

# Seguro de vida modular

## Condiciones

**Como asegurado, Seguros de Vida Alfa S.A.**
**te invita a conocer las condiciones del seguro que adquiriste:**

### 1 Cobertura básica

**Muerte por cualquier causa**

¿Qué te cubre? Si durante la vigencia de la póliza el asegurado fallece, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.



- La muerte por homicidio del asegurado, estará cubierta desde el inicio de la vigencia
- La muerte por suicidio del asegurado, estará cubierta solo si ocurre después del primer año de vigencia del seguro.

¿Qué no te cubre?



Si la muerte es derivada o relacionada con un accidente ocurrido antes de la fecha de inicio de la vigencia del seguro.

**Número máximo de eventos a reconocer:** Un (1) único evento.

**Código Condicionado:** 09/09/2024-1417-P-37-SEGMODVIDADIG001-0R00
**Nota técnica:** 09/09/2024-1417-NT-P-37-SEGMODVIDADIG001-0R00

## 2 Coberturas adicionales

### 2.1. Incapacidad total temporal por accidente

¿Qué te cubre? El asegurado recibirá el pago del valor asegurado si es incapacitado temporalmente a consecuencia de un accidente; siempre y cuando, cuente con una certificación de la incapacidad y sea superior a 15 días.



- Únicamente se cubren las incapacidades a causa de accidentes que ocurran a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro.
  ** El período de carencia será el indicado en la póliza, para aquellos amparos que corresponda.*
- El dictamen que pruebe la incapacidad debe ser emitido por la EPS, SISBEN, ARL, medicina prepagada o póliza de salud.
- Si el asegurado sufre una recaída o una nueva incapacidad dentro de los primeros noventa (90) días, se considera incluida dentro del primer periodo, no se considera como un nuevo evento.

¿Qué no te cubre? Cualquier incapacidad derivada o relacionada con:



- Licencias de maternidad o licencias de paternidad.
- Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desórdenes nerviosos o enfermedad mental y las que hayan sido provocadas por el mismo asegurado.

**Número máximo de eventos a reconocer:** Un (1) único evento.

### 2.2. Renta diaria por hospitalización a causa de enfermedad o accidente

¿Qué te cubre? El asegurado recibirá el pago del valor asegurado si es hospitalizado en un centro médico como consecuencia de una enfermedad o un accidente dentro de la vigencia de la póliza.



- La cobertura de este amparo reconoce a partir del día dos (2) y hasta un máximo de treinta (30) días de hospitalización.
- El pago se establece de acuerdo con el número de días de hospitalización y según el valor diario indicado en la carátula de la póliza. Este monto se paga después del segundo día de hospitalización.
- Si la asegurada tiene un parto natural o quirúrgico está cubierto, siempre y cuando, esté asegurada por un período mínimo y continuo de doscientos setenta (270) días previos a la terminación del embarazo. En este caso, se reconoce una suma asegurada con un máximo de tres (3) días por hospitalización y por vigencia anual del seguro.

- Si el asegurado sufre una recaída y tiene una nueva hospitalización dentro de los siguientes sesenta (60) días de la compensación, se suma y se toma como parte de la primera hospitalización.
- Si el asegurado está internado en un centro médico hospitalario y en las que se encuentre bajo la atención de un médico, según se detalla en la sección tres (3), definiciones.

¿Qué no te cubre? La hospitalización relacionada con:



- Virus de inmunodeficiencia (VIH) o variantes, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Chequeos médicos de rutina, exámenes donde no existan indicaciones de trastornos de salud, exámenes de diagnóstico, consultas médicas, tratamientos de belleza, cirugías con fines estéticos o de embellecimiento.
- Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos o acciones provenientes de cualquier grupo al margen de la ley o en general, conmociones populares de cualquier clase.
- Lesiones autoinfligidas por el asegurado o su intento
- Viajes del asegurado como piloto o tripulante de naves aéreas
- Eventos bajo influencia de bebidas alcohólicas, drogas o alucinógenas del asegurado.
- Tratamientos por desequilibrios mentales o curas de reposo
- Exámenes o diagnósticos (endoscopia biopsias, cateterismo) y todo procedimiento, quirúrgico o no, terapéutico o no que se realice con anestesia local.
- Hospitalizaciones en casa
- Las hospitalizaciones a causa de accidentes o las enfermedades diagnosticadas antes de la fecha de inicio de la vigencia.

**Número máximo de eventos a reconocer:** Un (1) único evento.

### 2.3. Fractura de huesos por accidente

¿Qué te cubre? El asegurado recibirá el pago del valor asegurado si llega a sufrir una fractura de hueso como consecuencia de una caída, golpe o accidente.

