

CONTENIDO MÍNIMO DE LA INFORMACIÓN PARA CADA PRODUCTO

LIBERTY LIFE – POLIZA DE SEGURO DE VIDA EN DOLARES CON AHORRO Y PARTICIPACION DE UTILIDADES

1. CONDICIONES, PLAZOS Y REQUISITOS MÍNIMOS PARA ACCEDER A LOS PRODUCTOS

REQUISITOS OBLIGATORIOS DE ASEGURABILIDAD

En función de la edad y de los valores solicitados, serán obligatorios previo a la suscripción los exámenes determinados en las tablas adjuntas.

Si se requiere algún examen médico adicional a los establecidos en la tabla de requisitos, su costo correrá por cuenta del solicitante.

Monto (USD) / Edad (Años)	Hasta 40	De 41 a 50	De 51 a 60	De 61 a 70
Hasta USD 40.000	1	1	1	2
De USD 40.001 a USD 60.000	1	1	2	3
De USD 60.001 a USD 100.000	1	3	4	5
De USD 100.001 a USD150.000	4	4	5	5
De USD 150.001 en adelante	5	5	5	5

1. Solicitud de Seguro y Declaración de Asegurabilidad
2. 1 más Examen Médico de Asegurabilidad
3. 2 más Parcial de orina
4. 3 más Electrocardiograma
5. 4 más Cuadro Hemático, Triglicéridos, Colesterol Total y fracciones, Glicemia, Ácido Úrico, Creatinina, Transaminasas (TGO y TGP)

▪ **RX del Tórax (Anteroposterior y Lateral)**

A criterio del médico examinador, se puede solicitar en grandes fumadores, pacientes con antecedentes de asma, epoc, sospecha de enfermedad pulmonar o de hipertrofia cardiaca. Costos por cuenta de la compañía.

▪ **Prueba ELISA – HIV**

Se requiere para toda solicitud con un valor asegurado mayor a USD100.000

No aplica para solicitantes mayores de 60 años.

- **A.P.E.**

Debe pedirse para todo solicitante que cumpla **con las tres** siguientes características:

- a. Solicitante mayor de 50 años
 - b. Solicitud de USD40.000 ó más
 - c. Antecedente familiar positivo para cáncer de próstata
- Toda solicitud cuyo asegurado tenga un IMC mayor a 30 debe cumplir con examen médico y parcial de orina.

2. DURACION DEL CONTRATO

- El producto Liberty Life es un seguro en dólares que brinda cobertura por periodo de 10 años.
- Cuenta con la opción de actualización anual de su valor asegurado tomando como base el valor alcanzado en cada aniversario.
- La prima de este seguro se mantendrá nivelada por cada periodo de 10 años.

3. TERMINO PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS

El pago de la suma asegurada será efectuado por la Compañía dentro del mes siguiente a la fecha en que se haya comprobado el derecho del reclamante o beneficiario.

Sin embargo en el Código de Comercio Colombiano en su artículo **1081 "PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES"**, establece los términos en las prescripciones ordinarias y extraordinarias.

NOTA: Es recomendable que el aviso del siniestro se realice en el menor tiempo posible, de esta forma el asegurado no se expone a que se cumplan los tiempos límites para el derecho de la indemnización.

4. PLAZOS ESTABLECIDOS PARA LA RENOVACION DEL SEGURO

Este seguro es renovable automáticamente.



Mientras esta póliza esté en vigor en la fecha de su terminación, o en cualquier fecha de terminación establecida posteriormente y, si en tal fecha la edad alcanzada por el asegurado no excede de 70 años, esta póliza podrá ser renovada automáticamente, sin requisitos adicionales de asegurabilidad. La última renovación de esta póliza por un período de 10 años será en el aniversario más próximo a aquel cuando el asegurado cumpla los 70 años

En caso de que el asegurado no efectúe el pago de las primas de protección respectivas (incluyendo las de los anexos contratados con esta póliza, si los hay) antes de la fecha estipulada para el pago de las primas, o durante el período de gracia, tal valor será deducido del valor de cesión con que cuente el asegurado en el Fondo de Participación de Utilidades.

En caso de que el valor de cesión disponible no alcance para sufragar una anualidad completa, tal valor de cesión se destinará a pagar la parte del período proporcional de la prima de riesgo que alcance, hasta agotar el correspondiente valor de cesión. Es decir, se adquiere un seguro a prorrata por el tiempo que alcance con el valor de cesión disponible. Una vez agotado el valor de cesión a que hubiere lugar, y concluido el período del seguro a prorrata adquirido con dicho valor, la póliza se cancelará automáticamente.

5. PRORROGA

Entendida la prórroga, como una extensión al plazo máximo señalado, antes que expire el contrato de seguros.

