



CONDICIONADO GENERAL PÓLIZA DE SEGURO CAPITAL HUMANO

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., con base y en consideración a las declaraciones que aparecen en la solicitud de seguro, la carátula de la póliza y en los condicionados general y particular, todo lo cual hace parte integrante del presente contrato, ha convenido con el tomador en celebrar el contrato de seguro que se registrará por las siguientes cláusulas y condiciones:

CONDICIÓN 1. COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, UN ACCIDENTE OBJETO DE LAS COBERTURAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS PARA CADA AMPARO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO.

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES TODOS LOS ACTOS CONSIDERADOS COMO HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO Y TERRORISMO, ASÍ COMO LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, EL TERREMOTO TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRACTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD, INFECCIONES PIÓGENICAS DERIVADAS DE CORTADURAS O HERIDAS ACCIDENTALES, LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) OCASIONADAS POR HURTO Y/O HURTO CALIFICADO.

TODAS LAS COBERTURAS BÁSICAS ESTAN SUJETAS A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA

EDAD DEL ASEGURADO: EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS, EDAD MÁXIMA DE INGRESO: SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

1.1. MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN, SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ESTAS DAN LUGAR A SU MUERTE.

EL LÍMITE MÁXIMO INDEMNIZABLE BAJO ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ A RESTAR AL VALOR ASEGURADO CUALQUIER OTRA SUMA PAGADA O PAGADERA BAJO ESTA PÓLIZA, POR LOS AMPAROS DE DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE.

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

1.2. COBERTURA EXTENDIDA PARA EL CONYUGE EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO



SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN, SE OBLIGA A EMITIR UNA POLIZA A SU CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE, SI DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ESTAS DAN LUGAR A SU MUERTE.

ESTA NUEVA POLIZA EMITIDA POR ESTA COBERTURA, TENDRA LAS MISMAS CONDICIONES EN CUANTO A VALORES ASEGURADOS Y COBERTURAS CON EXCEPCION DEL BENEFICIO DEL CÓNYUGE, Y SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. SERA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA MISMA HASTA POR 5 AÑOS O HASTA EL FALLECIMIENTO DEL NUEVO ASEGURADO, LO QUE OCURRA PRIMERO. LOS CINCO AÑOS EMPIEZAN A CONTAR DESDE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, Y NO DESDE QUE SE RECLAME POR ESTE AMPARO. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO TENGA CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE SE PIERDE EL DERECHO A RECLAMAR POR ESTE AMPARO O COBERTURA.

PARA LAS POLIZAS CON OPCION FAMILIAR, EL CONYUGE QUEDARA CON LOS VALORES ASEGURADOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL, Y LOS HIJOS QUE AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO ESTABAN ASEGURADOS, CONTINUARAN ASEGURADOS EN IGUALDAD DE CONDICIONES A LAS QUE TRAIAN EN LA POLIZA ANTERIOR, Y HASTA POR 5 AÑOS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN MENORES DE 25 AÑOS Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DE LOS PADRES.

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

1.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA DESEMPEÑAR CUALQUIER OCUPACIÓN O EMPLEO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DENTRO DE LOS

CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ESTAS DAN LUGAR A UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LA INCAPACIDAD SE DEBE HABER MANTENIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE SE DETERMINE POR PARTE DE UN MEDICO EL PRIMER DIA DE INCAPACIDAD, Y PARA LA DEFINICION DE QUE SEA TOTAL Y PERMANENTE, SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. ACOGERA EL CONCEPTO OTORGADO POR LA(S) JUNTA(S) DE CALIFICACION QUE DE ACUERDO A SU CRITERIO DETERMINE PARA CADA CASO.

EL LIMITE MÁXIMO INDEMNIZABLE BAJO ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ A RESTAR AL VALOR ASEGURADO CUALQUIER OTRA SUMA PAGADA O PAGADERA BAJO ESTA PÓLIZA, POR LOS AMPAROS DE MUERTE, Y DESMEMBRACIÓN COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE.

ES CONDICIÓN DE COBERTURA QUE EL ASEGURADO NO HAYA PROVOCADO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

1.4. DESMEMBRACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN, SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO LAS SUMAS QUE RESULTEN DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE LISTAN, SI DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO SUFRA LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ESTAS DAN LUGAR A UNA DESMEMBRACIÓN

LA PERDIDA DE CADA FALANGE, SE CALCULARA EN FORMA PROPORCIONAL DE ACUERDO CON LOS PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD QUE DETERMINE QUIEN CALIFIQUE. SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.