¿Qué no te cubre? Fracturas relacionadas con:



- Manipulación de explosivos o de armas de fuego
- Cualquier enfermedad mental
- Lesiones provocadas por el mismo asegurado

**Número máximo de eventos a reconocer:** Un (1) único evento.

## 3 Definiciones

| | |
|---|---|
| **¿Qué te cubre?** | Son las coberturas de la póliza |
| **¿Qué no te cubre?** | Son las exclusiones de la póliza |
| **Accidente** | Suceso que es violento, súbito, externo, imprevisto, repentino e independiente de tu voluntad. |
| **Fractura** | Ruptura traumática de cualquier hueso, parcial o total. |
| **Lesión** | Alteración, daño anatómico de cualquier parte u órgano del cuerpo humano, originado por la acción de un objeto contundente, de corte, de fuego, así como la infección patológica infecciosa o no o por cualquier tipo de accidente que no dependa de la voluntad del asegurado. |
| **Centro médico hospitalario** | Establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúna las condiciones exigidas para atender a los enfermos, con médicos, enfermeras y anestesistas debidamente licenciados, por lo menos dos salas de cirugía y una sala de recuperación, laboratorios de diagnósticos y salas de radiografías que le permitan prestar asistencia de emergencias y se encuentren registradas y autorizadas legalmente.<br><br>No se considerarán centros médicos las instituciones mentales para tratamientos de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidados intermedios, lo lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o de estética. |
| **Hospitalización** | Reclusión en un centro médico hospitalario como paciente interno y estando bajo el cuidado de un médico para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza y no simplemente para algún tipo de cuidado, convalecencia, rehabilitación o reposo.<br><br>Se reconocerá la suma asegurada diaria a partir de la primera noche de hospitalización, entendiéndose como tal el cambio de fecha entre la entrada y la salida, sujeto al alcance de la cobertura antes mencionada. |

| | |
|---|---|
| **Médico** | Las personas naturales que, cumpliendo los requisitos legales, están autorizadas para el ejercicio profesional de la medicina en el área clínica quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial. |
| **Enfermedad** | Alteración de la salud por la acción de un agente patógeno con relación al organismo, que conduzca al tratamiento médico y/o quirúrgico. Se entenderá diagnosticada cuando existan evidencias clínicas y para clínicas de la misma. |
| **Siniestro** | Cuando ocurre el riesgo asegurado |
| **Edad mínima de ingreso** | Edad a partir de la cual una persona puede contratar el seguro. |
| **Edad máxima de ingreso** | Edad hasta la cual una persona puede contratar el seguro. |
| **Edad máxima de permanencia** | Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro |

## 4 Documentos para la reclamación

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado y de los beneficiarios
- Formato de reclamación de siniestro debidamente diligenciado

Como reclamante estás obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes:



Para el procedimiento de la atención de la reclamación, la definición se hará hasta 1 mes después de la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, según el Artículo 1077 del Código de Comercio.

### 4.1. Muerte por cualquier causa



- Copia del registro de defunción
- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la Fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste la causa de la muerte.
- En caso de presunta muerte, adjunta la copia auténtica de sentencia debidamente ejecutoriada donde se indique la fecha de muerte.

- Original o copia de la historia clínica.
- Copia del registro civil de matrimonio si uno de los beneficiarios es el cónyuge.

### 4.2. Incapacidad total temporal por accidente



- Certificados que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, emitidos por las entidades o médicos mencionados. Los certificados o exámenes informales no serán considerados.
- Certificado de vinculación al Sistema de Seguridad Social del mes anterior al de la ocurrencia del siniestro.

### 4.3. Renta diaria por hospitalización a causa de enfermedad y accidente



- Original o copia de historia clínica o epicrisis, con certificado del centro médico con fecha de ingreso y egreso de la hospitalización.
- Descripción quirúrgica de los procedimientos realizados durante la hospitalización, si los hubo.

### 4.4. Fractura de huesos por accidente



- Certificados y exámenes médicos, en original o copia del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la fractura. Estos certificados y exámenes deberán ser emitidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud o régimen subsidiado.

**Importante:** El formulario de reclamación de siniestro lo puedes descargar en www.segurosalfa.com.co, sección "Personas", "oferta de seguros", opción "para tu vida"; o ingresando a:

**CLIC AQUÍ**

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:**

- Correo electrónico **servicioalcliente@segurosalfa.com.co**
- Línea de WhatsApp **3183473563**, opción 3, radicación de siniestros.

**3**

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

## 6 Atención al cliente

Para tramitar cualquier solicitud o realizar una consulta, comunícate con nuestras líneas de atención al cliente:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Bogotá** | (60-1) 3077032 | **Correo electrónico** | servicioalcliente@segurosalfa.com.co |
| **A nivel nacional** | 01 8000 122532 | **Canales virtuales** | www.segurosalfa.com.co sección "atención" opción "canales de atención" |

## 7 Beneficios adicionales

Como asegurado de esta póliza, tienes a tu disposición el servicio adicional que hayas seleccionado en el proceso de venta digital. El alcance, condiciones y disponibilidad de los servicios, están determinado por la aseguradora según lo pactado previamente con los terceros que prestan el servicio.

# Beneficios adicionales

**Al ser asegurado de nuestro seguro digital, tienes a tu disposición el servicio adicional que hayas seleccionado en el proceso de venta digital, el cual corresponde a una de las 3 siguientes opciones:**

- **Beneficio Platzi**
- **Beneficio médico**
- **Beneficio odontológico**

El alcance, condiciones y disponibilidad de los servicios, han sido pactados con 3 proveedores de servicios designados por Seguros Alfa que se detallan a continuación.

En todo caso, la prestación de cualquier servicio no implica responsabilidad directa alguna por parte de Seguros Alfa; sino que está definida por cada uno de los proveedores que prestan los servicios.

