

ANEXO No. 2		
CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS		
1. POLIZA ESPECIAL DE SALUD PARA SERVIDORES PUBLICOS EN EL EXTERIOR		
1.1	CONDICIONES BÁSICAS OBLIGATORIAS	
1.1.1.	Objeto del Seguro	
Otorgar asistencia Médica y Hospitalaria en beneficio de los funcionarios de la planta de personal del MINISTERIO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO que presten sus servicios permanentes o temporales en el exterior y sus dependientes que residan permanentemente o temporal en el exterior, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 63 del Decreto No. 274 del 22 de Febrero de 2000, Resolución 5269 de 2017, Decreto No. 780 del 05 de Mayo de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y las demás normas que los modifiquen o adicionen.		
1.1.2.	Definición de asegurados y beneficiarios	
Funcionarios del MINISTERIO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO que presten sus servicios permanentes en el exterior. Dependientes de los mismos funcionarios que residan permanentemente en el exterior en la sede de tales funcionarios, en los términos y para los efectos del Decreto 274 de 2.000. Así como el Decreto No. 780 del 06 de Mayo de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y las demás normas que los modifiquen o adicionen.		
1.1.3.	Coberturas Básicas	
Hospitalización		
Cirugía ambulatoria y gastos quirúrgicos de paciente hospitalizado		
Urgencias		
Servicios Ambulatorios		
Paraclínicos		
Medicamentos		
Embarazo y Maternidad		
Odontología		
Eventos y Servicios de Alto Costo		
Modificación en las leyes existentes o introducción de nueva legislación		
La presente póliza otorgará cobertura a los Asegurados, frente a la modificación en las leyes existentes o la introducción de nueva legislación en materia relacionada con el objeto de este seguro.		
Gastos Cubiertos y límites asegurados		
Los amparos, límites y coberturas que se enuncian a continuación se consideran una oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte de los oferentes. Su no ofrecimiento, exclusión o condicionamiento por parte de los oferentes será causal de rechazo		
LIMITE ASEGURADO:	US\$166.667 Persona / vigencia	
GASTOS CUBIERTOS	LIMITES MINIMOS REQUERIDOS	DEDUCIBLE
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
Límite de cobertura por evento hospitalario/Persona	Costos de los Eventos Hospitalarios hasta el Valor asegurado Persona / Vigencia.	20%
Habitación privada /semiprivada	Costos de la habitación por asegurado hasta el valor asegurado por persona/vigencia	
Unidad de Cuidados Intensivos	Costos de la unidad de cuidados intensivos por asegurado hasta el valor asegurado por persona / vigencia	
Cama de acompañante	Cama de acompañante, alojamiento en el Hospital para uno de los padres acompañando a un hijo asegurado menor de 18 años, hasta US\$500 por día de Hospitalización.	
CIRUGÍA AMBULATORIA Y GASTOS QUIRURGICOS DE PACIENTE HOSPITALIZADO		



Gastos Quirúrgicos Paciente Hospitalizado	Gastos causados de todos los servicios y tecnologías requeridos para la atención prequirúrgica, quirúrgica y post quirúrgica del evento quirúrgico respectivo del paciente hospitalizado, causados durante la hospitalización hasta el valor asegurado por persona / vigencia.	20%
Cirugía Ambulatoria	Gastos causados durante la atención prequirúrgica, quirúrgica y post quirúrgica del evento quirúrgico respectivo cuando el caso no requiera hospitalización, hasta el valor asegurado por persona / vigencia. (Excepto las Cirugías Plásticas, Cosméticas, Estéticas con fines de Embellecimiento).	
URGENCIAS		
Atención de Urgencias	Gastos causados durante la atención, hasta el valor asegurado por persona / vigencia.	20%
NOTA: Para los efectos de la presente póliza, se entiende como DEDUCIBLE el porcentaje que debe asumir el asegurado del valor de los gastos reclamados y/o de los servicios prestados. De conformidad con lo anterior, se confirma que la aseguradora reconocerá el 80% de los gastos, para los que se indica la aplicación de DEDUCIBLE, y el asegurado asumirá el 20% restante		
SERVICIOS AMBULATORIOS		
Servicios Ambulatorios (No hospitalarios)	Valor máximo asegurado para servicios ambulatorios hasta US\$6.000 por persona / vigencia.	0%
Médico General	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios	0%
Médico Especialista	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios	0%
Cirugía por especialista durante la consulta	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios	0%
Psiquiatría	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios. No cobertura de tratamiento	0%
Psicología	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios. No cobertura de tratamiento	0%
Fisioterapia:	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios	0%
Quiropráctico	Sin límite en el número de consultas durante la vigencia, hasta el valor máximo asegurado por persona / vigencia para servicios ambulatorios	0%
Rehabilitación	Rehabilitación médicamente prescrita en un centro autorizado de rehabilitación, después de una hospitalización por accidente o enfermedad grave hasta por US\$ 12.000 por evento persona / vigencia. Se amparan de acuerdo a lo estipulado en los Artículos 22, 70, 79 y 108 de la Resolución 5269 de 2017, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, sin exclusiones los gastos causados durante la atención hasta el valor asegurado por persona / vigencia	0%