DESIGNARA AL PROFESIONAL CALIFICADO PARA QUE SE ENCARGUE DE EMITIR DICHA CALIFICACIÓN O CUALQUIER OTRO CONCEPTO AL RESPECTO DE ESTA COBERTURA CUANDO ASI SE REQUIERA.

LA INDEMNIZACIÓN POR LA PERDIDA DE VARIOS DEDOS SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS O FALANGES PERDIDAS. LA PERDIDA FUNCIONAL TOTAL Y ABSOLUTA DE CUALQUIER MIEMBRO, SE CONSIDERARÁ COMO PERDIDA DEL MISMO.

EN CASO DE OCURRIR MAS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE APLICARAN A LA SUMA PRINCIPAL ASEGURADA Y NO AL SALDO DE ESTA DESPUÉS DE HABER DEDUCIDO OTROS PAGOS EFECTUADOS.

EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRACIONES POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, EN NINGÚN CASO, EXCEDERÁ DEL CIENTO POR CIENTO (100%) DE LA SUMA PRINCIPAL ASEGURADA.

EL LIMITE MÁXIMO INDEMNIZABLE BAJO ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ A RESTAR AL VALOR ASEGURADO CUALQUIER OTRA SUMA PAGADA O PAGADERA BAJO ESTA PÓLIZA, POR LOS AMPAROS DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE.

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

LA COBERTURA EN VIAJES EN AVIÓN, SE LIMITA A LOS VIAJES QUE REALICE EL ASEGURADO SOLO COMO PASAJERO EN UN AVIÓN DE PASAJEROS TAL COMO ESTA DEFINIDO EN LA CONDICIÓN 4 (DEFINICIONES GENERALES) MIENTRAS ESTE SUBIENDO O DESCENDIENDO DEL MISMO, SIEMPRE QUE NO SE HAYAN CONTRATADO EXPRESAMENTE UNO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS DEFINIDOS EN LA CONDICIÓN 2 (CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA) Y QUE SEAN EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CASO EN EL CUAL NO SE APLICARÁ NI TENDRÁ VIGENCIA LO PREVISTO EN ESTE PÁRRAFO.

ESTE AMPARO ESTA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL

ASEGURADO: EDAD MÁXIMA DE INGRESO: SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

1.5. AUXILIO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, OTORGARA UN AUXILIO A LOS BENEFICIARIOS POR LA MUERTE DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, QUE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA, OBLIGANDOSE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

ESTE AMPARO ESTA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO: EDAD MÁXIMA DE INGRESO: SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES: 4.1.1, Y 4.1.2.

1.6. AUXILIO FUNERARIO EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ UN AUXILIO A LOS BENEFICIARIOS, CUANDO OCURRA LA MUERTE DEL ASEGURADO, POR CUALQUIER CAUSA, LA SUMA ASEGURADA



ESTIPULADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

ESTE AMPARO ESTA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO: EDAD MÁXIMA DE INGRESO: SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES: 4.1.1, Y 4.1.2.

1.7. REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, REEMBOLSARÁ LOS GASTOS INCURRIDOS EN EL FUNERAL, INCLUYENDO TODOS LOS SERVICIOS PARA PREPARACIÓN DEL CUERPO, TRASLADOS, SERVICIOS RELIGIOSOS, INHUMACIÓN Y EXHUMACIÓN ENTRE OTROS, A MENOS QUE SE PACTE LO CONTRARIO, A LOS BENEFICIARIOS CUANDO OCURRA LA MUERTE DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, DURANTE LA VIGENCIA, OBLIGÁNDOSE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ESTE AMPARO ESTA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO: EDAD MÁXIMA DE INGRESO: SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN

LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

ESTA COBERTURA DEJA SIN EFECTO LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES: 4.1.1, Y 4.1.2.

CONDICIÓN 2. COBERTURAS DE SALUD

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, EN CASO QUE A LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO LE SEA DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EN FORMA POSITIVA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS PARA CADA AMPARO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO PARA CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES.

PARA EFECTOS DE TODAS LAS COBERTURAS SERÁ NECESARIO QUE:

A. EL DIAGNOSTICO SE HAYA EFECTUADO POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE FINALIZADO UN PERIODO 90 DIAS CALENDARIO, DENOMINADO "PERIODO DE CARENCIA", CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO. SI LA ENFERMEDAD GRAVE SE DIAGNOSTICA DURANTE EL "PERIODO DE CARENCIA" DEL PRESENTE CONTRATO, ESTA ENFERMEDAD NO SERA OBJETO DE COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO.

B. EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR O DESIGNAR A UN PROFESIONAL CALIFICADO PARA QUE SE ENCARGUE DE ACEPTAR, RECHAZAR O EMITIR CUALQUIER OTRO CONCEPTO AL RESPECTO DE ESTA COBERTURA CUANDO ASI SE REQUIERA.

CADA UNA DE LAS COBERTURAS ESTAN SUJETAS A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO: EDAD DE INGRESO: LA COMPRENDIDA ENTRE LOS SEIS (6) MESES Y LOS SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO



PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

2.1. CÁNCER.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL CANCER ES LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR UN INCREMENTO CELULAR ANORMAL QUE INVADIRÍA TEJIDOS VECINOS O A DISTANCIA POR METÁSTASIS. SE MANIFIESTA POR EL DESORDEN EN EL CRECIMIENTO MASIVO, EN LA FUNCIÓN Y EN ESTRUCTURA CELULAR. INCLUYE LEUCEMIA Y EXCLUYE EL CÁNCER INSITU NO INVASIVO, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN Y EL CÁNCER DE PIEL DIFERENTE AL MELANOMA MALIGNO. EL DIAGNÓSTICO, EN EL CASO DE CÁNCER, DEBE SER EFECTUADO POR UN MÉDICO Y FUNDAMENTADO CON LOS RESULTADOS DE UN EXAMEN DE PATOLOGÍA O EL CONCEPTO DE UN ONCOLOGO.

2.2. INFARTO AL MIOCARDIO.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL INFARTO AL MIOCARDIO CORRESPONDE A LA MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO DEL MIOCARDIO COMO CONSECUENCIA DE UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE A LA ZONA RESPECTIVA. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ ESTAR SOPORTADO CON TRES O MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a. HISTORIAL DE DOLORES TORÁCICOS.
- b. ALTERACIONES RECIENTES EN ELECTROCARDIOGRAMAS.
- c. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS.
- d. ELEVACIÓN DE LA TROPONINA
- e. QUE SE PRESENTE UNA DISMINUCIÓN INFERIOR AL 50%, EN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DESPUÉS E TRANSCURRIDOS COMO MÍNIMO TRES MESES DEL EVENTO CARDIACO.

2.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBRO-VASCULAR QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE SE MANIFIESTEN O DUREN POR MÁS DE 24 HORAS.

DEBE EXISTIR UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA, CON PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

LA EVIDENCIA DE UNA DEFICIENCIA NEUROLÓGICA PERMANENTE DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DEL EVENTO. DE LA MISMA MANERA LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLÓGÍA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

2.4. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRANSPLANTE DE RIÑÓN.

2.5. CIRUGÍA ARTERIO – CORONARIA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA ES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO PARA LA RECUPERACIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO, QUE DEBE MANIFESTARSE EN LA NECESIDAD DE CORREGIR UNA ESTENÓSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, SEGÚN EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

LAS ANGIOPLASTIAS Y/O COLOCACIÓN DE STENT NO SE CONSIDERAN CIRUGÍA ARTERIO- CORONARIA.

2.6. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA).

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL TRANSPLANTE DE ÓRGANO MAYOR ES LA NECESIDAD DE EFECTUAR UN TRANSPLANTE DE CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS,



RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO IRREVERSIBLE DE ALGUNO DE ESTOS ÓRGANOS.

2.7. PARALISIS TOTAL

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA PARÁLISIS TOTAL ES LA PÉRDIDA FUNCIONAL (DE USO) COMPLETA DE AL MENOS DOS BRAZOS O DOS PIERNAS O UN BRAZO Y UNA PIERNA, COMO CONSECUENCIA DE PARÁLISIS. LA PERDIDA FUNCIONAL DEBE HABERSE PRESENTADO EN FORMA CONTINUA Y PERMANENTE POR UN PERIODO NO INFERIOR A 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE PRESENTÓ INICIALMENTE LA PARÁLISIS. DICHA PARÁLISIS DEBE TENER EL CARÁCTER DE IRREVERSIBLE Y SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO.

2.8. COBERTURA DE AUXILIO POR CIRUGIAS DE ALTA COMPLEJIDAD.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, PAGARA AL ASEGURADO LA SUMA EXPRESADA EN LA MISMA EN CASO DE REQUERIR UNA CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD DE ACUERDO A LAS DEFINICIONES, DENTRO DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

A. CUALQUIER TIPO DE CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

B. CUALQUIER TIPO DE CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SISTEMA CARDIO VASCULAR SIN INCLUIR EL SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO.