## 1 Términos y condiciones beneficio Platzi

### 1.1. Definiciones

- **Afiliado:** personas que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en este documento.
- **Proveedor del servicio:** compañía legalmente constituida designada por Seguros Alfa para la prestación de los servicios.
- **Fecha de inicio de vigencia:** el servicio podrá activarse dos días hábiles después de haber comprado el seguro al cual está asociado este beneficio, una vez reciba la notificación vía mail para la activación del servicio.

### 1.2. Activación

Cuando el afiliado quiera **activar el servicio de Platzi**, recibirá una notificación vía mail para habilitar su acceso a los contenidos de la plataforma. Para cualquier inquietud en la activación, el afiliado puede comunicarse a la línea de Whatsapp de Platzi.

Whatsapp: **+1 (628) 216 7264**

**Código Condicionado:** 09/09/2024-1417-P-37-SEGMODVIDADIG001-0R00
**Nota técnica:** 09/09/2024-1417-NT-P-37-SEGMODVIDADIG001-0R00

## 1.3. Acceso a la plataforma de

Platzi

| | |
|---|---|
| **Acceso** | A todas las escuelas y cursos de la plataforma de Platzi, incluso lanzamientos mes a mes. |
| **Soporte** | A estudiantes a través de la plataforma, chat y del correo **team@platzi.com** |
| **Aplicaciones** | En móvil iOS y Android, con posibilidad de descargar contenidos para modo *offline*. |
| **Interacciones** | Sistema de discusiones, *blog* e interacciones en foros con la comunidad más grande de estudiantes y profesores de habla hispana. |
| **Recomendaciones** | De rutas y cursos más populares. |

## 1.4. Términos y condiciones del servicio



- La licencia de acceso es personal e intransferible para el afiliado.
- El afiliado no podrá realizar copias no autorizadas o utilizar propiedad intelectual de Platzi.
- Para poder realizar la activación, el afiliado voluntariamente deberá aceptar los términos y condiciones del uso de la plataforma que el proveedor del servicio pondrá a disposición del afiliado.

# 2 Términos y condiciones beneficio médico

## 2.1. Definiciones

| | |
|---|---|
| **Afiliados** | Personas que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en este documento. |
| **Proveedor del servicio** | Compañía legalmente constituida designada por Seguros Alfa para la prestación de los servicios. |
| **Coordinación** | Actividad administrativa provista por el proveedor de servicio que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del afiliado en relación con los servicios de asistencias. |
| **Fecha de inicio de vigencia** | Este servicio estará activo dos días hábiles después de haber comprado el seguro al cual está asociado este beneficio. |
| **Periodo de vigencia** | Periodo durante el cual el afiliado tiene derecho a obtener los servicios de asistencia. Comprende desde la fecha de inicio de vigencia hasta la cancelación por cualquier motivo del seguro contratado. |
| **Gestión** | Es el proceso mediante el cual se obtienen, despliegan y coordinan una variedad de recursos básicos para conseguir determinados objetivos en miras de la consecución de un fin específico. |
| **País de residencia** | Las condiciones descritas en el presente servicio serán aplicables en el territorio de Colombia. |
| **Prestador(es) de servicios de salud** | Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente, que en representación del proveedor de servicio asista al afiliado en cualquiera de los servicios descritos en las presentes condiciones generales. |
| **Referencia** | Información actualizada y fehaciente concerniente a los servicios, que es provista por el proveedor de servicio telefónicamente al afiliado a su solicitud. |
| **Servicios** | Los servicios de asistencia contemplados en el programa descrito en el presente documento. |

| | |
|---|---|
| **Evento** | Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o prestación de un servicio de asistencia y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional, operador del prestador del servicio se presente ante un afiliado para proceder a la prestación de los servicios de asistencia solicitado. |
| **Situación de asistencia** | Cuando el afiliado se encuentre ante una situación que implique una emergencia, urgencia o demanda de asistencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente documento, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el periodo de vigencia y en el ámbito territorial de validez. |
| **Residencia permanente** | El domicilio habitual del afiliado que para los efectos del presente documento debe ser en Colombia dentro del ámbito de territorialidad definido. |
| **Enfermedad** | Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de una de las partes de este, ya sea por una causa interna o externa. |

## 2.2. Asistencia

Cuando el afiliado **requiera alguno de los servicios**, deberá contactarse a las líneas de atención, donde será informado sobre el servicio de médico, los términos, condiciones aplicables y la forma de acceder.