4

PARACLINICOS		
Rayos X	Gastos incurridos hasta el límite máximo por servicios ambulatorios	0%
Scan	Gastos incurridos hasta el límite máximo por servicios ambulatorios	0%
Endoscopia	Gastos incurridos hasta el límite máximo por servicios ambulatorios	0%
Análisis de Laboratorio	Gastos incurridos hasta el límite máximo por servicios ambulatorios	0%
MEDICAMENTOS		
Medicamentos Operatorios y Hospitalarios	Hasta por US \$2.200, por persona / vigencia.	20%
Cubrimiento de medicinas formuladas durante consulta ambulatoria	Se cubre hasta US \$2.200 por persona / vigencia. Incluyendo el suministro de medicamentos, en eventos por fuera del territorio de la república de Colombia, los medicamentos derivados de la hospitalización o cirugía, post urgencias o post consulta prioritaria hasta por noventa (90) días contados a partir del egreso de la hospitalización, urgencia o consulta prioritaria, siempre y cuando el medicamento esté aprobado por el INVIMA para la patología tratada y que esté relacionado directamente con el motivo de la hospitalización, urgencia o consulta prioritaria y no hagan parte de un tratamiento en curso que obedezca a una patología crónica subyacente o de manejo ambulatorio. Medicamentos que no tienen Cobertura: No se reconocen órdenes que contengan artículos suntuarios, cosméticos, líquidos para lentes de contacto, tratamiento capilares, champús de ningún tipo, jabones, cremas hidratantes, antisolares o para manchas de la piel, drogas para la memoria y para la impotencia sexual, edulcorantes, sustitutivos de la sal complementos vitamínicos (excepto los complementos vitamínicos para menores de 24 meses y las sustancias y medicamentos para nutrición incluidos en el artículo 54 de la resolución 5269 de 2017), leches, (Excepto lo indicado en el artículo 54 y 77 de la resolución 5269 de 2017, donde están incluidos los complementos nutricionales y específicamente la fórmula láctea para los lactantes hasta los 12 meses de edad que sean hijos de madres con diagnóstico de Infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante), y los medicamentos que no estén aprobados por la autoridad competente en el lugar donde se hubieran prescrito y que se consideren experimentales.	20%
EMBARAZO Y MATERNIDAD:		
Parto Normal y sus Complicaciones.	US\$10,000 para todas las zonas geográficas y sin ningún tipo de restricción para las personas aseguradas. Las consultas prenatales y cuidados post-parto, serán indemnizados dentro del valor máximo de gastos ambulatorios	20%