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO SERÁ PAGADERA POR UNA SOLA VEZ POR PROCEDIMIENTO Y POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL PROCEDIMIENTO O CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD, SIEMPRE Y CUANDO LA CIRUGÍA SE REALICE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y EL PROCEDIMIENTO SEA REALIZADO POR UN MEDICO DEBIDAMENTE REGISTRADO Y CAPACITADO PARA TAL FIN. PARA CIRUGIAS MULTIPLES SE CONSIDERA UNA UNICA INDEMNIZACION.

SI UN TRATAMIENTO QUIRURGICO SE EFECTUASE MEDIANTE INTERVENCIONES REPETIDAS POR PROGRAMACION O SECUELAS, ESTAS SERAN CONSIDERADAS COMO UNA SOLA PARA EFECTOS DE LA INDEMNIZACIÓN.

CONDICIÓN 3. COBERTURAS OPCIONALES

CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA LOS AMPAROS INDICADOS EN LA CONDICIÓN 2 (COBERTURAS DE SALUD) PODRÁN INCLUIR DENTRO DE SU ALCANCE LAS SIGUIENTES COBERTURAS OPCIONALES QUE ESTAN SUJETAS A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO: EDAD DE INGRESO: LA COMPRENDIDA ENTRE LOS SEIS (6) MESES Y LOS SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, ESTO ES HASTA CUANDO PRODUCE EFECTOS LA COBERTURA: SESENTA Y CINCO (65) AÑOS.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO O SUS RENOVACIONES, SE CONVIENE EXPRESAMENTE QUE EL SEGURO CONTINUARÁ VIGENTE SÓLO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA CLARAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LA FECHA INDICADA EN EL RESPECTIVO ANEXO DE RENOVACIÓN.

3.1. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ENFERMEDAD AMPARADA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARA AL ASEGURADO "LA RENTA DIARIA" EXPRESADA EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO CON OCASIÓN DE ALGUN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRURGICO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O RELACIONADO CON UNA DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS POR ESTE SEGURO, PERO SIN EXCEDER EL NUMERO MÁXIMO DE DÍAS ESTIPULADO. EN CASO QUE LA COBERTURA DEL SEGURO SE LIMITE A UNA SOLA ENFERMEDAD, EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION SE LIMITARA A INDEMNIZAR LOS EVENTOS RELACIONADOS EXCLUSIVAMENTE CON DICHA ENFERMEDAD. SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA ESTA COBERTURA SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO POR CONVALECENCIA O PERIODO POST-HOSPITALARIO, EQUIVALENTE AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE DICHA "RENDA DIARIA", Y HASTA DE DICHA "RENDA DIARIA", Y HASTA POR 10 DIAS.

A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE UN (01) DÍA Y SE LIMITA A UN



PERIODO MAXIMO DE HOSPITALIZACION DE NOVENTA (90) DIAS CALENDARIOS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR CADA ENFERMEDAD CONTRATADA. EN EL EVENTO DE ESTABLECERSE UN DEDUCIBLE O UN PERIODO MAXIMO DE HOSPITALIZACION DIFERENTE, ESTE SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

3.2. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A CAUSA DE ENFERMEDAD AMPARADA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARA AL ASEGURADO "LA RENTA DIARIA" EXPRESADA EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO CONSECUENCIA DIRECTA O RELACIONADO CON UNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS EN ESTE SEGURO, PERO SIN EXCEDER DEL NUMERO MÁXIMO DE DÍAS ESTIPULADO.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA ESTA COBERTURA SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO POR CONVALECENCIA O PERIODO POST-HOSPITALARIO, EQUIVALENTE AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE DICHA "RENDA DIARIA", Y HASTA POR 10 DIAS.

A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE UN (01) DÍA Y SE LIMITA A UN PERIODO MAXIMO DE HOSPITALIZACION DE NOVENTA (90) DIAS CALENDARIO CONTINUOS O DISCONTINUOS POR CADA ENFERMEDAD CONTRATADA. EN EL EVENTO DE ESTABLECERSE UN DEDUCIBLE O UN PERIODO MAXIMO DE HOSPITALIZACION DIFERENTE, ESTE SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ESTE DEDUCIBLE NO SE APLICARA EN CASO DE QUE YA SE HAYA APLICADO EL DEDUCIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION.