**Línea Fija:** (601) 6531629
**Línea Nacional:** 01 8000 121629

## 2.3. Coberturas

| Asistencia médica | Monto máximo por evento | Número máximo de eventos |
|---|---|---|
| • Servicio de ambulancia | Sin límite | 1 evento |
| • Orientación médica telefónica | Sin límite | Sin límite |
| • Telemedicina *(general, nutrición y psicología)* | Sin límite | Sin límite |

| | | |
|---|---|---|
| • Médico a domicilio por emergencia<br>• Consulta presencial con médico general por enfermedad y accidente | $ 120.000 | 5 eventos |
| • Consulta presencial con especialistas *(dermatología, ginecología, oftalmología)* | $ 250.000 | 1 evento |
| • Consulta médica virtual de especialistas *(endocrinología, medicina interna, psicología, dermatología)* | Sin límite | 1 evento |
| • Segunda opinión médica | Sin límite | 1 evento |

### 2.3.1. Servicio de ambulancia

En caso de que el afiliado **requiera un servicio de transporte médico terrestre** (ambulancia) dentro del territorio colombiano a consecuencia de una lesión súbita o traumatismo que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico; el proveedor del servicio coordinará teniendo en cuenta la emergencia el traslado en ambulancia básica o ambulancia medicalizada y hará seguimiento hasta la llegada de unidades médicas, para trasladar al afiliado hasta el centro médico asistencial más cercano.



- Esta cobertura estará limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará sin monto límite de cobertura.

### 2.3.2. Orientación médica telefónica

En caso de que el afiliado requiera una **orientación médica telefónica,** el proveedor del servicio brindará **orientación médica telefónica las 24 horas, los 365 días del año,** de acuerdo con las condiciones de la asistencia.

En la línea de asistencia, un profesional médico coordinado por el proveedor del servicio con un tercero, realizará la clasificación de la gravedad del padecimiento y le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional de manera presencial en caso de que lo requiera.

**Exclusiones:**



- No se prescriben medicamentos vía telefónica
- No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación telefónica.
- No se cambian protocolos de tratamiento vía telefónica.
- El servicio no incluye el costo o garantiza el envío de un médico a domicilio.

* **Esta cobertura se presta sin límite de eventos y sin monto límite de cobertura.**

### 2.3.3. Telemedicina *(general - nutricional y psicológica)*

En caso de que el afiliado requiera una **orientación médica virtual de medicina general, nutricional o psicológica,** el proveedor del servicio, de acuerdo con las condiciones de la asistencia, brindará **orientación virtual las 24 horas, los 365 días del año.**

En la línea de asistencia, el afiliado recibirá las instrucciones para acceder al servicio de orientación virtual por medio de un link de conexión mediante aplicaciones como Zoom, Meet o por Whatsapp. Un profesional médico, nutricionista o psicólogo, coordinado con un tercero por el proveedor del servicio, realizará la orientación sobre alguna patología específica o aclarará inquietudes asociadas a los temas referentes, y se le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional de manera presencial en caso de que lo requiera.



- Se realizará una historia clínica electrónica
- Se prescribirán recetas electrónicas
- Se realizará una interpretación de resultados médicos

**Exclusiones:**



- No entregarán medicamentos
- No se realizarán diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación virtual.
- No se cambiarán protocolos de tratamiento vía virtual
- El servicio no incluye el costo ni garantiza el envío de un médico a domicilio.

* **Esta cobertura se prestará sin límite de eventos y sin monto límite de cobertura.**

### 2.3.4. Médico a domicilio por emergencia

En caso de que el afiliado lo requiera, el proveedor del servicio coordinará a través de un tercero el envío de un profesional médico hasta el lugar de residencia del afiliado. Este servicio se presta a nivel nacional, dentro del perímetro urbano siempre y cuando sea una zona de fácil acceso.

El profesional médico realizará un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica. Este servicio incluye revisión médica y diagnóstico. El seguimiento pertinente del tratamiento debe ser realizado por el afiliado. Esta cobertura se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada para el afiliado. Los servicios están sujetos a previa evaluación, clasificación y autorización del profesional en medicina.



- Bajo criterio médico se podrá realizar la formulación de tratamiento.

**Exclusiones:**



- No incluye el costo ni la aplicación de tratamientos, aplicación de medicamentos, curaciones o tratamientos quirúrgicos de ningún tipo.
- El médico coordinado por el proveedor del servicio no está obligado a portar, proveer o administrar medicamentos.
- No incluye toma de muestras de laboratorios
- No incluye la asistencia por especialistas
- No incluye movilización del paciente
- Las incapacidades se generarán a criterio del médico tratante

### 2.3.5. Consulta presencial con médico general por enfermedad o accidente

En caso de que el afiliado lo requiera por caso de accidente o enfermedad, el proveedor del servicio coordinará la consulta presencial por medio de una red de proveedores con un médico general, quien realizará un chequeo, revisión y diagnóstico derivado de una emergencia médica. Este servicio incluye revisión médica y diagnóstico. El seguimiento pertinente del tratamiento debe ser realizado por el afiliado.

Esta cobertura se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada para el afiliado. Los servicios están sujetos a previa evaluación, clasificación y autorización del profesional en medicina.



- Bajo criterio medico se podrá realizar la formulación de tratamiento.
- **Los servicios de médico a domicilio por emergencia y consulta presencial con médico general por enfermedad o accidente** se prestarán en bolsa, es decir que la cantidad de eventos relacionada podrá ser utilizada en una misma cobertura o en las diferentes coberturas relacionadas de acuerdo con su necesidad.

