

TERMINOS Y CONDICIONES SEGURO ONCOLÓGICO

Nunca pensamos que una enfermedad nos puede afectar, Contar con un seguro adecuado puede proporcionar tranquilidad y acceso a los recursos que necesitas para enfrentar un momento como ese.

¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

COBERTURAS	Valor Asegurado		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Beneficio por Diagnóstico de cáncer	9 millones	5 millones	9 millones
Diagnostico por cáncer Insitu	1,5 millones	1,5 millones	1,5 millones
Gastos de adecuación por el diagnostico	1 millón	1 millón	1 millón
Beneficio por Cirugía a causa del cáncer	1 millón	1 millón	1 millón
Bono de libre destinación por muerte accidental	1 millón	1 millón	1 millón
Asistencia de Telemedicina	No aplica	Medicina General Psicología Nutrición Sin límite de eventos	
Prima anual sin IVA	\$51.600	\$105.600	\$162.000
Prima anual con IVA	\$54.180	\$110.880	\$170.100



A continuación te explicamos el significado de cada una de las coberturas:



Beneficio por Diagnóstico de Cáncer

Según el plan que elijas, recibirás el valor asegurado en el caso en que tu, como asegurado, seas diagnosticado por primera vez por cáncer.



Beneficio por Cirugía de Cáncer

- Si tu (el asegurado) calificas para el beneficio por diagnóstico de cáncer, recibirás una indemnización en caso de tener una cirugía relacionada directamente con el cáncer diagnosticado.
- La cirugía debe practicarse dentro de los doce meses después del diagnóstico de cáncer. Este beneficio se pagará una única vez, y no aplicará en los siguientes casos:
- Cuando la cirugía no requiera al menos un día de hospitalización.
- Cirugía de diagnóstico.

Diagnóstico por Cáncer Insitu

Recibirás el valor asegurado en el caso en que tu, como asegurado, seas diagnosticado por primera vez con:

- Cáncer insitu mama
- Cáncer insitu cérvix
- Cáncer insitu próstata

Gastos de adecuación por el diagnóstico

- Cubre los gastos de adecuación por el diagnosticado por primera vez por cáncer que sea definido dentro del procedimiento realizado por un médico tratante, el diagnóstico debe ser confirmado por evidencias aceptables clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Adaptación o remodelación de vivienda para uso del asegurado diagnosticado o para la compra de elementos que requieran en la estabilización del paciente. (Cama acompañante, ortesis, elementos ergonómicos, entre otros)

Bono de Libre Destinación por Muerte Accidental

Paga a tus beneficiarios el valor asegurado según el plan que elijas.

- Si tu, como el asegurado falleces como consecuencia directa de un accidente durante el tiempo que contrates este seguro, SBS Seguros pagará el valor asegurado según el plan que elijas.
- Esta cobertura aplica si el fallecimiento sucede dentro de los (180) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente.
- Incluye el accidente por consecuencia de un homicidio





Asistencia de Telemedicina

- Bajo este servicio se realizarán evaluaciones o valoraciones virtuales, basadas en la información aportada por el usuario; la atención médica está encaminada a brindar recomendaciones y buenas prácticas a seguir en relación con el caso descrito por el mismo.
- Se aclara que en caso de que el prestador de servicios de salud que atiende el servicio identifique que se está en presencia de una urgencia vital, brindará indicaciones al usuario para contactar el servicio de urgencias.
- Las teleconsultas se prestarán dentro de todo el territorio nacional, el servicio se prestará de manera ilimitada durante la vigencia de la cobertura.
- Si el profesional lo determina pertinente se podrán expedir incapacidades, sin embargo, no se realizarán transcripciones de las mismas y la prescripción de medicamentos será autonomía del Profesional. (lo último solo en caso de Teleconsulta virtual).
- Por cuanto los servicios de Teleconsulta médica, están a cargo de PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual asumida por LA COMPAÑIA en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a dichos profesionales en razón y con fundamento en la asesoría y/o orientación que brinden a los Usuarios.

Telemedicina – Medicina General

Ponemos a tu disposición el servicio de telemedicina en medicina general, a través de la plataforma de MediSmart (consulta virtual por video).

Te atenderemos en consultas virtuales para valorar, diagnosticar y ofrecer recomendaciones médicas necesarias y apropiadas, según tu sintomatología informada durante la consulta.

Además, te brindaremos información oportuna y pertinente para abordar inquietudes relacionadas con temas generales de salud, prevención y/o síntomas que no estén asociados a situaciones de emergencia o accidentes que requieran atención inmediata presencial, sin que esto implique una obligación de atención o tratamiento.