3.3. COBERTURA DE BENEFICIO POR CIRUGÍA.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, PAGARA AL ASEGURADO LA SUMA EXPRESADA EN LA MISMA EN CASO DE REQUERIR UNA CIRUGÍA DIRECTAMENTE RELACIONADA CON UNA ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTE SEGURO Y POR LA CUAL SE RECLAMA, SIEMPRE QUE DICHA

CIRUGÍA SEA RECOMENDADA Y PRACTICADA POR UN MEDICO Y REQUIERA DOS O MAS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO SERÁ PAGADERA POR UNA SOLA VEZ POR ENFERMEDAD, SIEMPRE Y CUANDO LA CIRUGÍA SE REALICE DENTROS DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LA ENFERMEDAD OBJETO DE COBERTURA SIEMPRE Y

CUANDO LA POLIZA ESTE VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA.

CONDICIÓN 4. EXCLUSIONES

4.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES (CONDICION 1).

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS Y/O CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA DE ESTE SEGURO, CUANDO LAS LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO, SEAN ESTAS ANTERIORES A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

4.1.1. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD, INCLUYENDO INFECCIONES VIRALES Y/O BACTERIANAS Y CUALQUIER EXAMEN DE CONTROL O PROCEDIMIENTO DE RUTINA RELACIONADOS CON ESTE EVENTO. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO SE TRATE DE UNA INFECCIÓN QUE TENGA SU ORIGEN EN UN EVENTO TRAUMÁTICO O HERIDA ACCIDENTAL.

4.1.2. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). QUEDA COMPRENDIDO DENTRO DE ESTA EXCLUSIÓN CUALQUIER GASTO O ACTIVIDAD ENCAMINADA AL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO CURATIVO O PREVENTIVO ASÍ COMO LAS SECUELAS O CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES EN CASO DE ACCIDENTE.

4.1.3. LESIÓN INTENCIONALMENTE INFRINGIDA ASÍ MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSIENTE O INCONSCIENTE.



4.1.4 DEL USO INTENCIONAL DE FUERZA MILITAR PARA INTERCEPTAR, PREVENIR O MITIGAR CUALQUIER ACTO TERRORISTA, CONOCIDO O SOSPECHADO.

4.1.5 PANDEMIAS O EPIDEMIAS.

4.1.6 ACCIDENTES CAUSADOS POR ESTAR EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS TOXICAS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARA CUANDO LAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.

4.1.7 ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PERDIDA DE MAS DEL 50% DE LA AUDICION, DE LA VISION O EL HABLA, ASI COMO AQUELLOS LOS QUE PRESENTEN PERDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIERNA Y UA MANO SIMULTANEAMENTE.

4.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS SIGUIENTES: 1.5 AUXILIO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, 1.6 COBERTURA DE AUXILIO FUNERARIO EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y 1.7. COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO HABRA LUGAR A PAGO ALGUNO BAJO LAS COBERTURAS MENCIONADAS EN ESTE NUMERAL, CUANDO LA MUERTE SEA CAUSA DE, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

4.2.1. CUALQUIER CONDICIÓN PREEXISTENTE CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO O QUE DEBIÓ SER CONOCIDA POR ELLOS CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

4.2.2. NO SE CUBRE EL SUICIDO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA POLIZA, ES DECIR QUE APLICA UN PERIODO DE CARENCIA 1 AÑO.

4.2.3. AUN CUANDO NO SE TRATE DE UNA PREEXISTENCIA, DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA, NO SE CUBRE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). COMPRENDIENDO TAMBIEN LAS SECUELAS O CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES.

4.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE SALUD Y A LAS COBERTURAS OPCIONALES (CONDICION 2 Y 3)

NO HABRA LUGAR A PAGO ALGUNO BAJO CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS Y/O COBERTURAS OPCIONALES DE ESTE SEGURO, CUANDO LA ENFERMEDAD GRAVE QUE SUFRA EL ASEGURADO, SEA ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, O TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

4.3.1. CUALQUIER CONDICIÓN PREEXISTENTE CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO O QUE DEBIÓ SER CONOCIDA POR ELLOS CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

4.3.2 ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

4.3.3 CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD QUE NO SEA DE LAS EXPRESAMENTE SEÑALADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

4.3.4 SI LA ENFERMEDAD POR LA QUE SE RECLAMA ES DIAGNOSTICADA DESPUÉS DE FALLECIDA LA PERSONA ASEGURADA.

4.3.5 EN EL EVENTO DE UN SEGUNDO DIAGNOSTICO POSITIVO SOBRE EL MISMO ÓRGANO, POR EJEMPLO, POR RAZONES DE REINCIDENCIA O METÁSTASIS.

