

**CONDICIONADO GENERAL
POLIZA VIDA GRUPO**

REGISTRO CONDICIONADO 21032018-1322-P-34-VIDA_GRUPO_SBS01-D001
REGISTRO NOTA TÉCNICA 21032018-1322-NTP-34-VIDA_GRUPO_SBS01

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. que en adelante se denominará "SBS SEGUROS", con base y en consideración a las declaraciones que aparecen en la solicitud de seguro con sus respectivos requisitos de asegurabilidad, 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 regirá por las siguientes cláusulas y condiciones:

CONDICIÓN 1. AMPARO BÁSICO DE VIDA

SBS SEGUROS SE COMPROMETE A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S), HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

ESTE AMPARO SE ENCUENTRA SUJETO A LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO:

LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS Y PERMANECERÁ EN LA PÓLIZA HASTA LOS SETENTA AÑOS (70) DE EDAD, SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

PARÁGRAFO: EN EL SEGURO DE VIDA DEUDORES LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO SERÁ DE DIECIOCHO (18) AÑOS Y LA MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE SESENTA Y CINCO AÑOS (65) AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA LA TERMINACIÓN O EXTINCIÓN DE LA DEUDA, SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

CONDICIÓN 2. AMPAROS OPCIONALES

2.1. AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SBS SEGUROS, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN, INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SUFRA EL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SESENTA (65) AÑOS DE EDAD QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER OCUPACIÓN O EMPLEO REMUNERADO, POR TENER UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50%. DICHA INCAPACIDAD OCURRIRÁ, PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE CONSIDERA TAMBIÉN COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LO SIGUIENTE:

- a. LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS;
- b. LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES;
- c. LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE;
- d. LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE Y LA VISIÓN POR UN OJO;
- e. LA PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA.
- f. LA PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.

SE ENTENDERÁ POR PÉRDIDA, PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, LO SIGUIENTE:

- **MANOS:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O MAS PROXIMAL.
- **PIES:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O MAS PROXIMAL.
- **OJOS:** LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

ESTE AMPARO SE ENCUENTRA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y



PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO:

LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE SESENTA (60) AÑOS Y LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SESENTA Y CINCO (65) AÑOS, SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

EL ASEGURADO PODRÁ PROBAR EL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE MEDIANTE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDA POR UNA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN, ARP Y AFP CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUYO PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN SEA IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) Y LOS DEMÁS SOPORTES MÉDICOS Y CLÍNICOS PARA DEMOSTRAR LA OCURRENCIA.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL SEGURO DE VIDA GRUPO TERMINARÁ.

2.2. AMPARO OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

MUERTE ACCIDENTAL:

SBS SEGUROS, 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, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA MUERTE DEL ASEGURADO QUE SE ORIGINE EN UN ACCIDENTE SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE SE PRODUZCA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE, PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO OPCIONAL, EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO.

DESMEMBRACIÓN:

SBS SEGUROS, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN Y DE ACUERDO A LA CONDICIÓN 6 DEL PRESENTE CLAUSULADO, 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 DESCRIBEN, SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y 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:

PERDIDA	PORCENTAJE
PERDIDA DE CUALQUIER MANO, BRAZO, PIERNA O PIE	50%
PERDIDA DE VISIÓN EN UN OJO	50%
PERDIDA DE LA AUDICIÓN EN UN OÍDO	50%
PERDIDA DEL PRIMER DEDO (PULGAR) DE UNA MANO	20%
PERDIDA DEL SEGUNDO DEDO (ÍNDICE) DE LA MANO DERECHA O IZQUIERDA	15%
PERDIDA DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE LA MANO	5%
PERDIDA TOTAL DEL GRUESO ARTEJO O DEDO GORDO DEL PIE.	5%
PERDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS ARTEJOS DE LOS PIES	3%
PERDIDA DE CADA UNA DE LAS FALANGES DE LOS DEDOS O ARTEJOS	1%

PARA EL PRESENTE AMPARO SE ENTENDERÁ COMO PERDIDA O DESMEMBRACIÓN, LA SEPARACIÓN COMPLETA POR AMPUTACIÓN, O LA INHABILIDAD TOTAL E IRREPARABLE POR IMPOTENCIA FUNCIONAL. PARA EL CASO DE LOS DEDOS Y ARTEJOS SE ENTENDERÁ POR PERDIDA O DESMEMBRACIÓN LA SEPARACIÓN COMPLETA POR AMPUTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES.

LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA DE VARIOS DEDOS O ARTEJOS SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS O FALANGES PERDIDOS.

TODA SUMA PAGADA O PAGADERA A CAUSA DEL BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN DE ACUERDO A LA TABLA, DISMINUIRÁ EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO EL LÍMITE MÁXIMO INDEMNIZABLE CORRESPONDERÁ A RESTAR AL VALOR ASEGURADO CUALQUIER SUMA PAGADA O PAGADERA BAJO ESTA PÓLIZA, POR CUALQUIER BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN. SI POR

BENEFICIOS DE DESMEMBRACIÓN, SE HA PAGADO EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO, EL SEGURO TERMINARÁ.

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

ESTE AMPARO SE ENCUENTRA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO:

LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS; LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA LOS SETENTA (70) AÑOS.

2.3. AMPARO OPCIONAL DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

SBS SEGUROS, SE COMPROMETE A PAGAR AL BENEFICIARIO, UNA SUMA EQUIVALENTE AL PORCENTAJE SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA O AL MONTO PACTADO EN LA MISMA, EN CASO DE QUE A LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SE LE MANIFIESTE Y SE LE DIAGNOSTIQUE POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

EL PORCENTAJE O MONTO SEÑALADO AFECTARÁ DIRECTAMENTE EL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y EN EL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD. EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO O EL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SEGÚN APLIQUE, SE REDUCIRÁ EN DICHO PORCENTAJE O MONTO. EN CASO DE PRESENTARSE UNA RECLAMACIÓN POSTERIOR POR UNA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO O DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA INDEMNIZACIÓN SE HARÁ CON BASE EN EL REMANENTE.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SERÁ NECESARIO QUE:

- A. EL DIAGNÓSTICO O MANIFESTACIÓN SE HAYA EFECTUADO POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE FINALIZADO UN PERIODO DE 90 DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.
- B. EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA,

ADJUNTANDO UNA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES QUE SUSTENTEN SU DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO.

SBS SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO DE DESIGNAR A OTRO PROFESIONAL CALIFICADO PARA EFECTOS DE EVALUAR LA COBERTURA BAJO EL PRESENTE AMPARO CUANDO ASÍ SE REQUIERA.

ESTE AMPARO SE ENCUENTRA SUJETO A LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA EN CUANTO A LA EDAD DEL ASEGURADO:

EDAD MÍNIMA DE INGRESO SERÁ DE 12 AÑOS PARA LAS MUJERES Y 14 AÑOS PARA LOS HOMBRES, PARA AMBOS CASOS LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE SESENTA (60) AÑOS; EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA HASTA LOS SESENTA Y CINCO (65) AÑOS.

2.3.1. ENFERMEDADES CUBIERTAS

2.3.1.1. CÁNCER

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE ENTIENDE POR CÁNCER LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR UN CRECIMIENTO Y MULTIPLICACIÓN DE CÉLULAS ANORMALES QUE INVADE TEJIDOS VECINOS O A DISTANCIA POR METÁSTASIS. SE MANIFIESTA POR EL DESORDEN EN EL CRECIMIENTO MASIVO, EN LA FUNCIÓN Y EN ESTRUCTURA CELULAR. ESTA DEFINICIÓN INCLUYE LEUCEMIA Y ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO COMO POR EJEMPLO, LA ENFERMEDAD DE HODGKING.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER EFECTUADO POR UN MÉDICO Y FUNDAMENTADO CON LOS RESULTADOS DE UN EXAMEN DE PATOLOGÍA Y/O HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA.

2.3.1.2. INFARTO AL MIOCARDIO

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, 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:

- HISTORIAL DE DOLORS TORÁCICOS.
- ALTERACIONES RECIENTES EN ELECTROCARDIOGRAMAS.
- ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS.
- ELEVACIÓN DE LA TROPONINA.
- QUE SE EVIDENCIEN ZONAS AQUINÉTICAS EN UN ECO CARDIOGRAMA.