Esta figura no es aplicable en el presente producto

6. TERMINACION / REVOCACION / CANCELACION DE LOS PRODUCTO O SERVICIOS

TERMINACION DEL CONTRATO

De forma general el seguro terminará por las siguientes causas

- a. Por el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento.*
- b. Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia o el plazo contractual.*
- c. En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad.*
- d. Con la muerte del asegurado.*

En forma particular los amparos opcionales finalizarán también por las siguientes causas:

INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE, DESMEMBRACION E INHABILITACION ACCIDENTAL

- a. Cuando Liberty Seguros de Vida S.A. haya pagado la totalidad del valor asegurado.*



- b. Cuando el Seguro de Vida se convierta en Seguro Saldado o Prorrogado.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

- a. Cuando Liberty Seguros de Vida S.A. haya pagado la totalidad del valor asegurado.
- b. Cuando el Seguro de Vida se convierta en Seguro Saldado o Prorrogado.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

- a. Cuando el seguro de Vida se convierta en Seguro Saldado o prorrogado.
- b. A partir del momento en que el asegurado se domicilie fuera de Colombia
- c. Cuando la compañía no renueve el presente anexo.

REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El presente Contrato de Seguro de Vida podrá ser revocado por el Asegurado en cualquier momento, en cuyo caso se procederá a la devolución de los valores de cesión que tenga acreditado en dicha fecha en el Fondo.

REVOCAACION AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

Este amparo quedará revocado en los siguientes casos:

- a) Cuando el asegurado expresamente lo solicite por escrito.
- b) Sin perjuicio de los derechos del Asegurado, por razón de accidentes ya ocurridos o enfermedades ya diagnosticadas, LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. podrá en cualquier tiempo dar por terminado este amparo, mediante aviso escrito al Asegurado con diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha de envío. La Compañía devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

Parágrafo: El hecho de que LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. reciba una o más primas después de la fecha de revocación no la obliga a conceder los beneficios aquí estipulados ni anula tal revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

7. TERMINOS DE RESPUESTA A SOLICITUDES DE PRODUCTOS O SERVICIOS

De acuerdo con lo definido en el Código de Comercio Colombiano en su artículo 1046. **“PRUEBA DEL CONTRATO DE SEGURO – PÓLIZA”:** El contrato de seguro se probará por escrito o por confesión.

Con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

La Superintendencia Bancaria señalará los ramos y la clase de contratos que se redacten en idioma extranjero.

PARÁGRAFO. El asegurador está también obligado a librar a petición y a costa del tomador, del asegurado o del beneficiario duplicados o copias de la póliza.

8. PROCEDIMIENTO PARA LA CELEBRACION Y TERMINACION DE LOS CONTRATOS

1. El cliente, solicita la cotización del seguro a través de los medios habilitados por la compañía, como son:
 - a. Intermediario / Corredor de Seguros
2. Evalúa las condiciones ofrecidas
3. En caso de aceptar las condiciones, debe anexar los siguientes documentos:
 - ✓ Solicitud de Seguro y declaración de asegurabilidad
 - ✓ Documento de Identidad del Asegurado Principal y tomador si es diferente al asegurado
 - ✓ SARLAFT del tomador
 - ✓ Cámara de Comercio (si el tomador es persona jurídica)
 - ✓ Requisitos médicos en caso de que sean necesarios.
4. Una vez recibidos los documentos la oficina procederá a la expedición de la póliza, la cual contiene las condiciones del contrato de seguro.

NOTA: Es importante que al recibir la póliza de seguro, revise de forma detallada, ya que este documento contiene las características del tipo de seguro a contratar, coberturas, vigencia del contrato, beneficiarios, forma de pago, prima a pagar.

TERMINACION DEL CONTRATO

A SOLICITUD DEL CLIENTE

1. El cliente envía comunicación manifestando su intención de terminar el contrato. Si el beneficiario es una entidad financiera, debe presentar paz y salvo de dicha entidad
2. La oficina recibe la comunicación y procede a la terminación de la póliza

9. COBERTURAS BASICAS CON EXCLUSIONES

- **Amparo basico de vida**
- **Exoneracion de pago de primas por incapacidad total y permanente**
- ***Amparo opcional de incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente***
- **Amparo opcional de indemnización por muerte, desmembración e inhabilitación accidental**
- **Amparo opcional de gastos médicos por accidente**
- **Amparo opcional de renta diaria por hospitalizacion**
- ***Amparo opcional de gastos médicos por enfermedades graves***

EXCLUSIONES DE LA POLIZA

AMPARO BASICO DE VIDA

- La muerte de asegurado originada por el suicidio o intento de suicidio consciente o inconscientemente, siempre que este ocurra dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha de expedición de la póliza, la cual esta determinada en la caratula de la misma, tampoco habrá lugar a la cobertura determinada en el amparo, si suicidio del asegurado ocurre dentro de los dos años siguientes desde la fecha de rehabilitación o desde la fecha de expedición del anexo de la póliza a través del cual se incrementa el valor asegurado
- Enfermedades, Lesiones, Defectos físicos o limitaciones sufridas por asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad al inicio de vigencia de este amparo

Notas:

- a. La Compañía sólo pagará el importe de la Reserva Matemática que corresponde a las primas recibidas sin intereses, más el valor de cesión alcanzado en el Fondo de Participación de Utilidades.
- b. Transcurrido el período de dos años arriba mencionado, en caso de que la muerte del asegurado se produzca por suicidio, la Compañía pagará todos los beneficios de la póliza.

EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Las incapacidades sufridas como consecuencia de lesiones causadas así mismo por el asegurado, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Las incapacidades sufridas por el asegurado como consecuencia de su participación en actos de guerra civil o internacional, motines, actos de rebelión, sedición o asonada, actos terroristas o,
- En general, los provenientes de la participación voluntaria del asegurado en duelos, riñas o peleas.
- Incapacidades sufridas por el asegurado como consecuencia de su participación en deportes de alto riesgo, tales como automovilismo, kartismo, vuelo delta, etc.

- Lesiones causadas cuando el asegurado se encuentre viajando como pasajero, piloto o tripulante en aviones privados.
- Afecciones, defectos o enfermedades congénitas.
- Incapacidades sufridas por el asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o de enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad al inicio de vigencia de este Amparo.

AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

No se indemnizará la incapacidad total y permanente a consecuencia de:

- Los accidentes causados en actos de guerra declarada o no, conmoción civil, revueltas populares y motines; los ocurridos durante el servicio en las fuerzas armadas o de policía; los accidentes que sobrevengan de lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.
- El suicidio o tentativa de suicidio, o las lesiones infligidas así mismo, estando o no en uso normal de sus facultades mentales.
- Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas.
- Lesiones causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de la derivadas del hurto en cualquier vía o lugar público.
- Las lesiones o muerte causadas cuando el asegurado se encuentre viajando como pasajero, piloto o tripulante en aviones privados.
- Afecciones, defectos o enfermedades congénitas.

AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE, DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

Este amparo opcional no cubre pérdida alguna, incluyendo la de la vida, cuando sea a consecuencia de:

- Los accidentes causados en actos de guerra Declarada o no, conmoción civil, revueltas Populares y motines; los ocurridos durante El servicio en las fuerzas armadas, navales, Aereas o de policía.
- El suicidio o tentativa de suicidio, o las Lesiones infligidas así mismo, estando o no en Uso normal de sus facultades mentales.
- Los accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe en competencias de Velocidad o habilidad o practique deportes de Alto riesgo, o como conductor o pasajero en Motos.
- Lesiones o muerte causadas intencionalmente Por otra persona, con excepción de las Derivadas del hurto en cualquier vía o lugar Público, las cuales estarán cubiertas, así Como de los accidentes de tránsito.
- Las lesiones o muerte causadas cuando el Asegurado se encuentre viajando como Pasajero, piloto o tripulante en aviones Privados.
- Los accidentes causados por violación por Parte del asegurado de cualquier norma Legal.

- Accidentes que ocurran como consecuencia de que el asegurado se encuentre bajo la Influencia de bebidas embriagantes o de Sustancias que por su propia naturaleza Produzcan dependencia física o síquica, a Menos que el asegurado no se haya colocado Voluntariamente en el mencionado estado.
- El servicio en las fuerzas armadas o de policía;
- Los accidentes que sobrevengan de lesiones Inmediatas o tardías causadas por energía Atómica.

NOTA: Para mayor entendimiento del anterior amparo se define “ACCIDNETE”

Para los efectos de esta Póliza, se entiende por accidente todo suceso externo, violento, imprevisto y repentino, que produzca pérdida, lesión orgánica o perturbación funcional de las establecidas por el en presente amparo opcional, que no hayan sido provocadas deliberadamente o por culpa grave del Asegurado, y que no constituya uno de los hechos previstos como exclusión.

AMPARO OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

No se indemnizarán los gastos médicos por accidente a consecuencia de:

- Los accidentes causados en actos de guerra declarada o no, conmoción civil, revueltas populares y motines; los ocurridos durante el servicio en las fuerzas armadas o de policía.
- El suicidio o tentativa de suicidio, o las lesiones infligidas así mismo, estando o no en uso normal de sus facultades mentales.
- Los accidentes que ocurran cuando el asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad o cuando el asegurado sea conductor o pasajero de motocicletas o motonetas o practique deportes de alto riesgo, tales como automovilismo, paracaidismo, parapente, etc.
- Lesiones o muerte causadas intencionalmente por otra persona, con excepción de las derivadas del hurto en cualquier vía o lugar público.
- Las lesiones o muerte causadas cuando el asegurado se encuentre viajando como pasajero, piloto o tripulante en aviones privados.
- Accidentes que ocurran como consecuencia de que el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de sustancias que por su propia naturaleza produzcan dependencia física o síquica, a menos que el asegurado no se haya colocado voluntariamente en el mencionado estado. Los accidentes causados por violación por parte del asegurado de cualquier norma legal.
- Los accidentes que sobrevengan de lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.

AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Todos los internamientos hospitalarios ocasionados directa o indirectamente por cualquiera de las causas enumeradas a continuación, quedan excluidos expresamente de este amparo opcional y por lo tanto Liberty no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos.