* **Estas coberturas estarán limitadas a un número de cinco (5) eventos por año y se prestarán con un monto límite de cobertura de ciento veinte mil pesos ($120.000).**

**Exclusiones:**

- No incluye el costo ni la aplicación de tratamientos, aplicación de medicamentos, curaciones o tratamientos quirúrgicos de ningún tipo.
- El médico coordinado por el proveedor del servicio no está obligado a portar, proveer o administrar medicamentos.
- No incluye toma de muestras de laboratorios
- No incluye la asistencia por especialistas
- No incluye movilización del paciente
- Las incapacidades se generarán a criterio del médico tratante

### 2.3.6. Consulta presencial con especialistas (Dermatología, ginecología y oftalmología)

En caso de que el afiliado requiera de una consulta en las especialidades dermatología, ginecología u oftalmología, el proveedor del servicio realizará la coordinación y pago de la consulta presencial por medio de su red de proveedores con un médico especializado. Esta cobertura se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada para el afiliado.

- Bajo criterio médico se podrá realizar la formulación de tratamiento.

**Exclusiones:**

- No incluye el costo ni la aplicación de tratamientos, aplicación de medicamentos, curaciones o tratamientos quirúrgicos de ningún tipo.
- El médico coordinado por el proveedor del servicio no está obligado a portar, proveer o administrar medicamentos.
- No incluye toma de muestras de laboratorios
- No incluye la asistencia por especialistas
- No incluye movilización del paciente
- Las incapacidades se generarán a criterio del médico tratante

* **Esta cobertura estará limitada a un número de dos (1) evento por año y se prestarán con un monto límite de cobertura de doscientos cincuenta mil pesos ($250.000)**

### *2.3.7.* Consulta médica virtual de especialistas Endocrinología, medicina interna, psicología y dermatología

Por solicitud previa del afiliado, realizada a través de la línea de atención indicada para la prestación de la asistencia, el proveedor del servicio brindará una consulta médica virtual con especialistas en endocrinología, medicina interna, psicología y dermatología.

Por medio de la línea de asistencia, el paciente recibirá las instrucciones para acceder al servicio de médico virtual mediante una aplicación o vía Whatsapp, donde un médico especialista coordinado con un tercero por el proveedor del servicio, realizará la orientación sobre alguna patología específica o aclararán inquietudes asociadas a temas de salud, y le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional de manera presencial en caso de que lo requiera.

Cada consulta médica con alguna especialidad contará como evento hasta el límite de la cobertura.

* **Esta cobertura estará limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará sin monto límite de cobertura.**

### *2.3.8.* Segunda opinión médica

Cuando el afiliado lo requiera, el proveedor del servicio dará cobertura de segunda opinión médica (nacional - virtual - telefónica) en las siguientes especialidades:



- Cardiología
- Dermatología
- Endocrinología
- Endoscopia
- Gastroenterología
- Genito – urinaria
- Fisiología
- Ginecología
- Hematología
- Obstetricia
- Neurología
- Oncología
- Oftalmología
- Ortopedia
- Cirugía de mano
- Patología
- Cirugía reconstructiva
- Radiología
- Urología
- Cirugía vascular

La segunda opinión médica contempla: la recepción de la documentación necesaria para emitir un concepto médico, el análisis médico de la información, la verificación de la historia clínica, la emisión de un concepto médico, que a criterio del médico que la efectúe, podrá incluir la existencia de tratamientos alternativos para la patología consultada.

Los tratamientos sugeridos en el concepto médico emitido no están incluidos en la asistencia.

* **Esta cobertura estará limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará sin monto límite de cobertura.**

## 2.4. Cómo acceden los afiliados a los servicios

En caso de que el afiliado requiera de los servicios contemplados en el presente documento, se procederá de la siguiente forma:

**A** El afiliado que requiera del servicio se puede comunicar las **24 horas del día los 365 días del año desde Bogotá al** (601) 6531629 o a **nivel nacional:** 01 8000 121629.

**B** El afiliado deberá suministrarle al funcionario del proveedor del servicio que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como afiliado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin prestar el servicio solicitado, tales como:

- Ubicación exacta del afiliado
- Número telefónico
- Descripción por el afiliado del problema que sufre
- Tipo de ayuda que precise

**C** Bajo ningún motivo el proveedor del servicio realizará suma de eventos o montos de cobertura para la prestación de una misma cobertura por una sola emergencia o necesidad del afiliado.

**D** El proveedor del servicio confirmará si el afiliado de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.

**E** Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el proveedor del servicio le prestará al afiliado los servicios solicitados por medio de la coordinación de los servicios con la red de prestador(es) de servicios de salud, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

**F** En caso de que el afiliado no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, ni el prestador(es) de servicios de salud ni el proveedor del servicio asumirán responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios relacionados en el presente documento.

## 2.5. Obligaciones del afiliado (garantías)

El afiliado estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados a:

**A** Obtener la autorización expresa del proveedor del servicio, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier tipo de servicio por iniciativa propia.