2.3.1.3. EVENTO CEREBRO VASCULAR

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA EL EVENTO CEREBRO-VASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER EVENTO DE CAUSA INTERNA EN DONDE YA SEA POR UNA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL O POR UNA OBSTRUCCIÓN AL APORTE DE OXIGENO DADA POR UNA TROMBOSIS O EMBOLIA, SE OCASIONA LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL CON LA CONSECUENTE INSTAURACIÓN DE SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES.

LA EVIDENCIA DE UNA DEFICIENCIA NEUROLÓGICA PERMANENTE OCASIONADA POR UN EVENTO CEREBRO VASCULAR 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 IMAGENOLOGÍA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

2.3.1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, CUYA CAUSA SE HAYA MANIFESTADO O DIAGNOSTICADO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.

2.3.1.5. CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA LA CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS ES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO PARA LA RECUPERACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO CUYA NECESIDAD O INDICACIÓN HAYA SIDO DEMOSTRADA POR MEDIO DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA U OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS SIMILARES.

LA ANGIOPLASTIA Y CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO INTRA ARTERIAL YA SEA POR BALÓN, COLOCACIÓN DE STENT U OTROS SIMILARES, NO SE CONSIDERAN CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA.

2.3.1.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA)

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA EL TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR ES EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, MEDICAMENTE NECESARIO COMO ÚNICA POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO, EFECTUADO A UN ASEGURADO Y CUYA CAUSA SE HAYA MANIFESTADO Y DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, MEDIANTE EL CUAL SE IMPLANTA DENTRO DEL CUERPO DE UNA PERSONA ASEGURADA,

CUALQUIERA DE LOS ÓRGANOS O PARTE DE ELLOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN, PROVENIENTES DE UN DONANTE VIVO O FALLECIDO O DE ORIGEN MECÁNICO.

PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE CUBRIRÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EL TRASPLANTE DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS:

CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA.

2.3.1.7. PARÁLISIS TOTAL

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA SE ENTIENDE POR PARÁLISIS TOTAL LA PÉRDIDA FUNCIONAL COMPLETA E IRREVERSIBLE DE AL MENOS DOS BRAZOS O DOS PIERNAS O DE UN BRAZO Y UNA PIERNA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO U OCURRIDO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. LA PÉRDIDA FUNCIONAL DEBE HABERSE PRESENTADO EN FORMA CONTINUA Y PERMANENTE POR UN PERIODO NO INFERIOR A 180 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE PRESENTÓ INICIALMENTE LA PARÁLISIS. DICHA PARÁLISIS DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO POR MEDIO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

2.3.1.8. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PARA HACER EFECTIVA LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO, SE REQUIERE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E INEQUÍVOCO HECHO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE, EN DONDE SE DEMUESTRE LAS ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE SEIS (6) MESES O SE DEMUESTRE AL MENOS LA OCURRENCIA DE DOS EPISODIOS CLÍNICAMENTE DOCUMENTADOS.

2.4. AMPARO OPCIONAL DE RENTA PARA GASTOS DEL HOGAR

SBS SEGUROS, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS CUANDO OCURRA LA MUERTE DEL ASEGURADO, LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DURANTE EL TIEMPO ALLÍ SEÑALADO.

SI ALGÚN O ALGUNOS DE LOS BENEFICIARIOS, FALLECE DURANTE EL PERIODO DE LA RENTA, LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA DE ACUERDO CON LA REGLA PREVISTA EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO DURANTE EL PERIODO FALTANTE O REMANENTE DEL AÑO ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO PERIODO TOTAL.

SI EVENTUALMENTE MÁS DE UN BENEFICIARIO FUERE DESIGNADO, LA RENTA TEMPORAL SERÁ DISTRIBUIDA EN LOS PORCENTAJES ESTIPULADOS



POR EL ASEGURADO EN LA "SOLICITUD DE SEGURO".

ESTE AMPARO ESTA SUJETO A LOS REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA.