- *Patologías o afecciones diagnosticadas, manifiestas o preexistentes con anterioridad a la fecha de suscripción de este contrato, o a la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas. Cuando la patología principal sea preexistente quedarán además excluidas todas aquellas otras patologías relacionadas con ella. Tampoco se cubren las enfermedades o afecciones congénitas.*
- *Cirugía estética para fines de embellecimiento.*
- *Cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sean consecuencia directa de enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de esta póliza y amparados por la misma.*
- *Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, médicos o quirúrgicos por demencia, enfermedades mentales, curas de reposo, drogadicción o alcoholismo y lesiones debidas a locura o estados de demencia.*
- *Tratamientos o procedimientos relacionados con fertilidad o esterilidad.*
- *Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil.*
- *Lesiones autoinfligidas intencionalmente durante los primeros tres (3) años de cobertura. Actos del asegurado en violación de las leyes como participación activa en actos terroristas.*
- *Conducción de un vehículo en estado de ebriedad o bajo el efecto de drogas ilegales.*
- *Uso de aeronaves, excepto que sea vuelo comercial con tiquete pagado.*
- *Exámenes médicos de rutina, tratamiento de obesidad, adelgazamiento y abortos provocados intencionalmente.*
- *Enfermedades transmitidas por vía sexual.*
- *Enfermedades hereditarias.*
- *Lesiones causadas directa o indirectamente por: terremoto, temblor de tierra, erupciones volcánicas, tifón, huracán, tornado, ciclón, u otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.*
- *Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la práctica de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, laderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.*

NOTA IMPORTANTE

La descripción aquí realizada no reemplaza ni complementa las exclusiones definidas en el condicionado general de la póliza.

AMPARO OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES GRAVES

Todos los gastos ocasionados directa o indirectamente por una cualquiera de las causas enumeradas a continuación, quedan excluidos expresamente de este amparo opcional y por lo tanto liberty no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos:

- *Las patologías o afecciones diagnosticadas, manifiestas o preexistentes con anterioridad a la fecha de suscripción de este contrato, o a la fecha de ingreso de cada asegurado. Cuando la patología principal sea preexistente quedarán además excluidas todas aquellas otras patologías relacionadas con ella.*

- Lesiones o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelion, revolucion, asonada, motin o conmocion civil.
- Lesiones causadas directa o indirectamente por: terremoto, temblor de tierra, erupciones volcanicas, tifon, huracan, tornado, ciclon, u otra convulsion de la naturaleza o perturbacion atmosferica.
- Lesiones, accidentes o cualquier enfermedad derivada de la practica de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, laderismo, motociclismo, automovilismo, aviacion no comercial, montañismo y otros similares.
- Cancer in-situ del cuello uterino. Canceres de la piel, con excepcion del melanoma maligno. Tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, sida.
- Enfermedades de las coronarias con excepcion de la angioplastia de globo, o cualquier otra tecnica que no requiera de cirugia.
- Lesiones o padecimientos causados asi mismo por la persona asegurada o por un tercero con su consentimiento.
- Lesiones o padecimientos causados por radiacion, reaccion atomica o contaminacion radioactiva.
- Lesiones o padecimientos causados por venenos, inhalacion de gases o vapores venenosos.
- Enfermedades resultado de un trasplante de organo o de tejido que no este cubierto bajo esta poliza.
- Enfermedades o afecciones congenitas, manifiestas o no con anterioridad a la suscripcion de este seguro.
- Los tratamientos o procedimientos de tipo optativo, o de tipo experimental.
- Los servicios proporcionados antes o despues del periodo de vigencia de esta poliza, o durante el periodo de espera.
- Los servicios de cualquier tipo suministrados por un pariente cercano.
- Tratamientos o servicios proporcionados con relacion con, o como resultado de cualquier enfermedad que sea secundaria al, u originada por el sida, o por cualquier tratamiento proporcionado por el sida, incluyendo la enfermedad conocida como sarcoma de kaposi.
- Tratamientos o servicios proporcionados en relacion con, o como resultado de desordenes mentales, emocionales o nerviosos, alcoholismo, abuso o adiccion a drogas o sustancias estupefacientes.
- Aquellos cargos que excedan los gastos medicos razonables y acostumbrados; o que no sean medicamente necesarios, o los cuales no hubiesen sido suministrados de no existir el seguro.
- Los gastos incurridos en medicinas que no hayan sido formuladas por el medico tratante.
- Los gastos incurridos por la compra o renta de sillas de ruedas, camas especiales, y cualquier otro tipo de articulos o equipos similares, salvo cuando sean requeridos por una incapacidad permanente.
- Los gastos ocasionados por cualquier tipo de transplante de organos o tejidos, cuando la persona sea donante.
- Los gastos ocasionados por cualquier tipo de cirugia estetica o reconstructiva, aun cuando la lesion o la deformacion que requiere dicho tratamiento o cirugia estetica o reconstructiva haya sido originada por una enfermedad cubierta por la poliza, se exceptua la cirugia reconstructiva como resultado del cancer y la originada por un politraumatismo.
- Honorarios profesionales o gastos provenientes de tratamientos con medicina bioenergetica, de homeopatia y cualquier otra clase de medicina alternativa, no reconocida por la asociacion colombiana de facultades de medicina.

