO, Y CÁNCER DE PIEL DISTINTO A MELANOMA, RESPECTO DEL

Código de condicionado: 09/04/2025-1417-P-35-9305000930500000-0R000

Código de nota técnica: 09/04/2025-1417-NT-P-35-VP-S9305-2025-02-0R00

CUAL SE PAGARÁ EL 20% DEL VALOR ASEGURADO.

- 1.1.2 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, COMÚNMENTE CONOCIDO COMO INFARTO AL CORAZÓN.
- 1.1.3 CIRUGÍA DE ANGIOPLASTIA CORONARIA O REVASCULARIZACIÓN CARDIACA.
- 1.1.4 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y/O HEMORRÁGICO.
- 1.1.5 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, TOTAL E IRREVERSIBLE DE UNO O AMBOS RIÑONES QUE IMPLIQUE TRATAMIENTO ASOCIADO DE HEMODIÁLISIS Y/O DIÁLISIS PERITONEAL.
- 1.1.6 ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
- 1.1.7 TRASPLANTE DE ÓRGANOS: ÚNICAMENTE SE CUBRE EL PRIMER TRASPLANTE DE CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA Y/O PÁNCREAS.

PARA EFECTOS DE LA COBERTURA OTORGADA POR MEDIO DEL PRESENTE AMPARO SE TENDRÁN EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- **PERIODO DE CARENCIA:** ÚNICAMENTE SE CUBREN DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y/O PADECIMIENTOS A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- LAS ENFERMEDADES GRAVES Y/O PROCEDIMIENTOS DEBEN SER DIAGNOSTICADOS Y/O ORDENADOS EN COLOMBIA POR PARTE DE UN MÉDICO ADSCRITO A LA ARL, EPS, SISBEN, MEDICINA PREPAGADA O PÓLIZA DE SALUD, DEBIDAMENTE HABILITADO PARA EJERCER Y PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD EN COLOMBIA.
- LA PRESENTE COBERTURA SE ENCUENTRA LIMITADA A UN (1) EVENTO POR VIGENCIA ANUAL POR CADA ENFERMEDAD O EVENTO AMPARADO, SIEMPRE Y CUANDO CORRESPONDA AL PRIMER DIAGNÓSTICO O PROCEDIMIENTO DE ESTA NATURALEZA REALIZADO AL ASEGURADO.

1.2. DETECCIÓN DE CÁNCER

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN CASO DE QUE TE SEA DIAGNOSTICADO UN CÁNCER POR PRIMERA VEZ EN VIGENCIA DE ESTE SEGURO, INDEPENDIEMENTE DE SU LOCALIZACIÓN O ETAPA, CONFIRMADO POR UNA BIOPSIA O EXAMEN DIAGNÓSTICO QUE CERTIFIQUE POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE CÁNCER. LA COBERTURA SE EXTIENDE AL CÁNCER DE PIEL MELANOMA, RESPECTO DEL CUAL SE PAGARÁ EL CIENTO POR CIENTO (100%) DEL VALOR ASEGURADO, Y EN LOS CÁNCERES DE PIEL DISTINTOS A MELANOMA SE PAGARÁ EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR ASEGURADO.

PARA EFECTOS DE LA COBERTURA OTORGADA POR MEDIO DEL PRESENTE AMPARO SE TENDRÁN EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- **PERIODO DE CARENCIA:** ÚNICAMENTE SE CUBREN DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y/O PADECIMIENTOS A PARTIR DEL DÍA NOVENTA Y UNO (91) DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.
- EL CERTIFICADO EN EL QUE CONSTE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DEBERÁ SER EMITIDO EN COLOMBIA POR PARTE DE UN MÉDICO ADSCRITO A LA ARL, EPS, SISBEN, MEDICINA PREPAGADA O PÓLIZA DE SALUD, DEBIDAMENTE HABILITADO PARA EJERCER Y PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD EN COLOMBIA.
- LA PRESENTE COBERTURA SE ENCUENTRA LIMITADA A UN (1) EVENTO POR VIGENCIA ANUAL

1.3. CIRUGÍA HOSPITALARIA

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO TE SEA REALIZADA CUALQUIER CIRUGÍA NO AMBULATORIA CUYA HOSPITALIZACIÓN SEA SUPERIOR A VEINTICUATRO HORAS (24 HRS).

LA PRESENTE COBERTURA SE ENCUENTRA LIMITADA A UN (1) EVENTO POR VIGENCIA ANUAL.

1.4. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, HASTA CONCURRENCIA DEL VALOR ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO SEAS INTERNADO(A) EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS CONTINUAS Y HASTA POR TREINTA (30) DÍAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCURRIDO O DIAGNOSTICADO EN VIGENCIA DEL SEGURO POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA DE COBERTURA.

1.5. RENTA POR HOSPITALIZACIÓN UCI

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, HASTA CONCURRENCIA DEL VALOR ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO SEAS INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE CUALQUIER CLÍNICA U HOSPITAL POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS CONTINUAS Y HASTA POR TREINTA (30) DÍAS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCURRIDO O DIAGNOSTICADO EN VIGENCIA DEL SEGURO POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA DE COBERTURA.

1.6. FRACTURA DE HUESOS

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO COMO CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA, ACCIDENTE O GOLPE, SUFRAS LA ROTURA O FRACTURA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HUESOS: CADERA (ACETÁBULO), FÉMUR, TIBIA, ROTULA, PERONÉ O

VÉRTEBRAS EN GENERAL.

LA PRESENTE COBERTURA SE ENCUENTRA LIMITADA A UNA (1) SOLA FRACTURA O ROTURA DE CADA UNO DE LOS SEIS (6) HUESOS ENLISTADOS COMO OBJETO DE COBERTURA DURANTE TODA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO.

1.7. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿QUÉ TE CUBRE? SE TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUANDO TE SEA DECRETADA Y/O DETERMINADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SUPERIOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE TU CAPACIDAD LABORAL, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O LESIÓN NO EXCLUIDA, SIEMPRE Y CUANDO DICHA INCAPACIDAD SE HAYA ESTRUCTURADO EN VIGENCIA DEL SEGURO.