2.5. AMPARO OPCIONAL DE AUXILIO FUNERARIO

SBS SEGUROS, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, INDEMNIZARÁ EN DINERO, A LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO, LOS GASTOS FUNERARIOS CAUSADOS CON OCASIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, PREVIA COMPROBACIÓN DEL PAGO DEL SERVICIO FUNERARIO.

EN CASO DE QUE LOS GASTOS FUNERARIOS INCURRIDOS FUEREN INFERIORES A DICHO VALOR ASEGURADO, EL EXCEDENTE SE ENTREGARÁ A LOS BENEFICIARIOS QUE FIGUREN EN LA PÓLIZA EN LA MISMA PROPORCIÓN QUE PARA EL AMPARO BÁSICO.

ESTE AMPARO SE ENCUENTRA SUJETO A LOS REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA.

2.6. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SBS SEGUROS, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

SBS SEGUROS PAGARÁ AL ASEGURADO, LA SUMA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA.

LA COBERTURA APLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO HOSPITALIZACIÓN SE PRODUZCAN DESPUÉS DE FINALIZADO UN PERIODO 30 DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA UN MÁXIMO DE NOVENTA (90) DÍAS POR EVENTO HASTA TRES EVENTOS POR AÑO.

PARA EL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN LA RECLUSIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA LEGALMENTE ESTABLECIDA Y APROBADA POR UN PERIODO DE 24 HORAS O MAYOR EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN CON CAMA ASIGNADA.

ESTE AMPARO ESTA SUJETO A LOS REQUISITOS DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL AMPARO OPCIONAL DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES.

CONDICIÓN 3. EXCLUSIONES

3.1. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE VIDA

EL PRESENTE AMPARO ESTA SUJETO A LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS EN EL NUMERAL 3.7 DE LA PRESENTE CLÁUSULA, SALVO PARA LA MODALIDAD DE VIDA GRUPO DEUDORES, EN CUYO CASO SE ENCUENTRA EXCLUIDO, ADEMÁS, EL SUICIDIO OCURRIDO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SBS SEGUROS NO PAGARÁ SUMA ALGUNA AL ASEGURADO, CUANDO EL SINIESTRO SE PRODUZCA DIRECTA O INDIRECTAMENTE, TOTAL O PARCIALMENTE, A CONSECUENCIA DE LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.

3.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS OPCIONALES DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

NO HAY LUGAR A PAGO ALGUNO BAJO ESTE AMPARO, CUANDO LAS LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE SUFRA EL ASEGURADO, TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

3.3.1. LESIONES, ENFERMEDADES CUYA CAUSA NO HAYA SIDO INICIALMENTE MANIFESTADA, O DIAGNOSTICADA U OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL SOLICITANTE AL MOMENTO DE SOLICITAR LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPLÍCITAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

3.3.2. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

3.3.3. MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA AL ASEGURADO (HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO). ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LAS LESIONES O MUERTE SEAN INFERIDAS AL ASEGURADO CON OCASIÓN DE HURTO Y/O HURTO

CALIFICADO O DE UNA TENTATIVA DE DICHOS DELITOS DE QUE HAYA SIDO VÍCTIMA.

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

3.3.5. 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, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MANDO O USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO, CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE O TOME PARTE DENTRO DE ÉSTOS.

3.3.6. CUALQUIER ACTO TERRORISTA

3.3.7. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE LEGAL DE PASAJEROS.

3.3.8. ACCIDENTES QUE OCURRAN ESTANDO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ O EN ESTADO DE ALTERACIÓN DE SUS PLENAS FACULTADES POR EL USO DEL ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO MEDICAMENTE FORMULADAS E INDICADAS, SALVO CUANDO POR ACTOS DELICTIVOS HAYA SIDO VOLUNTARIAMENTE PUESTO EN ESTA CONDICIÓN.

3.3.9. CUALQUIER EVENTO OCURRIDO O RELACIONADO U OCASIONADO POR PANDEMIAS O EPIDEMIAS DECLARADAS COMO TAL POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES ASÍ COMO 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.

3.3.10. CUALQUIER TIPO DE FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD

3.3.11. EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

3.3.12. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS EN DEPORTES DE ALTO RIESGO TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO. TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.