LIMITES DE EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

	<i>Edad Máxima de Ingreso</i>	<i>Edad Máxima de Permanencia</i>
<i>Amparo Básico</i>	69	80
<i>Amparos Adicionales</i>	59	70

10. VALOR QUE SERA TENIDO ENCUENTA EN LA INDEMNIZACION

El pago de la suma asegurada será efectuado por la Compañía dentro del mes siguiente a la fecha en que se haya comprobado el derecho del reclamante o beneficiario.

Teniendo en cuenta que la suma asegurada está expresada en dólares de los Estados Unidos de América, Liberty Seguros de Vida S.A. pagará en su equivalente en pesos Colombianos, liquidada a la tasa de cambio vigente al momento del pago, tomando como base la Tasa Representativa de Mercado (TRM) que publica el Banco de la República.

11. CARGOS ADICIONALES POR BENEFICIOS

Los beneficios ofrecidos en la póliza no tienen costos adicionales que deban ser asumidos por el tomador, asegurado o beneficiarios de la póliza.

12. PAGO DE LA INDEMNIZACION

Para acreditar el derecho a la indemnización los beneficiarios presentarán a la Compañía la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, acompañada de los documentos que se indican a continuación, según cada amparo contratado:

AMAPRO BASICO DE VIDA

- Formulario de reclamación y el original de la póliza
- Registro civil de defunción
- Registro civil de nacimiento del asegurado
- Certificado médico de defunción
- Historia clínica de los Médicos o entidades hospitalarias que atendieron al Asegurado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía de los beneficiarios mayores de edad.
- Registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
- Prueba de la condición de representante legal o curador de los beneficiarios menores de edad.

- Certificación del monto de la deuda si el beneficiario es un acreedor.
- En caso de muerte accidental o violenta, se requiere adicionalmente:
- Acta de levantamiento del cadáver
- Certificado de Necropsia
- Certificado de Fiscalía.

AMPARO OPCIONAL DE EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Formulario de reclamación en el que consten la causa y naturaleza del hecho que produjo la incapacidad Total y Permanente.
- Historia Clínica completa y certificación médica en la que el facultativo que atendió al asegurado califica el estado de salud del mismo.
- Documento de Identidad del Asegurado
- Declaratoria de Incapacidad expedida por la junta médica regional o nacional de invalidez.

Aún cuando Liberty Seguros de Vida S.A. haya aceptado como satisfactorias las pruebas de la incapacidad presentadas por el Asegurado, podrá exigir en cada aniversario de la póliza pruebas a satisfacción sobre la persistencia de la incapacidad.

Si estas no fueren presentadas o si el asegurado se hubiere restablecido en forma tal que pueda dedicarse a alguna ocupación lucrativa, las primas que vencieren en lo sucesivo serán nuevamente pagaderas por el asegurado, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

- *Formulario de reclamación en el que consten la causa y naturaleza del hecho que produjo la Incapacidad Total y Permanente.*
- *Historia Clínica completa y certificación médica en la que el facultativo que atendió al asegurado califica el estado de salud del mismo.*
- *Documento de Identidad del Asegurado*
- *Declaración de Incapacidad expedida por la junta médica regional o nacional de invalidez.*

AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE, DESMEMBRACIÓN E INHABILITACIÓN ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación en el que consten la causa y naturaleza del accidente y sus consecuencias.
- Historia Clínica completa y certificación médica en la que el facultativo que atendió al asegurado certifica las pérdidas sufridas por el Asegurado.

- Documento de Identidad del Asegurado

En caso de muerte se requiere adicionalmente:

- Registro Civil de defunción
- Acta de levantamiento del cadáver
- Certificado de Necropsia
- Certificación de la Fiscalía.
- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía de los beneficiarios mayores de edad
- Registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de edad
- Prueba de la condición de Representante Legal o curador de los beneficiarios menores de edad.

AMPARO OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- Formulario de reclamación en el que consten la causa y naturaleza del accidente y sus consecuencias.
- Historia Clínica completa y certificación médica en la que el facultativo que atendió al Asegurado certifica las lesiones sufridas por el Asegurado.
- Certificación de honorarios por la atención médica.
- Documento de identidad del Asegurado
- Original de las facturas correspondientes a los gastos médicos incurridos por causa del accidente, con el sello de pagado.

AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

- *Formulario de reclamación.*
- *Historia Clínica completa y certificación médica del facultativo que atendió al Asegurado.*
- *Certificado de incapacidad expedido por el médico tratante en el cual se especifique el número de días de reclusión hospitalaria.*

Para todos los amparos antes descritos los requisitos pueden ser modificados o complementados, sin perjuicio de la facultad de la Compañía para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por Ley.

13. NOTIFICACIONES Y CAMBIOS

COMUNICACIONES

Para todos los efectos de la presente Póliza, el Asegurado está obligado a comunicar por carta certificada sus cambios de dirección a Liberty Seguros de Vida S.A.. A falta de ello,



todas las comunicaciones dirigidas a la última dirección conocida por Liberty Seguros de Vida S.A., surtirán pleno efecto.

CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El asegurado puede en cualquier tiempo cambiar el beneficiario o beneficiarios del Seguro mediante solicitud hecha a la Compañía por escrito. La solicitud del cambio no requiere el consentimiento del beneficiario anterior, salvo en los casos de Beneficiarios a título oneroso.