PARA EFECTOS DE LA COBERTURA OTORGADA POR MEDIO DEL PRESENTE AMPARO SE TENDRÁN EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ EMITIRSE EN COLOMBIA Y ESTAR DICTAMINADA POR PARTE DE LA ARL, EPS, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ U CUALQUIER ORGANISMO COMPETENTE SEGÚN EL RÉGIMEN LEGAL QUE TE RESULTE APLICABLE.
- SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN, DETERMINADA EN EL DICTAMEN DE INVALIDEZ CORRESPONDIENTE, A PARTIR DE LA CUAL SE CONSIDERA QUE SE SUPERÓ EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL.
- EL DICTAMEN DE INVALIDEZ DEBERÁ SOPORTARSE EN TÚ HISTORIA CLÍNICA, ASÍ COMO EN EXÁMENES CLÍNICOS Y DE AYUDA DIAGNÓSTICA QUE TE SEAN PRACTICADOS. LA HISTORIA CLÍNICA DEBERÁ EXPEDIRSE DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS QUE REGULAN LA MATERIA EN COLOMBIA.

1.8. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

¿QUÉ TE CUBRE? RECIBIRÁS SERVICIOS DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA DE ACUERDO CON EL PLAN SELECCIONADO, LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN POR TERCEROS. PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS PODRÁS COMUNICARTE CON LAS LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE. CONOCE EL DETALLE, CONDICIONES Y ALCANCE EN EL ACÁPITE 9 DE ESTE DOCUMENTO.

¿DESDE CUÁNDO PUEDES RECLAMAR ESTA COBERTURA? DE ACUERDO CON EL SERVICIO A SOLICITAR Y EL PLAN SELECCIONADO (TABLA "DETALLE ASISTENCIAS ODONTOLÓGICAS" DEL ACÁPITE 9).

2

Exclusiones

2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LA TOTALIDAD DE LOS AMPAROS:

LA PRESENTE PÓLIZA NO BRINDARÁ COBERTURA ALGUNA A NINGÚN EVENTO, HECHO Y/O SUCESOS DERIVADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE DE:

- 2.1.1. RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCIDO POR COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, TÓXICO, EXPLOSIVO O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA DE UN EXPLOSIVO NUCLEAR O DE SUS COMPONENTES.
- 2.1.2. ACTOS DELICTIVOS, ILEGALES O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL (LA) ASEGURADO(A), ALGÚN AMIGO, FAMILIAR O EMPLEADO SUYO.
- 2.1.3. ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS Y/O MOTINES. TAMPOCO ESTARÁN CUBIERTOS LOS EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.
- 2.1.4. ENFERMEDADES, LESIONES, ACCIDENTES O EVENTOS PADECIDOS, CONOCIDOS O DIAGNOSTICADOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE ENFERMEDADES GRAVES Y DETECCIÓN DE CÁNCER

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES GENERALES INDICADAS EN EL NUMERAL 2.1. ANTERIOR, BAJO LOS AMPAROS DE LA REFERENCIA NO SE OTORGA COBERTURA A LOS EVENTOS DERIVADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE DE:

- 2.2.1. CÁNCER(ES) DIAGNOSTICADO(S) Y/O DESCUBIERTO(S) O METÁSTASIS ORIGINADA A PARTIR DE UN CÁNCER O TUMOR DE FORMA PREVIA AL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO CON INDEPENDENCIA DE SU UBICACIÓN O ETAPA.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES PARA LA COBERTURA DE CIRUGÍA HOSPITALARIA

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES GENERALES INDICADAS EN EL NUMERAL 2.1. ANTERIOR, BAJO LOS AMPAROS DE LA REFERENCIA NO SE OTORGA COBERTURA A LOS EVENTOS DERIVADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE DE:

- 2.3.1. CIRUGÍAS AMBULATORIAS.
- 2.3.2. CIRUGÍAS ESTÉTICAS.
- 2.3.3. CESÁREA PROGRAMADA.
- 2.3.4. CIRUGÍA POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES.

2.4. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES GENERALES INDICADAS EN EL NUMERAL 2.1. ANTERIOR, BAJO LOS AMPAROS DE LA REFERENCIA NO SE OTORGA COBERTURA A LOS EVENTOS DERIVADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE DE:

- 2.4.1. NO SE CUBREN FRACTURA O ROTURA DE HUESOS COMO CONSECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO

2.5. EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES GENERALES INDICADAS EN EL NUMERAL 2.1. ANTERIOR, BAJO LOS AMPAROS DE LA REFERENCIA NO SE OTORGA COBERTURA A LOS EVENTOS DERIVADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE DE:

- 2.5.1. URGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES.
- 2.5.2. ANESTESIA O SEDACIÓN GENERALES EN NIÑOS Y ADULTOS.
- 2.5.3. DEFECTOS FÍSICOS.
- 2.5.4. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
- 2.5.5. RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.
- 2.5.6. PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA, LA COBERTURA NO INCLUYE INSTRUMENTACIÓN MECANIZADA, SEGUNDA CONSULTA, REHABILITACIONES (EJ.: INCRUSTACIONES, CORONAS) NI MEDICACIÓN INTRACANAL. (SE EXCLUYEN PLANES QUE INCLUYAN REHABILITACIÓN).
- 2.5.7. CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL INICIADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA O INICIADO EN UN CENTRO ODONTOLÓGICO QUE NO PERTENECE A LA RED.
- 2.5.8. MEDICAMENTOS ASOCIADOS A UNA RECETA MÉDICA.
- 2.5.9. GASTOS DE LABORATORIO + INSUMOS + PABELLÓN + RX EXTRAORALES (EXCLUYE TRATAMIENTOS).

3

Servicios médicos

De forma adicional a las coberturas otorgadas mediante la presente póliza, Seguros de Vida Alfa S.A., pone a tu disposición servicios de asistencia médica, los servicios se prestarán por terceros. Para hacer uso de los servicios podrás comunicarte con las líneas de atención al cliente. El detalle lo podrás conocer en el numeral 8 de este documento.