3.4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

3.4.1. LESIONES, ENFERMEDADES CUYA CAUSA NO HAYA SIDO INICIALMENTE MANIFESTADA, O DIAGNOSTICADA U OCURRIDA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL SOLICITANTE AL MOMENTO DE SOLICITAR LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPLÍCITAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

3.4.2. SI LA ENFERMEDAD SE DIAGNOSTICA DURANTE EL PERÍODO DE 90 DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

3.4.3. ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO QUE NO HAYAN SIDO MANIFESTADAS, DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO.

3.4.4. EN EL EVENTO DE UNA SEGUNDA RECLAMACIÓN POR LA MISMA ENFERMEDAD GRAVE DE LAS CUBIERTAS EN EL PRESENTE AMPARO A LAS QUE HACE REFERENCIA LA CONDICIÓN 2.3.1. DEL PRESENTE CLAUSULADO Y QUE HAYA SIDO OBJETO DE UNA INDEMNIZACIÓN PREVIA.

3.4.5. ENFERMEDADES EN PRESENCIA DE UN HALLAZGO POSITIVO DADO POR UN EXAMEN DE LABORATORIO QUE COMPRUEBE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DEL VIH PRODUCTOR DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA).

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

3.4.7. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O

3.4.8. QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

3.4.9. DIAGNOSTICO DE ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS CUBIERTAS POR ESTE SEGURO, EFECTUADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO, INDEPENDIENTE DEL GRADO O TIPO DE FAMILIARIDAD EXISTENTE (CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O ÚNICO CIVIL) O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO SEA O NO MEDICO PROFESIONAL.

3.4.10. DIAGNOSTICO EFECTUADO POR CUALQUIER INDIVIDUO QUE NO OSTENTE LA CALIDAD DE MEDICO ACREDITADO SEGÚN LAS NORMAS VIGENTES PARA EL PAÍS EN DONDE EJERCE SU PROFESIÓN.

3.4.10. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES, COBERTURA DE CÁNCER

EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 3.4 DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES), A ESTE AMPARO LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

3.4.10.1 CUALQUIER CÁNCER QUE HAYA SIDO MANIFESTADO O DIAGNOSTICADO EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE FINALIZADO EL PERIODO DE CARENCIA DE NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3.4.10.2 LESIONES DESCRITAS HISTOLÓGICAMENTE COMO PRE-MALIGNAS, NO-INVASIVAS O COMO CÁNCER IN-SITU EN CUALQUIER ÓRGANO.

3.4.10.3 CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

3.4.10.4 CUALQUIER NEOPLASIA INTRACERVICAL (NIC I NIC II Y NIC III) ASÍ COMO LESIONES POR DEL PH (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)

3.4.10.5 ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LINFOMAS.

3.4.11. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES, COBERTURA DE EVENTO CEREBRO VASCULAR

EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 3.4 DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA

OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES), A ESTE AMPARO LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

3.4.11.1 ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.

3.4.11.2 CAUSAS EXTERNAS ASÍ COMO HEMORRAGIAS INTRA CRANEANAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO.

3.5. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE RENTA TEMPORAL PARA GASTOS DEL HOGAR Y COBERTURA DE AUXILIO FUNERARIO

LAS EXCLUSIONES QUE SE APLICARAN SERÁN LAS MISMAS CONTEMPLADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA, SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

3.6. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

NO TENDRÁ APLICACIÓN EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASO QUE LA HOSPITALIZACIÓN SEA CAUSADA O COMO CONSECUENCIA DE:

3.6.1 CUANDO EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA NO HAYA SIDO INICIALMENTE MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO U OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE FINALIZADO EL PERIODO DE CARENCIA DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3.6.2 MATERNIDAD, PARTO, ABORTO O INTENTO DE ABORTO, ASÍ COMO LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS.

3.6.3 CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN ES ELECTIVA NO MEDICAMENTE INDICADA PARA LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA COMO CHEQUEOS EJECUTIVOS Y SIMILARES.

3.6.4 HOSPITALIZACIÓN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN CUANDO NO HAYA INDICACIONES MÉDICA PARA QUE NO SENA REALIZADOS DE FORMA AMBULATORIA.