EXTRAVIO DE LA POLIZA

En caso de extravío de la póliza, el Asegurado deberá comunicarlo inmediatamente a la Compañía para proceder a expedir un duplicado de la póliza, que reemplaza para todos los efectos el ejemplar extraviado.

14. DESCRIPCION GENERAL Y CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS PRODUCTOS O SERVICIOS

15. RESTRICCIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO

AMPARO OPCIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

Para el uso del presente ampaor opcional, es necesario tener en cuenta:

1. Si el Asegurado se encuentra a consecuencia directa de enfermedad o accidente, incapacitado total y continuamente, para desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana, obligándolo a reclusión hospitalaria, Liberty pagará la indemnización a que hubiere lugar con base en los días de internamiento hospitalario y el valor asegurado contratado en esta póliza.
2. La indemnización se obtendrá como el producto del número de días de reclusión hospitalaria, o el límite pactado en la póliza si este es menor, restándole el período de espera establecido en la carátula de la póliza y multiplicando el valor obtenido por el valor asegurado diario contratado.
3. En la carátula de la póliza se fijará el número máximo de días de indemnización pactados en la misma para cada período de hospitalización.

En todo caso, el límite máximo de días indemnizables por este concepto no podrá ser superior a los 365 días.

4. Las prestaciones son pagaderas por cada estancia en un hospital que comience durante los 365 días del presente contrato.
5. Para cada período de hospitalización se aplicará el período de espera establecido.

6. Dos distintas hospitalizaciones del asegurado debidas a la misma causa serán consideradas como un único período de hospitalización si entre ambos períodos de hospitalización hubieran transcurrido menos de 365 días. Sobre este período único se aplicará el correspondiente período de espera.
7. Dos distintas hospitalizaciones - debidas a la misma causa o no - separadas por un período de 365 días o más serán consideradas como dos hospitalizaciones. A cada período de hospitalización se aplicará el correspondiente período de espera y la correspondiente duración máxima de prestaciones.
8. Por cada causa de hospitalización el beneficio se limitará al número máximo de días que se pacte en la póliza, que en todo caso no será superior a 365 días de renta diaria por hospitalización.
9. La hospitalización por maternidad está cubierta a partir del momento en que la asegurada haya estado inscrita en esta póliza por un período de 12 meses consecutivos.

AMPARO OPCIONAL DE GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD GRAVE

LIMITACIONES

PERIODO DE ESPERA

El presente amparo opcional contempla un Período de Espera, lo cual significa que durante el período de 24 meses contados a partir de la fecha de vigencia del presente anexo, los gastos incurridos por la persona asegurada por concepto de una enfermedad amparada no están cubiertos, en el caso de que el diagnóstico de la misma fuere realizado por primera vez durante el período de 60 días consecutivos contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del presente anexo.

CERTIFICADO PREVIO DE HOSPITALIZACIÓN

La persona asegurada está obligada a obtener una certificación previa de Liberty en relación con los beneficios pagaderos bajo este amparo opcional por gastos cubiertos incurridos por servicios de hospitalización y cirugía como resultado de, o en relación con cualquiera de las enfermedades cubiertas. Para obtener la certificación previa, la persona asegurada o cualquier otra persona actuando en nombre de la persona asegurada, deberá ponerse en contacto con Liberty, mediante comunicación escrita, y tan pronto como sea posible, pero por lo menos con 10 días de anticipación a la fecha de admisión a un hospital o centro de transplante, o la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico. En aquellos casos de urgencia en los que por fuerza mayor no se pueda dar tal aviso previo, se tendrá un plazo de dos (2) días hábiles luego de ocurrida la hospitalización, o iniciada la atención o tratamiento.

La falta de aviso previo reducirá la indemnización en el cincuenta por ciento (50%). El propósito del aviso previo es el de obtener:

1. Certificación en relación con el ingreso en un hospital, o centro de transplante. Si después de la certificación previa inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera, o un representante oficial del hospital o centro de transplantes donde la persona asegurada se encuentra reclusa deberá comunicarse con

Liberty (siempre que esta comunicación sea hecha antes de haber transcurrido el último de los días originalmente certificados), para obtener la certificación previa correspondiente a los días adicionales.

Liberty revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico de cabecera.

2. Certificación en relación con cirugías a efectuarse:

(a) durante la estancia en un hospital o centro de trasplantes; (b) en el departamento de consulta externa de un hospital o centro de trasplante; (c) en un centro de cirugía ambulatoria; o (d) en un consultorio médico privado.

Liberty tiene el derecho de solicitar una segunda opinión quirúrgica de un médico o un cirujano independiente. En el caso de diferir dicha segunda opinión de la opinión original obtenida del cirujano que recomendó la cirugía, la persona asegurada podrá recurrir a una tercera opinión quirúrgica, siempre que dicha tercera opinión se obtenga de un médico o cirujano que sea reconocido, o aceptado por Liberty. Los gastos razonables y acostumbrados incurridos por una segunda y tercera opinión quirúrgica correrán por cuenta de Liberty.