**B** Aceptar siempre las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor del servicio frente a los servicios solicitados.

| | |
|---|---|
| C | Identificarse como afiliado ante los funcionarios del proveedor del servicio o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento. |

## 2.6. Reembolsos

El proveedor del servicio reembolsará al afiliado el valor que hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados en el presente documento y hasta por los límites allí indicados, siempre y cuando el afiliado cumpla con las obligaciones y procedimiento indicados a continuación:

| | |
|---|---|
| A | Haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente documento una autorización del proveedor del servicio, la cual deberá pedirse telefónicamente a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia. |
| B | Una vez recibida la solicitud previa, se le dará al afiliado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso el proveedor del servicio realizará reembolso sin que el afiliado haya remitido las facturas originales correspondientes, las cuales deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley. |
| C | Para hacer efectivo el reembolso, el afiliado cuenta con 30 días calendario desde el momento de tener la aprobación del proveedor del servicio para radicar los documentos. El proceso de reembolsos y documentos necesarios para radicar la solicitud, le serán indicados al afiliado en el momento de tener la aprobación por parte del proveedor del servicio, dependiendo del servicio sobre el cual va a radicar el reembolso. Todos los documentos deben presentarse sin enmendaduras. |

## 2.7. Independencia

La prestación de cualquiera de los servicios o el pago de cualquier suma de dinero derivada de la cobertura descrita en el presente documento no implica ninguna clase de aceptación de responsabilidad por parte del proveedor del servicio respecto de la cobertura, a la que accede el presente documento de asistencia.

### 2.8. Exclusiones generales

Además de las exclusiones indicadas en algunas de las coberturas, la compañía no cubrirá los siguientes casos:



- Los servicios que el titular haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización de la compañía.
- Los servicios adicionales que el titular haya contratado directamente con el técnico especialista y/o profesionales bajo su cuenta y riesgo.
- Daños causados por mala fe del titular
- Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular, terrorismo y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
- Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Eventos catastróficos de la naturaleza, tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- Si se presenta una reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada en pruebas falsas.

## 3 Términos y condiciones beneficio odontológico

### 3.1. Definiciones

Para los efectos del presente documento las palabras tendrán el significado aquí señalado. Dichos significados se aplican tanto al plural como al singular de los términos definidos y a las mayúsculas y minúsculas. Los términos técnicos o científicos que no estén expresamente definidos en el presente documento tendrán el significado que se les asigna según la técnica o ciencia correspondiente. Las demás palabras se entenderán según el sentido de uso general de las mismas.

| | |
|---|---|
| **Proveedor del servicio** | Compañía legalmente constituida designada por Seguros Alfa para la prestación de los servicios. |
| **Prestador(es) de servicios de salud** | Profesional(es) debidamente habilitado(s) por las autoridades competentes para prestar servicios de asistencia en salud con el(los) que el "el contratista" tiene un convenio y que es(son) quien(es), atiende(n) las solicitudes de los afiliados a nivel nacional e internacional para los servicios descritos en el presente documento. El listado de los profesionales puede consultarse en la página web www.sdsigma.com |
| **Afiliado** | Persona que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en este documento. |
| **Atención ambulatoria** | El afiliado puede hacer uso del servicio de atención odontológica en cualquier ocasión o momento de la vigencia de la cobertura, para acceder a valoraciones con las especialidades sin ningún costo, y el prestador de salud le entregará presupuesto con las tarifas preferenciales (descuentos entre el 10% y el 30% sobre tarifa plena del prestador de salud). |
| **Urgencia odontológica** | Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa, urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios cubiertos por este documento, y que sean indicados para tratar el dolor derivado de accidentes o enfermedad originados por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia. |
| **Prevención** | Conjunto de medidas o acciones destinadas a promover la salud bucal que origine procedimientos o servicios amparados por este documento y que sean indicados para evitar la instauración de la caries dental y la enfermedad periodontal. |
| **Ejecutivo o asesor de servicio al cliente** | Es el encargado de iniciar el proceso con el afiliado que ingresa su información y beneficiaros que soliciten la atención al sistema del contratista. |

| | |
|---|---|
| **Localizador (código del caso)** | Número aleatorio generado en el sistema del contratista donde se consigna toda la información referente a las citas y llamadas de los afiliados, y es informado a los prestadores de servicios de salud para la aprobación de procedimientos. |
| **Clave de atención o registro de servicio** | Número que es generado por el sistema a través de la gestión del asesor y es utilizado internamente para la autorización de tratamientos. |
| **Fecha de inicio de vigencia** | Este servicio estará activo dos días hábiles después de haber comprado el seguro al cual está asociado este beneficio. |

### 3.2. Asistencia

Cuando el afiliado requiera alguno de los servicios, deberá contactarse a las líneas de atención, donde será informado sobre el servicio de odontología, los términos, condiciones aplicables y la forma de acceder.



**Línea Fija:** (601) 9174719
**Línea Nacional:** 01 8000 423585

### 3.3. Cobertura odontológica

Atención al afiliado a consecuencia de una urgencia odontológica o en caso de requerir tratamientos de prevención, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de urgencia odontológica y/o prevención indicada en el **Capítulo 1. Definiciones de este documento.**

Los servicios serán prestados por prestadores de servicios de salud dentro de todo el territorio Nacional. Adicionalmente se brindará cobertura internacional del plan dental en los siguientes países: **Ecuador, Perú, Chile, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Salvador, Nicaragua y Honduras**, siempre y cuando estén radicados en Colombia y se encuentren en los países mencionados por una estadía temporal no mayor a 60 días.

Cuando el usuario requiera alguno de los siguientes servicios, deberá ponerse en contacto con **el proveedor del servicio** por medio del canal definido con la compañía, donde será informado sobre el servicio de odontología y los términos y condiciones aplicables, así como la forma de acceder al mismo.