4.3.6 INFECCIÓN OPORTUNISTA O NEOPLASMA MALIGNO SI EN EL MOMENTO DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE, EL ASEGURADO TUVIERE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O FUERE SERO-POSITIVO AL VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA). LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS INCLUYEN, PERO NO ESTÁN LIMITADAS A, NEUMONÍA, PNEUMOCYSTIS CARINII, SARCOMA DE KAPOSIS, LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O OTRA MALIGNIDAD COMO CAUSA DE MUERTE ANTE LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

4.3.7 LESIÓN INTENCIONALMENTE INFRINGIDA POR EL ASEGURADO ASÍ COMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONCIENTE O INCONSCIENTE.

4.3.8 DIAGNOSTICO EFECTUADO POR YERBATEROS O HIERBISTAS, ACUPUNTURISTAS, HOMEÓPATAS U OTROS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD CUALQUIERA QUE SEA SU DENOMINACIÓN Y QUE NO OSTENTE LA CALIDAD DE MEDICO CONFORME A LA DEFINICIÓN CONTENIDA EN LA CONDICIÓN CUARTA (4).

4.3.9 ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.

4.4. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE CANCER (NUMERAL 2.1) EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 3.1 DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS CONTRATADAS), A ESTOS AMPARO LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

4.4.1. CIRUGÍAS QUE HAYAN DEBIDO REALIZARSE PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO POSITIVO, LO CUAL INCLUYE BIOPSIAS O ASPIRACIONES.

4.4.2. EN CASO DE HABÉRSELE DIAGNOSTICADO A LA PERSONA ASEGURADA LA PRESENCIA DE CÉLULAS ANORMALES EN EL ÓRGANO POR EL CUAL RECLAMA, ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO DE CARENCIA. (ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA UNA VEZ EL ASEGURADO SEA MÉDICAMENTE DECLARADO LIBRE DE CÉLULAS ANORMALES POR UN PERIODO DE CINCO O MÁS AÑOS CONSECUTIVOS DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO INICIAL).

4.4.3. TUMORES DESCRITOS HISTÓRICAMENTE COMO PRE-MALIGNOS, NO-INVASIVOS O COMO CÁNCER IN-SITU, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A: CARCINOMA-IN-SITU DE SENO, DISPLASIA CERVICAL, LESIONES DE BAJO O DE ALTO GRADO COMO NIC I NIC II Y NIC III (NEOPLASIA INTRACERVICAL). LESIONES POR HPV (HUMAN PAPILOMA VIRUS).

4.4.4. CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

4.4.5. CUALQUIER TIPO DE CÁNCER ORIGINADO EN OTRO ÓRGANO NO CUBIERTO POR LA PRESENTE POLIZA O EN CASO DE CÁNCER DIAGNOSTICADO SOBRE UN ÓRGANO CUBIERTO, PERO QUE SEA PRODUCTO DE METÁSTASIS, INDEPENDIENTE DE QUE TAL METÁSTASIS PROVENGA DE CÁNCER DIAGNOSTICADO SOBRE UN ÓRGANO ESTANDO ESTE CUBIERTO O NO.

4.4.6. EL CANCER QUE RESULTE EN EL FALLECIMIENTO O MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL DIAGNOSTICO POSITIVO. ESTA EXCLUSION SOLO APLICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.

4.4.7. EN CASO DE METASTASIS A OTRO ORGANO CUANDO EL ORGANO DE ORIGEN YA SE HAYA INDEMNIZADO.

4.5. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (NUMERAL 2.3) EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 3.1 DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS CONTRATADAS), A ESTE AMPARO LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

4.5.1. ACCIDENTES ISQUEMICOS TRANSITORIOS.

4.5.2. DESORDENES ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR.

4.6. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

4.6.1. DURANTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS MILITARES O POLICIALES O UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS.

4.6.2. LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO O CONTRAVENCIONES POR LA LEY PENAL.

4.6.3. DURANTE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS.

4.6.4. EL VUELO COMO PASAJERO EN HELICÓPTERO.

4.6.5. GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ALBOROTOS POPULARES ASONADA, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN, INSURRECCIÓN, INVASIÓN, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MANDO O USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO.