- El tiempo máximo de espera para ser atendido bajo esta modalidad de atención inmediata es de 15 minutos, y el tiempo de la atención no está restringido; está sujeto a la pertinencia médica determinada por el profesional de la salud.
- Este servicio no requiere agendamiento,
- Disponible en el horario de lunes a domingo, 24 horas, los 365 días del año.
- Se podrá acceder a este haciendo clic [aquí](#)
- Cantidad de servicios: Ilimitados.



Telemedicina – Psicología (Agendable)

Ponemos a tu disposición el servicio de telemedicina en psicología, a través de la plataforma de MediSmart (consulta virtual por video).

Te atenderemos en consultas virtuales para valorar, diagnosticar y ofrecer recomendaciones psicológicas necesarias y apropiadas, según tu sintomatología informada durante la consulta. Podrás acceder a orientaciones psicológicas para el manejo de trastornos específicos, educación sobre salud mental, así como recibir apoyo emocional y herramientas para mejorar el bienestar psicológico en general.

Además, te brindaremos información oportuna y pertinente para abordar inquietudes relacionadas con temas generales de salud mental, prevención y/o síntomas que no estén asociados a situaciones de emergencia psicológica que requieran atención inmediata presencial, sin que esto implique una obligación de atención o tratamiento.

- La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 24 y 48 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.
- Este servicio requiere agendamiento previo en la plataforma.
- Disponible en el horario de lunes a domingo, de 9 am a 10 pm.
- Se podrá acceder a este haciendo clic [aquí](#)
- Cantidad de servicios: Ilimitados.

Telemedicina – Nutrición y Vida Sana (Agendable)

Ponemos a tu disposición el servicio de telemedicina en nutrición, a través de la plataforma de MediSmart (consulta virtual por video).

Te atenderemos en consultas virtuales para valorar, diagnosticar y ofrecer recomendaciones nutricionales necesarias y apropiadas, según tu sintomatología informada durante la consulta. Podrás acceder a tratamientos, educación nutricional, planes de alimentación personalizados, información sobre dietas saludables y orientación nutricional para enfermedades específicas.

Además, te brindaremos información oportuna y pertinente para abordar inquietudes relacionadas con temas generales de salud, prevención y/o síntomas que no estén asociados a situaciones de emergencia o accidentes que requieran atención inmediata presencial, sin que esto implique una obligación de atención o tratamiento.

- La oportunidad de encontrar una agenda disponible para este servicio es de un máximo de entre 24 y 48 horas sin importar el profesional, y la duración de la atención será de 30 minutos.
- Este servicio requiere agendamiento previo en la plataforma.
- Disponible en el horario de lunes a domingo, de 9 am a 10 pm.
- Se podrá acceder a este haciendo clic [aquí](#)
- Cantidad de servicios: Ilimitados.



QUÉ NO CUBRE

Exclusiones Asistencia Telemedicina

- Accidentes, u otros casos que requieran atención médica inmediata presencial.
- Tratamientos y/o especialidades no contempladas o especificadas en este documento.
- Los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como telemedicina o teleorientación virtual.
- Se excluye la transcripción de incapacidades, los medicamentos y los exámenes que se hayan podido formular.
- Problemas de salud mental que requieran intervención de urgencia o evaluación presencial.
- Atención de enfermedades crónicas que necesiten una gestión continuada y presencial según las pautas médicas estándar.
- Problemas de salud que requieran pruebas físicas o diagnósticos que no puedan realizarse de manera remota.
- Medicamentos controlados que requieren una evaluación física antes de la prescripción y, por lo tanto, no pueden ser manejados completamente a través de la telemedicina.
- Los gastos incurridos por la compra de medicamentos o la realización de exámenes de laboratorio que se hayan podido formular.
- Cualquier otro servicio o atención que no esté definido como cobertura en este anexo.

Exclusiones Cáncer

No se pagará ninguno de los beneficios por los cuales el asegurado está reclamando por un tipo específico de cáncer sí el asegurado:

- Conocía que alguna vez padeció ese tipo de cáncer antes al inicio de cobertura.
- Tiene un diagnóstico anterior al inicio de cobertura, o células anormales en el órgano sobre el cual está haciendo la reclamación (esta exclusión no aplicará una vez el asegurado haya sido declarado médicamente libre de células anormales por un periodo de cinco o más años seguidos).
- Cualquier tipo de patología diferente a cáncer.
- Cáncer diagnosticado después de la muerte del asegurado o en presencia del Virus de Inmunodeficiencia adquirida o condiciones originadas por cualquier síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Cáncer de piel diferente del melanoma maligno.
- Cáncer en órgano(s) afectado(s) por Metástasis.
- En las coberturas
 - **Beneficio por Diagnóstico de cáncer**
 - **Gastos de adecuación por el diagnostico**
 - **Beneficio por Cirugía a causa del cáncer**

quedan excluidos los Tumores histológicamente descritos como pre-malignos, no invasivos o cáncer in situ; incluyendo, pero no limitado a: carcinoma in situ de seno, displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3, para cáncer in situ se excluyen las preexistencias.