Estando sujetos a todas las disposiciones y limitaciones establecidas en esta póliza, si una persona asegurada satisface los requisitos de certificación previa de hospitalización tal como se describe anteriormente, Liberty pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos de acuerdo a lo establecido en esta póliza y en esta sección. En el caso de que una persona asegurada no cumpla con el requisito de certificación previa en relación con una hospitalización o cirugía, el porcentaje de beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por todos los servicios, tratamientos y suministros relacionados con la misma ocurrencia será reducido, y sólo se indemnizará el 50% de los gastos razonables y acostumbrados incurridos por dichos servicios.

El requisito de certificación previa no garantiza o confirma beneficios cubiertos bajo esta póliza, pues en el amparo está sujeto a los beneficios y condiciones establecidas en esta póliza.

16. DEFINICIONES

VALOR DE CESION

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por valor de cesión la suma de las Primas de Ahorro pagadas por el Asegurado y los rendimientos generados por las mismas en el Fondo de Participación de Utilidades.

OPCIONES DE RETIRO DE DINERO DEL FONDO DE PARTICIPACION DE UTILIDADES

El asegurado podrá disponer del dinero acumulado en el Fondo de Participación de utilidades de acuerdo con las opciones de Renovación Automática y Retiros Parciales o totales, según se explican a continuación.

RENOVACION AUTOMATICA



En caso de que el asegurado no efectúe el pago de las primas de protección respectivas (incluyendo las de los anexos contratados con esta póliza, si los hay) antes de la fecha estipulada para el pago de las primas, o durante el período de gracia, tal valor será deducido del valor de cesión con que cuente el asegurado en el Fondo de Participación de Utilidades.

En caso de que el valor de cesión disponible no alcance para sufragar una anualidad completa, tal valor de cesión se destinará a pagar la parte del período proporcional de la prima de riesgo que alcance, hasta agotar el correspondiente valor de cesión. Es decir, se adquiere un seguro a prorrata por el tiempo que alcance con el valor de cesión disponible. Una vez agotado el valor de cesión a que hubiere lugar, y concluido el período del seguro a prorrata adquirido con dicho valor, la póliza se cancelará automáticamente.

RETIROS PARCIALES O TOTALES

Posterior al primer año de vigencia de la póliza, el asegurado podrá retirar hasta el 90% del valor acumulado en el Fondo de Participación de Utilidades, disminuyéndose su valor de cesión en la cantidad respectiva.

Tales retiros podrán ser devueltos total o parcialmente en cualquier momento durante la vigencia de la póliza.

SEGURO SALDADO

Mediante esta opción, con el dinero disponible en el Fondo de Participación de Utilidades, el asegurado adquiere un seguro ordinario de vida hasta por el valor asegurado originalmente contratado o hasta el valor que haya alcanzado en ese momento. En caso de que hubiese un excedente, este será reintegrado en efectivo al asegurado.

SEGURO PRORROGADO

Mediante esta opción, con el dinero disponible en el Fondo de Participación de Utilidades, el asegurado adquiere un seguro temporal por el tiempo que alcance, y con una suma asegurada equivalente al valor asegurado originalmente contratado o al que tenga en ese momento.

REGLAMENTO FONDO DE AHORRO CON PARTICIPACION DE UTILIDADES

El Fondo de Ahorro de Participación de Utilidades se regirá según lo dispuesto en el Decreto 1729 y el Estatuto Financiero.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para los efectos del presente seguros se considera incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad, o cualquier otra edad expresada en la carátula de la póliza para este amparo, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo la póliza de seguro de vida individual, aunque no se haya contratado simultáneamente el amparo de incapacidad total y permanente, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona ejercer su profesión o cualquier otra actividad que esté de acuerdo con sus



conocimientos o capacidades, y que corresponda a su actual situación social y económica, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal la pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

La incapacidad deberá ser calificada por el médico tratante, la IPS o la EPS en la cuál esté afiliado el asegurado, o en su defecto certificación de la junta médica de calificación de invalidez regional o nacional.

PERDIDA

Conforme se emplea aquí, respecto a los órganos o miembros que se mencionan, pérdida significa:

- a. Pérdidas de las Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- b. Pérdida de los Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarariana.
- c. Pérdida de los Ojos: La pérdida total e irrecuperable de la visión.

CONVERSION AUTOMATICA

Si el Asegurado se encuentra recibiendo los beneficios de la Exoneración del Pago de Primas en la fecha de expiración del período de Renovación Automática de la póliza, ésta se cambiará automáticamente por una póliza Ordinaria de Vida, con una suma asegurada igual a la alcanzada a la fecha de dicha conversión, sin el pago de prima por parte del asegurado mientras persista el estado de incapacidad total y permanente.

BENEFICIOS

Son todas las sumas pagaderas por Liberty a título de indemnización de acuerdo con las condiciones del Amparo de Renta Diaria por Hospitalización

HOSPITALIZACIÓN

Para efectos del amparo de Renta Diaria por Hospitalización se entiende por Hospitalización cualquier estadía en una institución hospitalaria que supere una permanencia continua de por lo menos 24 horas, en la cual el asegurado se encuentre registrado como paciente por indicación y bajo tratamiento médico.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

El término Institución Hospitalaria significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

De este concepto de hospital se excluyen:

- a. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.
- b. Casas para ancianos, casas de descanso, centros para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos.