4 Documentos para la reclamación

Para realizar la reclamación corresponde a el(la) asegurado(a) y beneficiario(s), demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida conforme a lo previsto por el artículo 1077 del Código de Comercio. Sin perjuicio de la libertad probatoria prevista en la ley, se podrán presentar los documentos mencionados a continuación, así como cualquier otro que consideres pertinente:

4.1. Para todos los amparos

- Fotocopia del documento de identificado del(la) asegurado(a) y/o del(los) beneficiario(s).
- Formato de reclamación de siniestros debidamente diligenciado.

4.2. Enfermedades graves y detección de cáncer



- Certificado emitido en Colombia por parte de un médico adscrito a la ARL, EPS, SISBEN, medicina prepagada o póliza de salud, debidamente habilitado para ejercer y prestar servicios profesionales de salud en Colombia que acredite el diagnóstico y/o la orden para la realización del respectivo procedimiento.
- Copia de la historia clínica o epicrisis en donde conste el diagnóstico de la enfermedad.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsias, radiografías, etc.)

4.3. Cirugía hospitalaria, Renta por hospitalización y Renta por hospitalización UCI



- Copia de la historia clínica, autorización médica y/o epicrisis expedida en Colombia por un médico y/o entidad prestadora de servicios de salud habilitada para ejercer y prestar servicios profesionales de salud en el territorio nacional en la que se refleje la fecha de ingreso y egreso de la hospitalización, así como de realización del respectivo procedimiento médico de ser el caso.

4.4. Fractura de huesos



- Copia de la historia clínica, certificado médico y/o epicrisis expedida en Colombia por un médico y/o entidad prestadora de servicios de salud habilitada para ejercer y prestar servicios profesionales de salud en el territorio nacional en la que se refleje el diagnóstico.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsias, radiografías, etc.)

4.5. Incapacidad total permanente



- Dictamen de invalidez emitido en Colombia por parte de la EPS, ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez u cualquier organismo competente según el régimen legal aplicable al asegurado.
- Copia integral de la historia clínica.



Seguros de Vida Alfa S.A. podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

5 Pasos para la reclamación

1

Completa los documentos.

2

Remite la documentación por cualquiera de los siguientes medios:

- A través de WhatsApp escribiéndonos a la línea de atención **3125104849**.
- A través de las oficinas del Banco Av. Villas.

3

Una vez enviada la documentación completa, nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.



Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los veinticinco (25) días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio

6 Atención al consumidor financiero

Para conocer o tramitar cualquier solicitud, cancelación y/o requerimiento ligado a tu seguro, o para ejercer tus derechos frente al tratamiento de tus datos personales, puedes comunicarte con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

Bogotá	60 (1) 7455550	Cali	60 (2) 4850840
Medellín	60 (4) 6040576	Barranquilla	60 (5) 3851862
Bucaramanga	60 (7) 6971246	A nivel nacional	018000968181

Datos del defensor del consumidor financiero

A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero de los clientes, podrán ser atendidas las peticiones o requerimientos referentes a los productos o servicios prestados por las compañías, los cuales deberán ser radicados utilizando alguno de los medios señalados a continuación:

defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co,

defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co

Dirección física y de correspondencia: calle 26 # 59 - 15, local 6, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono (60-1) 7 43 53 33 Ext 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y suplente Luis Fernando Pinzón. Para más información ingresa a la página www.segurosalfa.com.co sección Legal y opción Consumidor financiero.

7 Definiciones

Asegurado

Es el cliente del Banco Av. Villas S.A. que figura como tal en el certificado individual de seguro.

Aseguradora

Seguros de Vida Alfa S.A.

Beneficiario

Es la persona que tiene derecho a la indemnización o al pago del valor asegurado en caso de siniestro. Para los amparos plasmados en el presente contrato el beneficiario será el(la) Asegurado(a). Para las asistencias médicas y odontológicas el beneficiario será el(la) Asegurado(a) y/o los beneficiarios designados.

Carencia

Período contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un siniestro.

Evento

Configuración u ocurrencia de un siniestro efectivamente amparado bajo los amparos otorgados por la Póliza de Seguro.

Exclusiones	Son los eventos no amparados por el seguro que se indican en el numeral o cláusula 2 de este condicionado.
Prima	Es el precio del seguro que es pagado por el(la) asegurado(a).
Siniestro	Ocurrencia del evento, suceso o riesgo amparado por la Póliza de Seguro.
Tomador	Banco Av. Villas S.A.
Valor asegurado	Es el valor máximo que se reconocerá por la aseguradora ante la ocurrencia de un siniestro amparado bajo alguna de las coberturas contratadas bajo la Póliza de Seguro.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

Aseguradora: **Seguros de Vida Alfa S.A**

Seguros de Vida Alfa S.A se complace en tenerte como cliente y espera que te sientas satisfecho con los amparos ofrecidos en este seguro.

Todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el código de comercio.

Código de condicionado: 09/04/2025-1417-P-35-9305000930500000-0R000

Código de nota técnica: 09/04/2025-1417-NT-P-35-VP-S9305-2025-02-0R00

8 Servicios médicos

De forma adicional a las coberturas otorgadas mediante la presente póliza, Seguros de Vida Alfa S.A., pone a su disposición servicios médicos, los cuales se prestarán por terceros. Para hacer uso de los servicios podrá comunicarse con las líneas de atención al cliente.

Servicios médicos	Monto límite por evento	Máximo de eventos
Telemedicina - Orientación médica telefónica	Sin límite	Sin límite
Consulta médica virtual de Especialistas: medicina interna, pediatría, psiquiatría, neurología, gastroenterología	Sin límite	4 eventos por año de vigencia
Consulta presencial Especialistas: dermatología, ginecología, oftalmología o pediatría	\$130.000	1 evento por año de vigencia
Servicio de ambulancia	Sin límite	4 eventos por año de vigencia
Médico a domicilio	Sin límite	2 eventos por año de vigencia
Enfermera a domicilio para inyectología y curaciones básicas	Sin límite	2 eventos por año de vigencia
Coordinación y examen de mamografía / antígeno prostático.	\$150.000	1 evento por año de vigencia.
Urgencia odontológica	\$150.000	1 evento por año de vigencia.
Orientación telefónica de un buen manejo de higiene oral	Sin límite	1 evento por año de vigencia
Segunda opinión médica	Sin límite	2 eventos por año de vigencia
Orientación nutricional telefónica	Sin límite	2 eventos por año de vigencia
Orientación psicológica telefónica	\$120.000	2 eventos por año de vigencia
Coordinación de citas con médico general o con especialista	Sin límite	Sin límite
Clase virtual de batidos saludables	Sin límite	Sin límite
Clase virtual de cocina saludable	Sin límite	Sin límite
Tutor académico virtual o telefónico	\$150.000	2 eventos por año de vigencia