- Lo anterior significa que, el amparo de **Diagnostico por Cáncer In situ** cubrirá únicamente el cáncer insitu de mama, cérvix y próstata, pero este diagnóstico estará excluido de las demás coberturas.



Exclusiones aplicables a la muerte Accidental:

- Por la comisión de actos calificados como delito o contravenciones por la ley penal por parte del asegurado.
- Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), motín, disturbios, desobediencia civil, estado de conmoción civil, alborotos populares asonada, huelgas, cierres, sedición, revolución o rebelión, insurrección, invasión, revolución o golpe de estado, uso de poder militar o usurpación del poder militar o retención ilegal del mando o usurpación del poder del gobierno.
- El uso o escape de materiales nucleares que resulten en reacción nuclear directa o indirecta o contaminación radiactiva, así como la dispersión, derramamiento o aplicación de materiales químicos o biológicos tóxicos siempre que cincuenta (50) o más personas mueran por estas causas o sufran daños físicos en los noventa (90) días calendario contados desde la fecha del accidente.
- Si usted se encuentra bajo la influencia de bebidas embriagantes o drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, y a causa de alguna de dichas condiciones se produce el accidente.
- En ejercicio de funciones de tipo militar, policivo o de seguridad y vigilancia pública o privada.
- 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 durante la práctica de deportes de manera profesional y deportes denominados extremos.
- No cubre la muerte accidental que sea como consecuencia de preexistencias, suicidio o tentativa de suicidio, sida, VIH, terrorismo, pandemias o epidemias, desastres naturales, ni por enfermedades, incluyendo infecciones virales y/o bacterianas y cualquier examen de control o procedimiento de
- Rutina relacionados con este evento, a menos que se trate de una infección que tenga su origen en un evento traumático o herida accidental, en cuyo caso SBS Seguros procederá a cubrirlo.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

- Declaro que me encuentro afiliado a una entidad promotora de salud (EPS).
- Declaro que nunca he sido diagnosticado, presentado síntomas o recibido tratamiento por Cáncer.
- Declaro que actualmente me encuentro en buen estado de salud y no estoy buscando ningún tipo de tratamiento médico.
- Las anteriores declaraciones son ciertas a mi juicio y estoy de acuerdo con que estas formen parte del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN

INFORMACIÓN ESTADO DE SALUD: Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, autorizo para que cualquier médico, clínica, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) suministre a SBS Seguros Colombia S.A., la información que requiera relacionada con mi historia clínica o estado de salud o de(l) (los) Asegurado(s) a quién(es) represento,



así como para que SBS Seguros Colombia S.A., pueda solicitar dicho tipo de información. Esta autorización se extiende aún después de mi fallecimiento o del fallecimiento de(l) (los) Asegurado(s) a quién(es) represento.

EDADES

Puedes asegurarte si te encuentras entre los 18 y los 65 años, y podrás estar cubierto hasta los 66 años.

¿CÓMO DEBO RECLAMAR?

 <p>Ingresa aquí o comunícate a nivel nacional 018000 911 360 #360 desde tu celular o escríbenos servicio.cliente@sbseguros.co</p>	 <p>Radicado Iniciaremos el proceso para atenderte</p>	 <p>Evaluación Evaluaremos tu caso en el mejor tiempo posible</p>	 <p>Respuesta Recibirás una respuesta directamente a tu correo.</p>
---	--	--	---

Recuerda contar con los siguientes documentos al momento de realizar tu reclamación:

Cáncer	Muerte accidental
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico médico. 2. Historia clínica completa desde el diagnóstico inicial de la patología objeto de reclamo por parte del asegurado. 3. En caso de fallecimiento accidental historia clínica. 4. Certificación bancaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carta de reclamación formal con información de las circunstancias de modo, tiempo y lugar del accidente. 2. Copia certificado de defunción. 3. Copia registro civil de defunción. 4. Copia del acta de levantamiento del cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente. 5. Croquis de tránsito (si es accidente de tránsito) 6. Historia clínica completa (si la muerte se produjo en un hospital) 7. Copia del protocolo de Necropsia (Medicina Legal). 8. Prueba de alcoholemia. 9. Copia certificado original de Fiscalía sobre el estado actual de la investigación y causa de la muerte. 10. Copia de la cédula de ciudadanía. 11. Certificación bancaria