- c. Casas para tratamientos terminales u otros tratamientos naturales, casas de cuidados con personal paramédico, centros de convalecencia y centros de rehabilitación o similares.

MÉDICOS

El término médico significa cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

PERÍODO DE ESPERA

El período de espera es el período de tiempo de internamiento en el hospital que tiene que transcurrir antes de que el asegurado tenga derecho a recibir la prestación diaria por hospitalización.

PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente cualquier enfermedad que se ha contraído (o por la cual el asegurado haya recibido tratamiento) con anterioridad a la suscripción de la póliza.

También se considera condición médica preexistente a las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la suscripción de la póliza.

DEDUCIBLE

La suma acumulada que por vigencia y por asegurado se deducirá del monto de los valores reclamados que sean indemnizables por la presente póliza. Dicha suma se encuentra establecida en la respectiva carátula de la póliza la cual se anexa el presente amparo opcional.

CÁNCER

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.

QUIMIOTERAPIA

Significa el uso de agentes químicos prescrito por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S)

Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el sistema nervioso. No se considerará enfermedad neurológica, para los efectos de esta póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria el sistema nervioso central, o periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

NEUROCIRUGÍA

Intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

Suspensión brusca y violenta de origen vascular de las funciones cerebrales fundamentales, que produce deficiencias neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

ENFERMEDADES CEREBRALES (TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES)

Afección originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

INFARTO AL MIOCARDIO

Afección que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a. Una hospitalización debida a un dolor agudo del pecho sugerente de un infarto al miocardio, y
- b. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales del laboratorio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS:

Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización bypass.

ANGIOPLASTIA

Intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter, o cualquier otro procedimiento equivalente que lo supla.

TRAUMA MAYOR

Lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior, que comprometa más de dos órganos o sistemas, debido a la cual el paciente requiera manejo intrahospitalario y pueda sufrir severas incapacidades.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el transplante de riñón.

CENTRO HOSPITALARIO DE TRANSPLANTE INSTITUCIÓN QUE:

1. Está autorizada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
2. Está especialmente equipada para efectuar Transplantes de Organos y Transplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos transplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional;
3. Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado de enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de transplante de órganos y transplantes de tejidos, y cuidados de unidades de cuidados intensivos;
4. Proporcionan en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados y registrados; y
5. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo transplante de órganos y de tejidos.

TRANSPLANTE(S) DE ÓRGANO(S)

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos, o parte de ellos, que se mencionan a continuación, provenientes de un donante fallecido o vivo.

Los únicos transplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de:

- a. Corazón, corazón y pulmón combinados, un pulmón, dos pulmones, páncreas, riñón, e hígado.
- b. Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no Hodking, estado A o B; o estado IV A o B;
 - Linfoma de Hodking, estado III A o B; o estado IV A o B;
 - Leucemia Linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
 - Leucemia no Linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
 - Tumores de célula germen (gameto)
- c. Médula ósea alogénica para:
 - Anemia aplásica
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich
 - Osteospetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
 - Leucemia mielógena crónica (LMC)
 - Neublastoma estado III o IV en niños mayores de un año;
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
 - Linfoma de Hodking, estado III A o B, o estado IV A o B
 - Linfoma de no Hodking, estado III o estado IV.

DONANTE

Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlo (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado medicamente necesario.

RECEPTOR

Persona asegurada que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante de tejido o trasplante de órgano cubierto bajo esta póliza.

TEJIDO

Conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

EXPERIMENTAL

Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que;

1. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y
2. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o cualquier fase de un experimento clínico.

MÉDULA OSEA

Tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Alteración del estado fisiológico y/o morfológico de la salud en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

CONDICIÓN PREEXISTENTE

Es aquella que:

1. Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, independientemente de que la persona haya tenido o no conocimiento del diagnóstico, y/o
2. Se haya establecido un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
3. Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

GASTO MÉDICO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

Gasto que:

1. Es el usual que cobraría el proveedor del servicio médico por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera el seguro; y
2. No excede el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

PARIENTE CERCANO

Se entiende por tal el cónyuge del asegurado, el hijo o la hija, hermano o hermana, o los padres del asegurado o de su cónyuge.

GASTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS

Para que un tratamiento, cirugía, servicio, suministro, medicamento o estancia hospitalaria sea médicamente requerido se deberán cumplir las siguientes condiciones:

- a. Que sean apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la persona asegurada.
- b. Que no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c. Que haya sido prescrito por un profesional médico.
- d. Que sea consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina de los Estados Unidos o de la comunidad médica del país donde sea prestado el servicio o tratamiento.
- e. Que el tratamiento en una institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.

OPTATIVO

Entiéndese por este concepto, las cirugías alternativas a un manejo médico no quirúrgico que no representen, según concepto del especialista, ventajas o beneficios comparativos con el manejo no intervencionista.