Servicios médicos al adulto mayor

Mensajería pequeños paquetes / mensajería para recoger resultados de exámenes médico	\$80.000	2 eventos por año de vigencia
Servicio de acompañamiento a cita médica (máx. 2 horas)	\$200.000	2 eventos por año de vigencia
Recordatorio de ingesta de medicamentos por medio de SMS o correo electrónico	Sin límite	Sin límite

- **Servicios médicos:** Son los beneficios a los cuales tiene derecho el usuario y que prestará exclusivamente el proveedor de servicios, con base en los términos y condiciones que se describen en este documento.
- **Eventos:** Entiéndase por **Eventos**, el número de veces que el usuario accede a los servicios médicos durante toda la vigencia de estos. Los servicios se prestarán únicamente hasta el tope de eventos descritos en los recuadros anteriores.
- **Monto máximo por evento:** Entiéndase por **Monto máximo por evento**, el costo máximo de las asistencias que prestará el proveedor de servicios, por cada evento. El monto máximo por evento será el descrito en los recuadros anteriores, cualquier valor que exceda el monto máximo por evento debe ser cubierto por el usuario. Cuando el servicio requerido supere el monto máximo por evento y, siempre y cuando cumpla con las condiciones establecidas para cada servicio, previamente a realizarlo, se consultará con el usuario.

8.1. Telemedicina - Orientación médica telefónica

En virtud de este servicio el usuario podrá acceder al servicio de Orientación médica telefónica, la cual se realizará mediante llamada telefónica de un médico, quien le indicará algunas recomendaciones sobre su patología y manejo en casa; sin embargo, bajo esta modalidad, no podrá realizar ninguna formulación, solicitar imágenes diagnósticas, ni emitir incapacidades. La duración máxima de la consulta será de 30 minutos.

8.2. Consulta médica virtual de especialistas (medicina interna, pediatría, psiquiatría, neurología, gastroenterología)

En virtud de este beneficio, se pone al alcance del usuario el servicio de Orientación médica telefónica de los médicos especialistas que se relacionan a continuación, disponible en el horario de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a domingo, con una duración máxima de 30 minutos.

Bajo esta modalidad, el médico especialista no realizará ninguna formulación, solicitud de imágenes diagnósticas, ni emitir incapacidades. El servicio será programado de acuerdo con la disponibilidad de agenda del profesional médico. La consulta virtual será asignada dentro de las 72 horas a partir del momento de la solicitud. Se aclara que este servicio será prestado directamente por una entidad debidamente habilitada para tal efecto.

Las siguientes son las especialidades disponibles para este servicio:

- Medicina interna: Se coordina a través de red propia del proveedor de servicios.
- Pediatría: Se coordina con el proveedor de servicios.
- Psiquiatría: Se coordina a través de red propia del proveedor de servicios.
- Neurología: Se coordina a través de red propia del proveedor de servicios.
- Gastroenterología: Se coordina a través de red propia del proveedor de servicios.

8.3. Servicio de ambulancia

En virtud de este servicio, el usuario podrá solicitar, en caso de una lesión o traumatismo que constituya una urgencia, el traslado hacia un centro médico más cercano dentro del

perímetro urbano, en una ambulancia básica la cual contará con una dotación básica (unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial) para dar atención oportuna y adecuada al usuario durante el desplazamiento y será tripulada por un auxiliar de enfermería, técnico o tecnólogo en atención prehospitalaria.

Este servicio deberá ser solicitado por el usuario únicamente mediante llamada telefónica a las líneas destinadas para tal efecto y se autorizará previa la realización de un triage médico telefónico, en el cual se determinará si el servicio es procedente dependiendo de la condición médica del paciente. En ningún caso se autorizará el traslado en ambulancia medicalizada, la cual NO está incluida en este beneficio.

Se aclara que este servicio será prestado directamente por una entidad debidamente habilitada para tal efecto. El servicio se prestará en el horario de domingo a domingo de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. El límite territorial será de 40 Km desde la ciudad principal y comprende un único trayecto. Este servicio no incluye horas de espera por lo tanto las horas de espera deben ser asumidas por el usuario.

8.4. Médico a domicilio

En caso de que el usuario presente una urgencia médica, a consecuencia de enfermedad, lesión súbita o traumatismo que no requiera ser tratada en un centro asistencial y que amerite la visita presencial de un profesional médico, el proveedor de servicios prestará el servicio de coordinación logística y monitoreo del envío de un proveedor de la red, con el fin de asistir al usuario en la comodidad de la residencia (inmueble registrado) dentro del ámbito territorial a nivel nacional, para un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una urgencia.

Este servicio deberá ser solicitado por el usuario únicamente mediante llamada telefónica a las líneas destinadas para tal efecto y se autorizará previa la realización de un triage médico telefónico, en el cual se determinará si el servicio es procedente dependiendo de la condición médica del paciente.

El usuario deberá cumplir con el protocolo de bioseguridad previamente informado por la línea de atención. El horario de atención será las 24 horas del día. Se aclara que este servicio será prestado directamente por una entidad debidamente habilitada para tal efecto.

8.5. Enfermera a domicilio para inyectología y curaciones básicas

En virtud de este servicio, el usuario podrá acceder a la coordinación logística y monitoreo del envío de una enfermera, con el fin de asistir al usuario en la comodidad de la residencia (inmueble registrado) dentro del ámbito territorial a nivel nacional, para la realización de procedimientos básicos como inyectología o curaciones básicas.

Para la prestación de este servicio el usuario debe contar con la orden médica en la que se precise el procedimiento a realizar por la enfermera. Este servicio no incluye medicamentos, los cuales deberán ser asumidos por el usuario. Este servicio deberá ser solicitado por el

usuario únicamente mediante llamada telefónica a las líneas destinadas para tal efecto y será prestado directamente por una entidad debidamente habilitada para tal efecto.