4.6.6. CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

4.6.7. EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MAS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

4.6.8. DURANTE LA PRÁCTICA DE DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO COMO PARACAIDISMO, ALPINISMO, LANZAMIENTO DESDE UNA ALTURA DETERMINADA SUJETO A UNA CUERDA ELÁSTICA, BUCEO, ENTRE OTROS.

CONDICIÓN 5. DEFINICIONES GENERALES

Tomador: De acuerdo con el artículo 1037 del Código de Comercio, es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al asegurador.

Asegurado: Es el titular del interés asegurable.

Beneficiario: La persona que tiene derecho a la prestación asegurada y que aparece señalada en la "Carátula" de la Póliza, en concordancia, para lo que resulte aplicable, con los artículos 1141 y 1142 del Código del Comercio.

Hospital: Establecimiento destinado al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, con facilidades organizadas para diagnóstico, cirugía mayor, servicio médico con profesionales legalmente titulados y servicio de enfermeras o enfermeros graduados. Todo ello operando legalmente de acuerdo con las normas legales vigentes aplicables.

Sida: Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El Sida incluirá el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Encefalopatía (Demencia), síndrome de Debilitamiento del VIH. Y "A.R.C" (Asociación de Síntomas Relacionados con el Sida)

Médico: Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de la medicina en el país donde tenga que ser atendido algún asegurado o que haya validado en tal país el título obtenido en el extranjero y que, además, tenga vigente la autorización oficial para su ejercicio profesional. El médico tratante del Asegurado por alguna lesión amparada por la presente Póliza no podrá ser:

- (a) el mismo Asegurado;
- (b) el cónyuge del Asegurado; o
- (c) los padres, hermanos o hijos del Asegurado o su cónyuge.

Células Anormales: Células que necesiten ser investigadas. Esto incluye remover las células para examinarlas a través de Aspiración o Biopsia.

Aspiración: Remover o tratar de remover fluidos, gases o tejidos del cuerpo para un examen microscópico o de diagnóstico.

Biopsia: Remover tejido vivo de un órgano del cuerpo para un examen microscópico o de diagnóstico.

Metástasis: Crecimiento del tejido del tumor localizado remotamente del sitio primario.

Sitio Primario: Sitio donde el cáncer inicia su crecimiento con relación a ese cáncer específico y no cuando ese sitio es afectado por metástasis originada en otro órgano no cubierto por esta póliza. Sólo se cubrirá el cáncer cuando el sitio primario sea alguno de los órganos cubiertos.

Cirugía: Procedimiento quirúrgico que es recomendado y practicado por un médico, directamente relacionado con el cáncer por el cual el asegurado haya recibido el beneficio por Diagnostico Positivo.

Cirugía de alta complejidad Sistema Nervioso

Central: Todos los procedimientos que de acuerdo al Código Único de procedimientos del ministerio de salud (C.U.P.S.) pertenecen al grupo quirúrgico igual o mayor que 20, dentro de los procedimientos e intervenciones quirúrgicas del Sistema Nervioso central, que incluyan cráneo, cerebro y meninges cerebrales. No incluyen sistema nervioso periférico, ni canal raquídeo, ni medula espinal.

Cirugía de alta complejidad Sistema Cardio

Vascular: Todos los procedimientos que de acuerdo al Código Único de procedimientos del



ministerio de salud (C.U.P.S.) pertenecen al grupo quirúrgico igual o mayor que 20, dentro de los procedimientos e intervenciones quirúrgicas del sistema circulatorio.

Periodo de Carencia: Corresponde al número de días indicados en la póliza, bien sea su carátula o sus condiciones generales y particulares, dentro del cual no operan las coberturas.

CONDICIÓN 6. DEDUCIBLE

Deducible corresponde a la porción del riesgo o de la pérdida que permanece en cabeza del asegurado y que está representado en la cantidad (en días o pesos) o el porcentaje de la suma asegurada o de la indemnización que invariablemente se deduce del pago o de la indemnización o del capital asegurado y que, por lo tanto siempre queda a cargo del Asegurado y/o del Beneficiario.

En todo caso los porcentajes y cantidades convenidos como deducibles, se estipularán en la Carátula de la Póliza o en los Anexos o certificados que se expidan en aplicación a ella.

CONDICIÓN 7. TERMINO PARA EL PAGO DE PRIMA

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima dentro del plazo señalado expresamente en la Carátula de la Póliza.

En todos los casos la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, sin necesidad de requerimiento previo por parte de SBS SEGUROS COLOMBIA S.A..