3.6.5 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

3.6.6 CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CON FINES RECONSTRUCTIVOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

- 3.6.7** O UNA ENFERMEDAD OCURRIDOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 3.6.8** ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYAN SIDO MANIFESTADAS, DIAGNOSTICAS, CONOCIDAS O HAYAN DEBIDO SER CONOCIDAS POR EL ASEGURADO.
- 3.6.9** INTERNAMIENTO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, PSICOSIS, NEUROSIS O TRATAMIENTOS DE DESCANSO
- 3.6.10** CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES O CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS O DE SALUD MENTAL.
- 3.6.11** TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER TERAPIA RELACIONADA O COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ADICCIÓN.
- 3.6.12** ACCIDENTES DONDE LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DROGAS, A MENOS QUE DICHAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS MÉDICAMENTE.
- 3.6.13** TRATAMIENTOS A CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ÉSTE.
- 3.6.14** TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- 3.6.15** CUALQUIER EVENTO O CIRUGÍA AMBULATORIOS.
- 3.6.16** TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

3.7. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A CADA AMPARO MENCIONADAS EN LOS NUMERALES ANTERIORES, SE EXCLUYE DE MANERA GENERAL PARA TODAS LAS COBERTURAS EN ÉL OFRECIDAS:

CUALQUIER RECLAMO DE PÉRDIDA ORIGINADO EN, O DONDE EL ASEGURADO O ALGÚN BENEFICIARIO EN CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA ES UN CIUDADANO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE, ALGÚN PAÍS (PAÍSES) CONTRA EL (LOS) CUAL (CUALES) CUALESQUIERA LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A SBS SEGUROS, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU SOCIEDAD CONTROLADORA FINAL, TENGAN ESTABLECIDO UN EMBARGO U OTRA FORMA DE SANCIÓN ECONÓMICA, QUE PRODUZCA EL EFECTO DE PROHIBIR A SBS SEGUROS PROPORCIONAR COBERTURA DE SEGURO, REALIZAR OPERACIONES CON, O DE OTRA FORMA, OFRECER BENEFICIOS ECONÓMICOS AL ASEGURADO O ALGÚN OTRO BENEFICIARIO EN CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA.

SE ENTIENDE Y SE ACUERDA ADEMÁS QUE NINGÚN BENEFICIO O PAGO SERÁ OTORGADO O SERÁ EFECTUADO A CUALQUIER BENEFICIARIO (BENEFICIARIOS) QUE ES/SEAN DECLARADO(S) INCAPAZ (INCAPACES) DE RECIBIR BENEFICIOS ECONÓMICOS EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A SBS SEGUROS, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.

CONDICIÓN 4. GRUPO ASEGURABLE

Es el conformado por un conjunto de personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tiene con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.

Además del asegurado principal, pueden ser asegurables sus cónyuges o compañeros (as) permanentes, padres, hermanos e hijos dependientes del asegurado principal cuando así se indique en la carátula de la póliza.

CONDICIÓN 5. MODALIDADES DEL SEGURO

La presente póliza puede tener alguna de las siguientes modalidades:

5.1. Deudores: Cuando el objeto del seguro sea el de la protección del riesgo de muerte e incapacidad total y permanente, si así se hubiere contratado, a los deudores de un mismo acreedor, adquiriendo éste, en todos los casos la calidad de tomador.

5.2. Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado.

5.3. No contributivo: Cuando la totalidad de las primas es sufragada por el tomador del seguro.

CONDICIÓN 6. DEDUCCIONES

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no es

acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el Seguro de Vida Grupo terminará.

Si la póliza tiene además el amparo de Beneficios por Desmembración, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

En consecuencia cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración equivalente al 100% del Valor Asegurado, quedará cancelado el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente y el seguro terminará.

Igualmente cuando la póliza tenga el amparo de Anticipo de Enfermedades Graves cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dichos amparos, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico así como por el de Incapacidad Total y Permanente.

En el caso de Vida Grupo deudores bajo el amparo de Enfermedades Graves, únicamente se indemnizará el primer evento de diagnóstico de alguna de las enfermedades graves cubiertas en la presente póliza.

