



ANEXO DISPOSITIVOS PARA LA VISTA

02/05/2025-1407-A-35- PH-0000000000229-D001

Por convenio expreso entre la **ASEGURADORA**, el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, el cual constará en la carátula de la póliza y/o en los certificados individuales de seguro, se otorga el presente Anexo, quedando sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO

LA ASEGURADORA en consideración del pago de la prima correspondiente, y durante la vigencia del presente anexo, cubrirá para todos **LOS ASEGURADOS** del grupo familiar los gastos que se presenten como consecuencia de servicios profesionales oftalmológicos que requiera el **ASEGURADO** hasta el límite de valor asegurado establecido en la tabla de coberturas por los siguientes servicios:

1.1. Examen de la vista

LA ASEGURADORA cubrirá hasta un (1) examen de refracción ocular por vigencia anual, dentro de lo cual se incluye el costo de la consulta.

La presente cobertura no cuenta con deducible, salvo que algo distinto se indique en la tabla de coberturas de la póliza.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

1.2. Anteojos y lentes de contacto

LA ASEGURADORA cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto que sean prescritos por un especialista, que cuenten con fórmula médica y que tengan por objeto la corrección de problemas de la visión, como miopía o astigmatismo, hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

LA ASEGURADORA no cubrirá los reemplazos que se realicen durante una vigencia anual.

1.3. Cirugía refractiva

LA ASEGURADORA cubrirá los costos de la cirugía refractiva para la corrección de astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- Si el **ASEGURADO** tiene tres (3) o más dioptrías en el ojo que está siendo tratado.
- Si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) acreditado.

LA ASEGURADORA únicamente cubrirá una (1) cirugía por ojo por **ASEGURADO**, de por vida.

Este procedimiento estará sujeto a autorización por parte de **LA ASEGURADORA** en forma previa a la coordinación de cualquier consulta y/o tratamiento requerido para tales efectos. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de no pagar los gastos cuando la autorización previa no ha sido otorgada.

Esta cobertura se extiende hasta el límite establecido en la tabla de coberturas la cual hace parte integral de esta póliza.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

Este anexo no cubre la prestación de los siguientes servicios oftalmológicos:

2.1. Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en la condición primera amparo.

CONDICIÓN TERCERA - PROCESO DE PRESTACIÓN

Los tratamientos deberán ser realizados por los prestadores de servicios de salud. El **ASEGURADO** podrá escoger el prestador de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de profesionales que pertenecen a la red de proveedores de **LA ASEGURADORA**. Para urgencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo únicamente en la red de prestadores de servicios definido por **LA ASEGURADORA** la cual será informada a través del # 322.