8.6. Coordinación y examen de mamografía / antígeno prostático

Para los exámenes de mamografía y antígeno prostático, el usuario debe solicitar previamente la valoración médica telefónica a través del proveedor de servicios, quienes darán autorización por escrito para que el usuario pueda solicitar el examen en una red aliada en el territorio nacional donde el proveedor cuente con sede.

Posterior a esta autorización, el usuario solicita telefónicamente el examen directamente con la red aliada. En virtud de esta asistencia el usuario podrá acceder a una tarifa preferencial para la realización de los exámenes de mamografía y antígeno prostático y se le reconocerá el costo de éstos hasta el monto límite.

Para el reembolso del valor de los exámenes hasta el monto límite, el usuario debe solicitarlo llamando al call center del proveedor de servicios, presentando como soporte la factura del examen, la orden emitida por el proveedor de servicios y diligenciando el formato de reembolso que será compartido por el call center en dicha llamada.

8.7. Orientación nutricional telefónica

En virtud de este beneficio, se pone al alcance del usuario el servicio de Orientación nutricional telefónica de un profesional de la salud, disponible en el horario de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes y sábados de 7:00 a.m. a 12:00 m, con una duración máxima de 30 minutos. Se aclara que bajo esta modalidad el profesional de la salud no realizará ninguna formulación, solicitud de imágenes diagnósticas ni emitir incapacidades. Se aclara que este servicio será prestado directamente por una entidad debidamente habilitada para tal efecto.

8.8. Orientación psicológica telefónica

En virtud de este beneficio, se pone al alcance del usuario el servicio de Orientación psicológica telefónica de un profesional de la salud -psicólogo-, disponible en el horario de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes y sábados de 7:00 a.m. a 12:00 m, con una duración máxima de 30 minutos. Se aclara que bajo esta modalidad el profesional de la salud no realizará ninguna formulación, solicitud de imágenes diagnósticas ni emitir incapacidades. Se aclara que este servicio será prestado directamente por una entidad debidamente habilitada para tal efecto.

8.9. Coordinación de citas con médicos generales o especialistas

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario, expertos en asistencias de orientación telefónica para la coordinación de cita presencial, de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm. La compañía y el proveedor de servicio no serán responsables del

diagnóstico o tratamiento que realice el especialista. Los costos de cita, medicamentos y tratamientos derivados de la misma serán cubiertos por el solicitante en su totalidad. La coordinación de consulta y/cita será dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes de la solicitud, dependiendo de la especialidad, disponibilidad y la ciudad donde se solicite el servicio para acceder a esta cobertura y el costo deberá ser cancelado por el usuario con anterioridad a la cita para su atención.

8.10. Cita presencial con especialistas: Dermatología, ginecología, oftalmología o pediatría

En virtud de este servicio el usuario podrá acceder a un auxilio económico hasta el monto máximo de cobertura, por el servicio a una cita presencial con los médicos especialistas en dermatología, ginecología, oftalmología o pediatría.

Para acceder a este servicio, el usuario debe llamar previamente al call center para solicitar autorización de servicio vía auxilio económico. Asimismo, una vez autorizado, el usuario debe solicitar el reembolso enviando documentos requeridos, factura y formato de reembolso.

8.11. Segunda opinión médica

En caso de que el usuario haya recibido un diagnóstico médico sobre su condición de salud, podrá acceder, para una segunda opinión de un médico general de una entidad debidamente habilitada por telemedicina u orientación médica telefónica, lo cual se realizará a través del proveedor de servicios.

8.12. Tutor académico virtual o telefónico

Limitado a solo refuerzo de temas donde el estudiante requiera acompañamiento. No se realizan tareas ni trabajos; solo se aclaran dudas del tema a tratar. Limitado a temas para estudiantes de primaria y bachillerato. Las asesorías académicas se deben solicitar con 48 horas de anterioridad y cuentan con una duración de 45 minutos. El estudiante siempre debe estar acompañado de un adulto.

8.13. Clase virtual de batidos saludables

El proveedor de servicios enviará videos cortos donde el usuario aprende cuál es la mejor forma para preparar batidos.

8.14. Clase virtual de cocina saludable

El proveedor de servicios enviará videos cortos con un chef donde el usuario encontrará recetas y consejos prácticos para la preparación de alimentos.

8.15. Urgencia odontológica

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario tele odontología donde un odontólogo general le brindará diagnóstico dental de la urgencia y podrá dar algún tratamiento para el manejo del dolor para posteriormente generar orden médica de manera presencial.

8.16. Orientación telefónica de un buen manejo de higiene oral

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario tele odontología donde un odontólogo general le brindará orientación sobre la Promoción y Prevención de la higiene oral.

SERVICIOS MÉDICOS AL ADULTO MAYOR

8.17. Mensajería pequeños paquetes / mensajería para recoger resultados de exámenes médicos

A solicitud del usuario mayor de 60 años, el proveedor de servicios se encargará de coordinar el envío de personal calificado para recoger los resultados de sus exámenes médicos. Se brindará únicamente el servicio de trayecto del laboratorio al domicilio del usuario. El servicio está sujeto a las condiciones y horario de entrega del laboratorio clínico para la entrega de los resultados los cuales deben ser suministrados por el usuario. Este servicio se prestará en la ciudad de residencia del usuario, a nivel nacional dentro del perímetro urbano. Este servicio debe ser coordinado con 24 horas de anterioridad.

8.18. Servicio de acompañamiento a cita médica

A solicitud del usuario o miembro del grupo familia mayor de 60 años lo requiera, a su solicitud el proveedor de servicios se encargará de coordinar el servicio de acompañamiento a citas médicas. Este servicio se prestará en la ciudad de residencia del usuario, dentro del perímetro urbano del ámbito territorial definido en el presente anexo. Este servicio debe ser coordinado con 48 horas de anterioridad, debe ser informado el servicio al cual va a asistir, la dirección de origen y la dirección de destino. Para cancelar el servicio programado, el usuario debe comunicarse con la línea de atención y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación, de lo contrario se tomará como servicio prestado. Este se prestará de lunes a viernes de 8 am - 5pm y los sábados de 8 am - 12 m. el proveedor de servicios asumirán los costos de desplazamiento y transporte. El servicio de acompañamiento no incluye cargar equipajes, maletas, tanques de oxígeno, etc. El servicio de acompañamiento no incluye ningún tipo de gestión médica, administración de medicamentos, primeros auxilios, curaciones, ni cuidados paliativos. No se presta el servicio a pacientes con trastornos psicológicos, ni episodios de agresividad.