En consecuencia, cuando se pague cualquier suma como indemnización por el amparo de Enfermedades Graves el valor asegurado del Amparo Básico se deducirá en el mismo monto.

CONDICIÓN 7. INICIO Y VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

La vigencia de la póliza se indicará en la carátula y condiciones particulares de la misma. No obstante lo anterior, cada asegurado deberá solicitar la inclusión al grupo asegurado a través del diligenciamiento de una solicitud o aplicación y respectivo cuestionario o declaración de asegurabilidad.

SBS SEGUROS analizará las respuestas de dicho cuestionario y podrá:

- 7.1. Aceptar el seguro
- 7.2. Rechazar el seguro (para lo cual emitirá un endoso en tal sentido); o,
- 7.3. Aceptar el seguro en condiciones especiales, como por ejemplo, limitando particularmente la cobertura o solicitando el pago de una extraprima (para lo cual también emitirá un endoso de tal sentido).

CONDICIÓN 8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Toda persona que solicite la inclusión en el grupo asegurado debe presentar los requisitos de

asegurabilidad que se señala SBS SEGUROS, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la misma según lo establece la Condición 12 del presente clausulado.

CONDICIÓN 9. CONVERTIBILIDAD

Con excepción de las pólizas de vida grupo deudores, los asegurados principales menores de sesenta y cinco (65) años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un siniestro, se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, con cualquier otra compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. Dicho seguro se emitirá en las mismas condiciones del plan anterior, para el amparo básico de vida y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza anterior, el riesgo como subnormal, se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación y la extraprima que corresponda al seguro de vida.

Si el asegurado fallece después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

CONDICIÓN 10. CONTINUIDAD

SBS SEGUROS, cuando así lo indique en la carátula de la póliza, otorga el beneficio de continuidad de cobertura a la póliza de vida grupo expedida por otra aseguradora siempre y cuando el traslado se haya efectuado sin interrupción alguna, respecto de la anterior aseguradora.

Para que este beneficio se otorgue será necesario que el tomador suministre la información correspondiente a la Declaración de Asegurabilidad, fecha de ingreso a la póliza y la totalidad de las condiciones de cobertura definidas para cada asegurado.

Este beneficio se otorgará únicamente a los asegurados por la póliza de vida grupo de la anterior aseguradora al momento de finalización de tal contrato.

CONDICIÓN 11. IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del código de comercio, una vez transcurrido dos (2) años en vida del asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación, según el caso, y encontrándose este vigente, el valor del seguro no podrá

ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad o en la solicitud de seguro.

PARÁGRAFO: si respecto de la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, SBS SEGUROS seguirá las siguientes normas:

1. Si la edad verdadera esta fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurado, el contrato quedara sujeto a la sanción prevista en la condición sexta del presente contrato.
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 SBS SEGUROS.
3. Si es menor, el valor del seguro se aumentara en la misma proporción establecida en el ordinal anterior.

Para los casos 2) y 3) SBS SEGUROS podrá solicitar requisitos de asegurabilidad satisfactorios.

CONDICIÓN 12. 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 los cuestionarios que le sean propuesto por SBS SEGUROS. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por SBS SEGUROS, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad relativa de este seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a cuestionarios determinados, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador o el (los) asegurado(s) 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 SBS SEGUROS 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 SBS SEGUROS, 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 13. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

El valor del seguro de cada persona incluida dentro del grupo asegurable se calculara de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza, y respecto de cada asegurado se indicara el mismo, en el certificado individual de seguros que se emita por parte de SBS SEGUROS.

CONDICIÓN 14. PAGO DE LAS PRIMAS Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual deberá realizarse a más tardar en la fecha pactada en las condiciones particulares de la póliza.

Salvo que por acuerdo expreso entre las partes se establezca un término diferente, consignado expresamente en la carátula de la póliza o en sus anexos, el tomador se obliga a pagar la prima dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Si las cuotas de las primas no fueren pagadas en el plazo establecido con el tomador del seguro, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y la Compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación de dicho plazo según lo establece el artículo 1152 del Código de Comercio. El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la cobertura de la póliza. En caso de terminación automática de la póliza por mora, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

CONDICIÓN 15. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la SBS SEGUROS surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación.