Parto por Cesárea y sus Complicaciones.	Cualquier cesárea será cubierta como cirugía, hasta US\$15.000 cuando sea soportada como médicamente necesaria. Si la Cesárea es voluntaria será cubierta hasta el valor del Parto Normal (US \$10.000), Cualquier valor adicional será asumido directamente por el asegurado. Las consultas prenatales y cuidados post-parto serán indemnizados dentro del valor máximo de gastos ambulatorios.	20%
Recién Nacido	Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza, que cumplan con los criterios de cobertura establecidas, gozarán a partir de su nacimiento en forma automática de las mismas condiciones de la póliza. Se aclara que no habrá pago adicional de prima por el recién nacido.	0%
ODONTOLOGIA		
Servicios Dentales	Hasta US \$3.500; se indemnizan los gastos considerados dentro del POS por persona.	0%
Plan de tratamiento de ortodoncia	Hasta US \$1.000. Período de carencia 12 meses para el cual se considerará la continuidad bajo el seguro contratado por el Ministerio en periodos anteriores. Se mantendrá la continuidad a los tratamientos en curso que traiga el usuario que actualmente estén afiliados a la póliza o que no hayan superado un (1) mes de desafiliación a la misma.	0%
EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO: La cobertura se otorga hasta tanto se haya cubierto el periodo de carencia dependiendo el amparo afectado.		
Eventos y servicios de Alto Costo	Se amparan de acuerdo en lo previsto en la Resolución 5269 de 2017, Artículo 123, 124, 125 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, sin exclusiones los gastos causados durante la atención hasta el valor asegurado por persona / vigencia.	0%
Trasplante de Órganos:	Según lo previsto en el Artículo 31 de la Resolución 5269 de 2017, o las normas que lo adicionen complementen o sustituyan.	0%
Tratamiento del Cáncer y Quimioterapia	Gastos causados, hasta el valor asegurado por persona / vigencia.	0%
OTROS SERVICIOS ADICIONALES		
Evacuación para Traslado de Paciente desde cualquier lugar del mundo, por Prescripción Médica	Hasta US \$30.000 por persona / vigencia	0%
Períodos de Carencia	Aplica para Ortodoncia (12 meses). Se mantendrá la antigüedad y continuidad a los usuarios que vengán afiliados en la póliza vigente o de otras pólizas de H & C y compañías de Medicina Prepagada.	0%
Edad de Ingreso y Permanencia	Ingreso hasta los 75 años y permanencia ilimitada	0%
Enfermedades Preexistentes	Se dará cobertura a los asegurados que presenten enfermedades preexistentes hasta US \$9.000 por persona / vigencia.	0%
Manejo de tratamientos en curso	La Aseguradora Continuará dando atención a todos los tratamientos en curso de los asegurados bajo la póliza	0%

	vigente al momento de la Contratación. Se otorga continuidad de coberturas	
Libre escogencia de médicos y clínicas	El asegurado tiene libertad para elegir médicos e instituciones a nivel mundial.	0%
Servicio de ambulancia terrestre	Hasta por US\$450 por evento. Sin límite de Número de eventos.	0%
Pago directo al especialista en consulta ambulatoria	La compañía efectuará el pago directo en eventos hospitalarios y ambulatorios, siempre y cuando exista previo aviso por parte del asegurado de mínimo 72 horas. En caso de no existir red médica, se prestará previa aceptación de la institución o prestatario.	0%
Cobertura Adicional	Cobertura de 5 días adicionales después de la fecha de terminación de funciones sin cobro de prima adicional	0%
Enfermera en el hogar	Se cubre hasta US\$7.500 por concepto de enfermera en el hogar, previamente autorizada y prescrita después de una hospitalización por accidente o enfermedad grave, sin límite en el número de días.	0%
Tratamiento de enfermedades o lesiones originadas guerra internacional, acciones bélicas, reacciones nucleares y contaminación radioactiva	Tratamiento de enfermedades o lesiones originadas como resultado directo o indirecto de guerra internacional, acciones bélicas, reacciones nucleares y contaminación radioactiva. Hasta el valor máximo asegurado. Se excluye la participación directa del asegurado/beneficiario en estos eventos.	0%

CONDICIONES ESPECIALES

Red de prestatarios en los países donde se encuentren funcionarios con pago directo a las clínicas de la red e incluso a aquellas que no se encuentren contratadas.	La compañía efectuará el pago directo en eventos hospitalarios, siempre y cuando exista previo aviso por parte del asegurado de mínimo 72 horas. En caso de no existir red médica, se prestará previa aceptación de la institución o prestatario.
Flexibilidad de atender eventos ambulatorios por red o con libre escogencia del prestador por parte del asegurado	Se otorga libre escogencia del médico o la institución a nivel mundial