CONDICIÓN 8. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante notificación escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso, la revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo entre las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán

tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CONDICIÓN 9. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio el Asegurado y Tomador están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador o el asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador o del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo. Excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN 10. ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1161 del Código de Comercio si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

1. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058.
2. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y
3. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

CONDICION 11.- MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El Asegurado o Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud uno u otro debe notificar por escrito a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que conforme al criterio consignado en el inciso 1° del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación debe hacerse con antelación no menor a diez días a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. a retener la prima no devengada.

Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto en cuanto a los amparos accesorios, a menos de convención en contrario; ni cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

CONDICIÓN 12. COEXISTENCIA DE SEGUROS

A este respecto y, exclusivamente, para los amparos opcionales que tengan carácter indemnizatorio según el artículo 1140 del Código de Comercio, el asegurado deberá informar por escrito a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de un término de diez días a partir de su celebración (Art. 1093),

Habrà pluralidad de seguros sobre un mismo interés o coexistencia de seguros cuando estos reúnan las condiciones siguientes (Art. 1094):

1. Diversidad de aseguradores
2. Identidad de asegurado
3. Identidad de interés asegurado
4. Identidad del riesgo

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción

a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad (Art.- 1092).

CONDICIÓN 13. AVISO DE SINIESTRO

En cumplimiento de lo previsto por el artículo 1075 del Código de Comercio El Asegurado o Beneficiario estarán obligados a dar noticia a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. de la ocurrencia del siniestro, dentro de los 3 días siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer.

Este término podrá ampliarse mas no reducirse por las partes.

CONDICIÓN 14. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. en caso de siniestro, pagará las sumas a su cargo ciñéndose al artículo 1080 del Código de Comercio.

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que efectúe el pago.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de celebrado entre el tomador y el asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causada por la mora del asegurador.

Para efectos de acreditar el siniestro, el asegurado deberá presentar los siguientes documentos:

- Certificado de seguro.
- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- Fotocopia documento de Identidad de la persona asegurada.
- Historia clínica y certificado médico con todos los antecedentes y anexos que determinen el diagnóstico, su tiempo de evolución y los procedimientos médicos realizados.
- Para certificar el diagnóstico de cáncer es preciso adjuntar el resultado de patología.

NOTA: SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier documento



encaminado a analizar y evaluar la reclamación presentada.

CONDICIÓN 15. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN 16. RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA

No habrá restablecimiento automático de la suma asegurada pactada para cada uno de los amparos y, por lo tanto, agotada aquella con ocasión de un siniestro cubierto, la cobertura finalizará y sólo habrá lugar a pago por cualquier otro amparo que haya sido contratado con su correspondiente valor asegurado.

CONDICIÓN 17. VIGENCIA TÉCNICA DEL SEGURO

Para todos los efectos y amparos de este seguro y siempre que no se indique otra cosa expresamente en la carátula de la póliza, los riesgos comenzarán a correr por cuenta de SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. a la hora dieciséis (16) del día en que se perfeccione el contrato si el perfeccionamiento se da antes de la hora aquí señalada. Si el perfeccionamiento del seguro se hace pasada esa hora la vigencia del seguro iniciará a la hora dieciséis (16) del día siguiente.

CONDICIÓN 18. REGLAS ESPECIALES APLICABLES A PÓLIZAS COLECTIVAS

18.1. Cuando en la presente Póliza se otorguen coberturas para un número plural de Asegurados, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto a cada uno de los asegurados individualmente considerados. En caso de que los valores asegurados o las condiciones de coberturas sean diferentes se especificaran en los certificados individuales de seguro.

18.2. Terminación de la relación individual de un asegurado: El seguro de cualquier persona asegurada terminará en adición a los eventos previstos por la Ley y sin que sea necesario aviso previo alguno:

- a. En la fecha de expiración de esta Póliza.
- b. A la terminación automática de esta póliza por mora en el pago de la prima.
- c. Por el reconocimiento y pago de indemnizaciones por el ciento por ciento (100%) de la suma principal.

d. En cada una de las coberturas contratadas específicamente señaladas en la Carátula de la Póliza, el día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia expresamente definida en el numeral correspondiente a cada uno de los amparos.

CONDICIÓN 19. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones de esta Póliza, deberá consignarse por escrito, salvo para lo dispuesto en el artículo 1075 del Código de comercio, y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío del aviso escrito dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN 20. NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN 21. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, en la República de Colombia.