CONDICIÓN 16. RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de los contratantes.

CONDICIÓN 17. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

De conformidad con el artículo 1142 del Código de Comercio, cuando no se designe beneficiario o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos legales del asegurado en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiario a los herederos del asegurado.

CONDICIÓN 18. AVISO DEL 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 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 más no reducirse por las partes.

CONDICIONES 19. PAGO DE EL SINIESTRO

SBS SEGUROS, en caso de siniestro, pagará en que caso de ser procedente 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 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.

El asegurado podrá presentar o acreditar el siniestro, así como, la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, con documentos tales como:

En caso de muerte:

- Certificado de seguro.
- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- Fotocopia documento de identidad de la persona fallecida asegurada.
- Registro civil de defunción emitido por autoridad competente, en original o fotocopia autenticada.
- En caso de accidente de tránsito, copia del croquis elaborado por las autoridades de tránsito.
- Acta de levantamiento del cadáver (sí fallece en el lugar del accidente).
- Historia clínica y certificado médico (sí fallece en un lugar diferente al del accidente). La Historia Clínica deberá estar completa y actualizada y contener los diagnósticos que causan la reclamación, los antecedentes completos con sus fechas respectivas de diagnóstico y los reportes de los exámenes que soportan los diagnósticos.
- Para la cobertura de auxilio funerario: Original de la factura de la funeraria con la descripción de cada uno de los servicios prestados al fallecido

En caso de desmembración:

- Certificado de seguro.
- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- Fotocopia documento de identidad de la persona asegurada.
- Copia de la historia clínica y certificado médico sobre el origen de la desmembración y procedimientos médicos realizados.

En caso de incapacidad total y permanente:

- Certificado de seguro.
- Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- Fotocopia documento de identidad de la persona incapacitada.
- Certificado de actividad(es) lucrativa(s) de la(s) cual(es) deriva su sustento económico.
- Calificación de la incapacidad total y permanente, emitida por Junta Nacional o Regional de calificación de pérdida de capacidad laboral o por ARP.

En caso de enfermedades graves:

- Historia clínica completa e informe y certificado del médico tratante y los demás documentos necesarios para la acreditación del siniestro bajo esta cobertura.

En todo caso, SBS SEGUROS se reserva el derecho de solicitar cualquier documento encaminado a analizar y evaluar la reclamación presentada. De la misma manera la persona asegurada y/o sus beneficiarios se comprometen con SBS SEGUROS a colaborar con toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación.

CONDICIÓN 20. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o beneficiario, en su caso, quedara privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, en apoyo de ella se hicieren utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIÓN 21. 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 (2) años y empezara 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 (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN 22. 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 un valor asegurado distinto, siempre que éste no se encuentre agotado.

Lo anterior no se aplica para cualquier otra cobertura en que expresamente se acuerde dicho restablecimiento automático.

CONDICIÓN 23. TERMINACIÓN DE SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina automáticamente por alguna de las siguientes causas:

- 23.1 Por falta de pago de la prima, según lo establecido en la carátula de esta póliza y el la condición 15 del presente documento.
- 23.2 En el momento de dejar de pertenecer al grupo asegurado.
- 23.3 Cuando el asegurado, en lo que respecta en su amparo individual o el tomador a su caso, expresen por escrito tal voluntad.
- 23.4 Al vencimiento de la vigencia sin que se proceda a su renovación.
- 23.5 Al cumplir la edad máxima de permanencia indicada en la condición- 1 de la presente póliza.

CONDICIÓN 24. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

De conformidad con lo establecido por la superintendencia financiera, el tomador, el asegurado y los beneficiarios, se obligan con SBS SEGUROS a diligenciar con datos ciertos y reales en forma que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo. Al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma, así como al momento del pago de una indemnización (aplica para beneficiarios).

CONDICIÓN 25. 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 de seguros aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN 26. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 1075 del Código de Comercio.

CONDICIÓN 27. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales vigentes para los efectos del lugar de cumplimiento de las obligaciones pactadas, las partes fijan como domicilio la ciudad de Bogotá D.C. de la república de Colombia