8.19. Recordatorio de ingesta de medicamentos por medio de SMS o correo electrónico

El proveedor de servicios pone a disposición del usuario o miembros del grupo familiar mayores de 60 años, expertos en servicios de orientación telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año, cuando el usuario necesite que se le recuerde telefónicamente ingesta de medicamentos a su solicitud el proveedor de servicios armará el calendario de llamadas y se comunicará con el usuario para hacer el recordatorio.

Líneas de atención para solicitar los servicios

En caso de que el usuario requiera un servicio y antes de iniciar cualquier acción, deberá comunicarse vía telefónica para solicitar el servicio respectivo a las siguientes líneas de atención, las cuales estarán disponibles las 24 horas de los 365 días del año, línea nacional 018000968181.

Verificación y ejecución de los servicios

El proveedor de servicios verificará si el usuario tiene derecho a recibir el servicio solicitado, lo cual será informado al usuario.

En caso de que el usuario no tenga derecho al servicio solicitado, el proveedor de servicios no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación del servicio.

Procedimiento en caso de que el servicio solicitado supere el monto límite

Cuando el servicio requerido supere el monto límite, previamente a realizarlo se consultará con el usuario si acepta o no la ejecución de este. En caso negativo, el proveedor de servicios se abstendrá de realizar el servicio, en caso afirmativo el proveedor de servicios procederá con la realización del servicio y, el excedente será pagado de forma inmediata por el usuario con sus propios recursos de acuerdo con las indicaciones que le brinde el proveedor de servicios a través de los operadores de la atención de los servicios antes de su prestación.

9

Asistencia odontológica

Si en el momento de la compra el asegurado seleccionó la asistencia odontológica, Seguros de Vida Alfa S.A. pondrá a su disposición estos servicios de acuerdo con el plan seleccionado, los servicios se prestarán por terceros. Para hacer uso de los servicios podrá comunicarse con las líneas de atención al cliente.

9.1. Emergencias generales (dolor y trauma dental)

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado presente una urgencia odontológica, el proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente

Código de condicionado: 09/04/2025-1417-P-35-9305000930500000-0R000

Código de nota técnica: 09/04/2025-1417-NT-P-35-VP-S9305-2025-02-0R00

habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para realizar los tratamientos que requiera según el alcance del plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Examen clínico y diagnóstico de urgencia
- Urgencias - Odontalgia (alivio dolor, medicación)
- Pulpectomía (eliminación del nervio)
- Medicación intra conducto
- Tratamiento de Alveolitis
- Drenaje Absceso intraoral
- Operculectomía (remoción capuchón pericoronario)
- Tratamiento no quirúrgico pericoronitis (lavado-medicación)
- Curetaje radicular localizado (urgencia periodontal)
- Ferulización por luxación dental por trauma

9.2. Emergencias protésicas

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado presente una urgencia odontológica, siempre y cuando la misma se derive de una Rehabilitación Protésica. El proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para realizar los procedimientos necesarios para reparar de manera temporal la fractura o el desajuste de una prótesis dental fija o removible, según el alcance del plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Reparación de Prótesis en consultorio.
- Rebase de Prótesis (urgencia).
- Re-cementación temporal de coronas o provisionales.

Los procedimientos antes descritos se practicarán únicamente en el consultorio odontológico, en consecuencia, se negará la asistencia en los casos en que por situaciones particulares se requiera el traslado a otro sitio. Esta asistencia no cubre reparaciones que requieran laboratorio.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores

9.3. Radiología

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado requiera realizarse una radiografía dental, para lo cual, el proveedor de servicios coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para que le realicen la toma de la radiografía dental en cualquiera de las modalidades descritas en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Radiografía periapical (pieza sintomática).
- Radiografía coronal (pieza sintomática).
- Radiografía panorámica.

Se considera solo 1 radiografía periapical o coronal para la pieza afectada.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

9.4. Promoción y prevención

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para la realización de procedimientos enfocados en prevenir las enfermedades orales y promover el autocuidado de la salud oral, los cuales están descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

Para Adultos

- Diagnóstico.
- Limpieza dental profesional (remoción de cálculos + profilaxis).
- Aplicación flúor en gel o barniz.

Para Niños

- Instrucción en higiene oral.
- Profilaxis para niños (limpieza dental profesional).
- Sellantes en molares (menores de 12 años).
- Aplicación flúor en gel o barniz (menores 15 años).

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 30 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

9.5. Restauración

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado presente una urgencia odontológica, que requiera un procedimiento de restauración dental.

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para realizar los tratamientos descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Resina de foto curado 1 a 2 superficies
- Resina de foto curado 3 a 4 superficies
- Resina o ionómero para cuello (lesión cervical)

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 30 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

9.6. Cirugía

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado requiera realizarse un procedimiento de exodoncia como consecuencia de una urgencia odontológica.

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para que le realicen cualquiera de los procedimientos descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Exodoncia simple.
- Exodoncia compleja.
- Exodoncia de cordales erupcionadas.

Importante: en caso de que se requiera sedación del asegurado, únicamente se procederá con el tratamiento, siempre y cuando el asegurado asuma los gastos que se generen por la sedación.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores. El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 30 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

9.7. Endodoncia

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado requiera de un diagnóstico y tratamiento de una enfermedad del canal radicular (nervio dental), siempre y cuando esté asociada a patología pulpar, que en todo caso sean consecuencia de una urgencia odontológica.