Los servicios serán los siguientes:

| Cobertura | | Urgencia | Ambulatorio | Límite | Período de carencia |
|---|---|---|---|---|---|
| Atención odontológica | • Consultas con odontología general y especializada sin costo | Sí | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Atención de urgencia *(endodóntica, periodontal y protésica)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Profilaxis localizada | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Detartraje localizado | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| Operatoria y restauradora | • Ajustes de oclusión *(quitar contacto entre dientes que generen molestia)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Eliminación de caries | | | | |
| | • Obturación provisional | | | | |
| | • Restauración en amalgama dientes posteriores *(clase I, clase II y MOD)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Restauración en resina dientes posteriores *(clase I, clase II y MOD)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Restauración en resina dientes anteriores *(clase III, clase IV y clase V)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Restauraciones *(clase V en vidrios ionoméricos)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Cementación *(pegado)* de corona definitiva o corona provisional | | | | |
| | • Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en consultorio *(reparación de prótesis dentales en el consultorio)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| Cirugía oral | • Exodoncia simple dientes temporales y permanentes | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| Endodoncia | • Recubrimiento pulpar directo o indirecto *(colocación de protección al nervio)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Pulpectomía *(retiro del nervio dental)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Pulpectomía *(retiro parcial del nervio)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Tratamiento de conducto unirradicular en dientes temporales y permanentes | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Tratamiento de conducto birradicular en dientes temporales y permanentes | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| Radiología oral | • Radiografía periapical | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Radiografía coronal *(bitewing)* | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| Prevención | • Educación en higiene oral | | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Profilaxis localizada | | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Detartraje supragingival generalizado | | Sí | Ilimitado | Sin carencia |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | • Sellantes *(ambulatorio)* menores de 12 años | | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Aplicación tópica flúor | | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Control dental paciente gestante | | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| Beneficios adicionales | • Reembolso de urgencias a nivel nacionales, en caso de que no haya prestador disponible, según los términos y condiciones de este documento. | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Cobertura del plan con prestadores aliados SIGMA en 11 países | Sí | | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Descuentos en tratamientos no cubiertos | Sí | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Atención telefónica *(horario 24/7 los 365 días del año)* | Sí | Sí | Ilimitado | Sin carencia |
| | • Orientación odontológica para aclaración de dudas sobre tratamiento. | Sí | Sí | Ilimitado | Sin carencia |

**Nota: se deberá realizar un copago de $50.000 por limpieza $10.000 para flúor.**

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

**Especialidades:** sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el afiliado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los prestadores de servicios de salud, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30% respecto de sus tarifas normales, debiendo el afiliado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

### 3.4. Exclusiones odontológicas

En este documento no cubre servicios originados ni los gastos incurridos directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una urgencia odontológica o como prevención, entre los cuales, a título enunciativo, se encuentran los siguientes:



- Tratamientos y/o controles no contemplados específicamente en la condición 1 para las siguientes especialidades: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra.
- Tratamientos de endodoncia convencional: unirradiculares, birradiculares y multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte prestadores de servicios de salud con los que el contratista no tiene convenio.
- Retratamiento de conducto unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
- Tratamientos estéticos
- Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de

sustancia calcificada y dientes. Este documento no cubre este tipo de urgencias, ya que se considera una urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.



- Anestesia general o sedación en niños y adultos. No obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo con el numeral 1 anterior, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación.
- Defectos físicos
- Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales
- Radioterapia o quimioterapia
- Atención o tratamientos médicos odontológico que no se ajusten a la definición de urgencia odontológica o de prevención indicadas en las definiciones de este documento.
- Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos cubiertos y no cubiertos por este documento.

### 3.5. Casos excepcionales de reembolso

En caso de que el afiliado requiera de los tratamientos cubiertos por este documento y no existan en la localidad donde se encuentre prestadores de servicios de salud con los que el proveedor tenga convenio, o si hay, pero no prestan los servicios descritos en este documento; el afiliado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de urgencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo y /o especialista escogido por él.

**Condiciones**



- El afiliado debe tener vigente la póliza de seguro a la cual está asociada este beneficio.
- La atención de urgencia debe ser solicitada al proveedor a través de los canales de atención indicados en este documento.
- El reembolso solamente aplica para: atenciones de urgencia y atenciones autorizadas bajo esta modalidad. La cobertura será para los tratamientos determinados como incluidos en la asistencia.
- Para el estudio y pago del reembolso, la persona a quien se le autorizó la atención bajo dicha modalidad, debe adjuntar y enviar toda la documentación solicitada al correo electrónico **contacto.co@sdsigma.com** en los tiempos establecidos.