NOTA: Además de las exclusiones expresamente indicadas en el presente Slip Técnico, solo aplican, las estipuladas en el Artículo 126 de la Resolución 5269 de 2017

Revocación de la Póliza, con termino de Noventa (90) días

La póliza podrá ser revocada unilateralmente por la compañía, mediante noticia escrita enviada al asegurado, a su última dirección registrada, con no menos de Noventa (90) días, de antelación, contados a partir de la fecha del envío. El asegurado en cualquier momento, según lo previsto en el Código de Comercio.

Así mismo, en el caso de que la aseguradora decida no otorgar renovación o prórroga del contrato de seguro, deberá dar aviso de ello al asegurado con no menos de Noventa (90) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza, en caso contrario se dará por entendido que la Compañía acepta la renovación o prórroga hasta el límite legal establecido en la Ley 80 de 1993, para la adición de los contratos y manteniendo las mismas condiciones ofertadas en este proceso.

Reembolsos

La compañía efectuará el pago a que haya lugar debidamente soportado por cada asegurado, directamente al país donde se encuentra prestando sus servicios y a la cuenta bancaria que este indique, dentro de los Cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación requerida.

Cobertura de Lentes y Monturas.

Los lentes se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas así: • Una (1) vez para cualquiera de los asegurados por cada año, mientras esté vigente la póliza. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 50% del salario mínimo legal mensual vigente. PARÁGRAFO. No serán objeto de cobertura, los filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

No Aplicación de Garantías.

Queda expresamente acordado y aceptado que la aseguradora no establecerá garantías a cumplir por parte del MINISTERIO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO.

Cláusula de Diferencias Contractuales.

Las diferencias que se susciten entre la compañía y el asegurado con relación a los siniestros que afecten la presente póliza y en las cuales no exista un acuerdo, serán sometidas a la decisión de peritos o expertos en la actividad que desarrolla el MINISTERIO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO, según se prevé en el Artículo 68 y siguientes de la ley 80 de 1993 y el artículo 2026 del Código de Comercio

SISTEMA DE REPORTES MENSUALES Y COBROS

LA ENTIDAD, reportará entre el 20 y 25 de cada mes la nómina de los funcionarios en el exterior al proponente que resulte favorecido, para que este proceda con el respectivo cobro, quien deberá remitir el correspondiente certificado, dentro de los 5 días siguientes para su respectiva verificación y pago a que haya lugar.

El Ministerio de Comercio Industria y Turismo, pagará al proponente favorecido el valor de la primas con la tasa representativa del mercado del primer día hábil del mes y con las condiciones de cobertura vigente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega de cada uno de los certificados, previa disponibilidad y programación del PAC, y radicación de la factura o cuenta de cobro, certificación de recibo a satisfacción de la póliza y/o certificados por parte del Supervisor emitidas por la compañía de seguros y entregadas y revisadas por el corredor de seguros.

Si la póliza y/o certificado, no han sido correctamente elaborados el término para el pago sólo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma.

INCLUSION DE PERSONAS A LA POLIZA

Para los casos en que aplique, cuando uno de los funcionarios asegurados, deba incluir un nuevo miembro de su grupo familiar en la presente póliza, esta no causará ningún tipo de erogación, si corresponde al grupo familiar establecido como beneficiario en la normatividad vigente; si se requiere incluir un asegurado adicional que no forma parte de su grupo familiar establecido por Ley, se pagará por parte del funcionario asegurado, la prima adicional a que haya lugar según lo pactado en la presente póliza.

Cláusula de Aplicación de Condiciones Particulares

Queda expresamente acordado y convenido, que la Compañía acepta las Condiciones Técnicas Mínimas establecidas en este anexo en los términos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y Condiciones Técnicas Mínimas establecidas.

Declaro que he leído y entendido completamente los requerimientos técnicos exigidos en el presente proceso de selección, ME COMPROMETO A CUMPLIR EN SU TOTALIDAD CON LO SOLICITADO.

Nombre

Firma Representante Legal

C.C. No. expedida en