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para que le realicen cualquiera de los procedimientos descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Endodoncia mono radicular.
- Endodoncia bi radicular.
- Endodoncia multi radicular.
- Desobturación para repetir tratamientos.
- Blanqueamiento dental (interno) por causas endodónticas.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 30 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

9.8. Odontopediatría

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para la realización de procedimientos en la promoción de la salud y las buenas prácticas de higiene oral en los niños, así como, los tratamientos necesarios para manejo de caries, endodoncias y exodoncias a causa de una urgencia odontológica, todos los cuales están descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Adaptación por sesión.
- Exodoncia diente temporal.
- Resina en dientes temporales.
- Restauración en ionómero de dientes temporales.
- Pulpotomía diente temporal.
- Endodoncia en diente temporal anterior o posterior.
- Corona en resina diente temporal (forma plástica).

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 30 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza. Y 120 días para la corona en resina diente temporal.

9.9. Ortodoncia (de 12 años en adelante)

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para la realización de los procedimientos relacionados con el tratamiento de ortodoncia, únicamente en pacientes de 12 años en adelante, procedimientos que están descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

- Consulta por especialista (diagnóstico y plan de tratamiento).
- Paquete diagnóstico ortodoncia (incluye RX panorámica, RX perfil, 8 fotos, cefalometría básica, modelos de estudio).
- Retenedores al finalizar tratamiento.

En el desarrollo de los procedimientos cubiertos en esta asistencia, se deben tener en cuentas las siguientes advertencias:

- Para acceder a este beneficio el asegurado deberá aprobar el examen clínico y radiográfico realizado por el especialista en ortodoncia adscrito a la red de proveedores del proveedor de servicios, en el cual certifique que es apto para iniciar ortodoncia. La autorización para el inicio de este tratamiento deberá ser avalada por el proveedor de servicios.
- Los costos derivados de controles adicionales a los otorgados, reparaciones de brackets adicionales a las contempladas, tracción quirúrgica o aparatos adicionales como placas levantadoras de mordida o cualquier otro aditamento diferente, no están

cubiertos, por lo cual, el asegurado deberá asumir y pagar directamente al prestador el costo de estos.

- No se cubrirán controles de ortodoncia.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 180 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

9.10. Estética dental

Esta asistencia opera en caso de que el asegurado requiera realizarse un procedimiento de blanqueamiento dental, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza, para lo cual, el proveedor de servicios coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para que le realice el blanqueamiento dental para aclarar el tono o color de los dientes, el cual se desarrollará en consultorio, con un procedimiento de blanqueamiento en un máximo de 3 sesiones.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 90 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

9.11. Rehabilitación oral: coronas / prótesis fija

En desarrollo de esta asistencia, el proveedor de servicios, a solicitud del asegurado, coordinará con una entidad debidamente habilitada y adscrita a su red de proveedores, la atención del asegurado para la realización de los procedimientos relacionados con la rehabilitación oral coronas / prótesis fija, siempre y cuando, el odontólogo o profesional especialista de la red de proveedores lo estime necesario, procedimientos que están descritos en este documento, según el plan seleccionado por el asegurado al momento de suscribir la póliza:

Las coronas fijas son restauraciones que reemplazan la totalidad de la estructura coronal perdida a consecuencia de caries o fracturas. Esta modalidad incluye los siguientes tratamientos:

- Corona temporal de acrílico.
- Corona metal porcelana.
- Corona entera porcelana.

Se considera 1 corona por vigencia anual, la cual puede ser acrílica, metal o entera porcelana.

Adicionalmente, para la procedencia de cualquiera de los tratamientos, se requiere de la indicación expresa por parte del odontólogo de que la raíz y hueso circundantes son aptos para la rehabilitación.

Están excluidas las coronas enteras en porcelana, zirconio, proclera o emax, coronas sobre implante y otros procedimientos de mayor complejidad o reemplazos.

La información sobre fecha y hora de la cita será comunicada al asegurado vía llamada y/o correo electrónico que en todo caso estará sujeto a la disponibilidad de la red de proveedores.

El asegurado tendrá derecho a esta asistencia, siempre y cuando, hayan transcurrido 120 días calendario después de iniciar la vigencia de la póliza.

Beneficios adicionales.

- Cobertura del plan con aliados en varios países
- Reembolso internacional por gastos odontológicos hasta 300 USD
- Descuentos en tratamientos no cubiertos
- Atención telefónica 24/7
- Orientación telefónica para aclaración de dudas sobre tratamientos

Alcance y definición de reembolso

Se entiende por reembolso el pago que se realizará al asegurado en caso de que no se puedan prestar las coberturas a través de la red de proveedores.

El reembolso aplica bajo las siguientes condiciones:

- a. Que el servicio sea requerido en una ciudad fuera del alcance de la cobertura.
- b. Que el valor de los servicios a reembolsar sea igual o inferior al límite de cobertura, el valor en exceso será asumido directamente por el asegurado.
- c. Que el servicio requerido haya sido autorizado previamente por el proveedor de servicios, para estos efectos el asegurado deberá: i) comunicarse con el proveedor de servicios vía telefónica, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia e informar el nombre del asegurado, número de identificación, el lugar donde requiere la asistencia, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa; ii) el proveedor de servicios informará al asegurado si otorga la autorización, para lo cual le dará un código de autorización, se advierte que sin el código de autorización el asegurado no podrá gestionar la realización del servicio que requiere por parte de un tercero.

Procedimiento para el reembolso

Para solicitar el reembolso el asegurado deberá contar con el código de autorización

Código de condicionado: 09/04/2025-1417-P-35-9305000930500000-0R000

Código de nota técnica: 09/04/2025-1417-NT-P-35-VP-S9305-2025-02-0R00

indicado en las condiciones para el reembolso, y remitir las facturas de los gastos incurridos al correo electrónico que le sea informada por el proveedor de servicios.

En ningún caso el proveedor de servicios realizará un reembolso sin que el asegurado haya remitido los documentos soporte, los cuales, en caso de que aplique, deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

Líneas de atención para solicitar las coberturas

En caso de que el asegurado requiera una asistencia y antes de iniciar cualquier acción, deberá comunicarse vía telefónica para solicitar la asistencia respectiva a la siguiente línea de atención, las cuales estarán disponibles las 24 horas de los 365 días del año a la línea nacional 018000968181.

Verificación y ejecución de las coberturas

El proveedor de servicios verificará si el asegurado tiene derecho a recibir la asistencia solicitada, lo cual será informado al asegurado. En caso de que el asegurado tenga derecho a la asistencia solicitada, el proveedor de servicios prestará la asistencia de conformidad con los términos y condiciones descritos en las secciones anteriores.