## Proceso de atención

- Cuando el afiliado presente una urgencia odontológica, deberá comunicarse por medio de los canales de atención indicados en el numeral "Asistencia" para solicitar el servicio.
- El asesor de servicio validará si hay prestadores de salud disponibles para atender la solicitud en ese momento. Si no es viable prestar la atención a través de prestadores de salud con los que el proveedor tiene convenio, le autorizará al paciente la atención bajo reembolso, le explicará brevemente el proceso y le solicitará una dirección de correo electrónico para enviarle las condiciones.
- El servicio deberá tomarse en un tiempo no mayor a 72 horas posteriores a la autorización de atención bajo la modalidad de reembolso. Si una vez transcurrido ese tiempo el afiliado no ha tomado el servicio bajo dicha modalidad, deberá contactarse nuevamente para corroborar que definitivamente el proveedor no tenga prestador de servicios de salud que le brinde el servicio y ratificar nuevamente la autorización de atención bajo modalidad de reembolso.
- El asesor de servicio enviará correo electrónico con la siguiente información:

### Documentos requeridos en caso de una urgencia odontológica:



- Copia de historia clínica con tratamiento realizado firmada por el odontólogo tratante.
- Factura de tratamiento cancelado donde se detalle pieza dental/zona, tratamiento realizado y valor pagado.
- Radiografía periapical y/o coronal inicial y final del diente tratado.
- Carta solicitando el reembolso donde se consigne: nombre completo del afiliado, cédula, dirección de residencia del afiliado, ciudad, valor a pagar, tipo de cuenta *(ahorros o corriente)*, número de cuenta, banco del país de residencia, ciudad, nombre y cédula del titular de la cuenta. La carta debe estar firmada con nombre y número de documento de identidad.
- Cualquier otro documento requerido para el estudio del reembolso.

## Detalle de la cobertura odontológica

### Se le recordará al afiliado, que:

- La cobertura con la que cuenta siempre y cuando esté presentando una urgencia odontológica y solamente para la pieza dental objeto de la afección.
- No están cubiertos los tratamientos ni retratamientos de conducto, ni cualquier otro tratamiento no descrito en la asistencia.

Se informará que el monto pagado por reembolso corresponderá a un promedio de los costos para tratamientos similares y en la misma zona geográfica.

| | |
|---|---|
| 1. | El asesor de servicio contactará al afiliado para confirmar la recepción de la información y aclarar dudas en caso de presentarse, y le confirmará que el proveedor queda a la espera del envío de la documentación. |
| 2. | El afiliado realizará el proceso de atención bajo las condiciones indicadas y remitirá al canal informado la documentación requerida completa dentro de los tiempos estipulados. |
| 3. | Una vez recibida la documentación, el área de servicio al cliente de el proveedor validará que se encuentra completa. De ser así, se contará con cinco (5) días hábiles para todo el trámite hasta el pago. Iniciará el proceso remitiéndola al área de auditoría odontológica para su revisión. En caso de no estar completa, contactará telefónicamente al afiliado y le explicará la documentación faltante. El proceso se detendrá hasta que el paciente remita la documentación completa dentro de los tiempos establecidos. |
| 4. | El área de auditoría odontológica del proveedor validará la información y autorizará el pago conforme a las siguientes políticas establecidas:<br>• Que sea una urgencia odontológica<br>• Que sea un tratamiento incluido en la cobertura<br>• Que el monto solicitado sea correspondiente para el tratamiento ejecutado de acuerdo con las tarifas para dicho tratamiento en la zona geográfica donde se llevó a cabo. En el caso que no se cumpla con alguna o todas las políticas, se contactará al afiliado para aclararle los motivos de no autorización para el pago, o autorización para un pago diferente al solicitado. |
| 5. | El área contable realizará el desembolso en la cuenta indicada por el afiliado la cual debe pertenecer al país de residencia. |
| 6. | Una vez realizado el pago, el área de servicio al cliente remitirá al correo indicado por el afiliado el comprobante de pago. |
| 7. | El asesor de servicio contactará al paciente para validar la recepción del correo con el comprobante y el pago. Si no lo ha recibido, se reenviará el documento, y si la respuesta es positiva, se cerrará el caso. |

**Parágrafo:** para que la reclamación sea válida, el usuario deberá establecer contacto con el proveedor en un tiempo máximo de sesenta (60) días calendario posteriores a la autorización de atención bajo reembolso, dentro de los cuales deberá hacer el envío a el proveedor de la totalidad de los documentos solicitados. Si transcurrido este periodo el usuario no envía la documentación requerida, se entiende que renuncia a la solicitud reembolso, por tanto, el proveedor no se verá obligado a tramitarla.

La recepción de los documentos no implica aceptación por parte del proveedor, para la realización del rembolso de los gastos en que incurrió el usuario.

Cuando el proveedor reciba la documentación incompleta, se pondrá en contacto con el usuario, y a partir de la notificación, el usuario contará con ocho (8) días hábiles adicionales para completar la documentación. Una vez transcurrido dicho plazo, y si el usuario no remitió la documentación faltante, el proveedor podrá negarse a tramitar la solicitud de rembolso de manera definitiva.

### 3.6. Independencia

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de la cobertura descrita en el presente documento, no implica ninguna clase de aceptación de responsabilidad por parte del proveedor del servicio, respecto de la cobertura a la que accede el presente documento de asistencia.



Una vez transcurridos ocho (8) meses ininterrumpidos de la vigencia inicial del presente contrato, Seguros Alfa S.A. otorgará al asegurado un beneficio adicional que no implica un incremento en el valor de la prima de seguro y no supone modificación o desmejora alguna respecto de las coberturas inicialmente pactadas.