En caso de que el asegurado, no tenga derecho a la asistencia solicitada, el proveedor de servicios no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de la asistencia.

Procedimiento en caso de que la asistencia solicitada supere el límite de cobertura

Cuando la asistencia requerida supere el límite de cobertura, previamente a realizarlo se consultará con el asegurado si acepta o no la ejecución de este. En caso negativo, el proveedor de servicios se abstendrá de realizar la asistencia, en caso afirmativo el proveedor de servicios procederá con la realización de la asistencia y, el excedente será pagado de forma inmediata por el asegurado con sus propios recursos de acuerdo con las indicaciones que le brinde el proveedor de servicios a través su prestador de asistencia.

Detalle asistencias odontológicas de acuerdo con el plan seleccionado

A continuación, se presenta el detalle de las asistencias, condiciones y periodos de carencia, los servicios serán prestados según el plan contratado en el momento de la compra por parte del asegurado.

Detalle de asistencia	Plan Diamante			Plan Élite			Plan Premium			Plan Gold			Plan Pro		
	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición
Emergencias generales (dolor y trauma dental)															
Examen clínico y diagnóstico de urgencia	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Urgencias - Odontalgia (alivio dolor, medicación)	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Pulpectomía (eliminación del nervio)	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Medicación intra-conducto	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Tratamiento de Alveolitis	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Drenaje Absceso intraoral	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Operculectomía (remoción capuchón pericoronario)	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Tratamiento no quirúrgico pericoronitis (lavado-medicación)	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Curetaje radicular localizado (urgencia periodontal)	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Ferulización por luxación dental por trauma	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado
Emergencias Protésicas															
Reparación Prótesis en consultorio	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado

Detalle de asistencia	Plan Diamante			Plan Élite			Plan Premium			Plan Gold			Plan Pro			
	Servicios	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición
Rebase Prótesis (urgencia)	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	
Re-cementación temporal coronas o provisionales	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	0	100%	Urgencia - Ilimitado	
Radiología																
Radiografía periapical (pieza sintomática)	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Urgencia - Ilimitado	
Radiografía Coronal (pieza sintomática)	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Urgencia - Ilimitado	
Radiografía periapical	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Afección	0	100%	Urgencia - Ilimitado	
Radiografía Panorámica	0	100%	1 por vigencia anual	0	100%	1 por vigencia anual	0	100%	1 por vigencia anual	0	100%	1 por vigencia anual				
Promoción y Prevención																
Examen Clínico, Diagnóstico y Plan de Tratamiento	30	100%	ilimitado	30	100%	ilimitado	30	100%	ilimitado	30	100%	ilimitado	30	100%	ilimitado	
Instrucción en higiene oral (niños)	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	
Control de placa bacteriana (niños)	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	
Limpieza dental profesional (remoción de cálculos + profilaxis)	30	100%	cada 6 meses	30	\$33000	cada 6 meses	30	\$33000	cada 6 meses	30	\$33000	cada 6 meses	30	\$35000	cada 6 meses	
Aplicación flúor en gel o barniz	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	
Restauración																
Resina de foto curado 1 a 4 superficies	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	100%	Dos (2) / Año Urgencia	
Resina o ionómero para cuello (lesión cervical)	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	\$33000	Urgencia-Ilimitado	30	100%	Dos (2) / Año Urgencia	
CIRUGÍA: No aplica sedación para ningún tratamiento																
Exodoncia simple	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	
Exodoncia compleja	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	

Detalle de asistencia	Plan Diamante			Plan Élite			Plan Premium			Plan Gold			Plan Pro			
	Servicios	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición
Endodoncia																
Endodoncia diente anterior, premolar o molar	30	100%	Dos (2) por vigencia anual. Urgencia	30	80%	Dos (2) por vigencia anual. Urgencia	30	80%	Dos (2) por vigencia anual. Urgencia	30	80%	Dos (2) por vigencia anual. Urgencia	30	100%	Una (1) por vigencia anual. Urgencia	
Des obturación para repetir tratamientos	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado				
Blanqueamiento dental (interno) por causas endodónticas	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado	30	80%	Urgencia - Ilimitado				
Odontopediatría																
Adaptación por sesión	30	100%	1 única vez	30	100%	1 única vez	30	100%	1 única vez	30	100%	1 única vez	30	100%	1 única vez	
Profilaxis para niños (limpieza dental profesional)	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	
Sellantes (Molares menores de 12 años)	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	30	100%	cada 6 meses	
Exodoncia diente temporal	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	
Resina en dientes temporales	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	\$33000	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	
Restauración en ionómero dientes temporales	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	
Pulpotomía diente temporal	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	
Endodoncia en diente temporal anterior o posterior	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado	30	100%	Urgencia - Ilimitado				
Corona en resina diente temporal (forma plástica)	120	100%	Afección - Ilimitado	30	100%	Afección - Ilimitado										
Ortodoncia (de 12 años en adelante)																
Consulta por especialista (diagnóstico y plan de tratamiento)	180	100%	Afección	180	80%	Afección										
Paquete Diagnóstico Ortodoncia (Incluye Rx panorámica, Rx perfil, 8 fotos, cefalometría básica, modelos de estudio)	180	100%	1 única vez	180	80%	1 única vez										
Estética dental																

Detalle de asistencia	Plan Diamante			Plan Élite			Plan Premium			Plan Gold			Plan Pro		
	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición	Carencia	Beneficio	Condición
Sesión de blanqueamiento en consultorio (máximo 3 sesiones)	90	80%	1 vez por vigencia anual	90	80%	1 vez por vigencia anual	90	80%	1 vez por vigencia anual	90	50%	1 vez por vigencia anual			
Rehabilitación oral															
Corona temporal de acrílico	120	60%	Afección - Ilimitado	120	50%	Afección - Ilimitado									
Corona metal porcelana	120	60%	Afección - Ilimitado	120	50%	Afección - Ilimitado									
Corona entera porcelana	120	60%	Afección - 2 por Vigencia anual	120	50%	Afección - 2 por Vigencia anual									