CLAUSULADO

A este producto de seguro le serán aplicables los términos y condiciones de los clausulados REGISTRO CONDICIONADO GENERAL 20032018-1322-P-35-CONDGENRALEGSBS1-D00I, REGISTRO ANEXO 15042024-1322-A-35-MUERT_ACCIDENTAL-D00I, REGISTRO ANEXO 15042024-1322-A-35-TELEMEDICINA_SBS-D00I publicados en la página www.sbseguros.co y depositado en la Superintendencia Financiera de Colombia.



CONDICIONADO GENERAL PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

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

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 DIAGNÓSTICO SE HAYA EFECTUADO POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE FINALIZADO UN PERIODO 90 DÍAS 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 SERÁ 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.

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.

1.1 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.

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.

1.2 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 MAS 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 YECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS COMO MÍNIMO TRES MESES DEL EVENTO CARDIACO.

1.3 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.

1.4 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.

1.5 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 ESTENÓISIS 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.

1.6 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.

1.7 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 CALENDARIO 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.

1.8 CANCER EN ORGANOS FEMENINOS

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR ORGANOS FEMENINOS:

- SENOS (UNO O AMBOS).
- OVARIOS (UNO O AMBOS).
- TROMPAS DE FALOPIO (UNA O AMBAS).
- UTERO.
- CERVIX.
- VAGINA O VULVA.

LA INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO POSITIVO SERÁ PAGADERA POR UNA SOLA VEZ, POR CADA UNO DE LOS ORGANOS FEMENINOS OBJETOS DE COBERTURA. SI LA PERSONA ASEGURADA NO TIENE CONTRATADA LA COBERTURA DE CANCER (NUMERAL 1.1) LA INDEMNIZACION AMPARA EXCLUSIVAMENTE LOS ORGANOS FEMENINOS ANTERIORMENTE DESCRITOS.

CONDICIÓN 2. COBERTURAS OPCIONALES

CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LOS AMPAROS INDICADOS EN LA CONDICIÓN 1 (COBERTURAS) PODRÁN INCLUIR DENTRO DE SU ALCANCE LAS SIGUIENTES COBERTURAS OPCIONALES.

CADA UNA DE LAS COBERTURAS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACION, 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 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 QUE POR ESTE CONCEPTO SE EXPRESE EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO CON OCASIÓN DE ALGUN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, 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 HOSPITALIZACIÓN SE LIMITARÁ 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 TRES (03) DÍAS Y SE LIMITA A UN PERIODO MÁXIMO DE HOSPITALIZACIÓN DE NOVENTA (90) DIAS CALENDARIOS CONTINUOS O DISCONTINUOS POR CADA ENFERMEDAD CONTRATADA. EN EL EVENTO DE ESTABLECERSE UN DEDUCIBLE O UN PERIODO MÁXIMO DE HOSPITALIZACIÓN DIFERENTE, ESTE SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

2.2 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 QUE POR ESTE CONCEPTO SE EXPRESE 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 CUBIERTAS POR 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 RENTA DIARIA, Y HASTA POR 10 DIAS CALENDARIO.

A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE TRES (03) DÍAS Y SE LIMITA A UN PERIODO MÁXIMO DE HOSPITALIZACIÓN DE NOVENTA (90) DIAS CALENDARIO, CONTINUOS O DISCONTINUOS, POR CADA ENFERMEDAD CONTRATADA. EN EL EVENTO DE ESTABLECERSE UN DEDUCIBLE O UN PERIODO MÁXIMO DE HOSPITALIZACIÓN DIFERENTE, ESTE SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. ESTE DEDUCIBLE NO SE APLICARÁ EN CASO DE QUE YA SE HAYA APLICADO EL DEDUCIBLE DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ENFERMEDAD AMPARADA.

2.3 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 MÉDICO Y REQUIERA DOS O MÁS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, SERÁ PAGADERA POR UNA SOLA VEZ POR ENFERMEDAD CUBIERTA, SIEMPRE Y CUANDO LA CIRUGÍA SE REALICE DENTRO

DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LA ENFERMEDAD OBJETO DE COBERTURA Y SIEMPRE Y CUANDO LA POLIZA ESTE VIGENTE TANTO EN LA FECHA DE DICHO DIAGNÓSTICO, COMO EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA.

CONDICIÓN 3. EXCLUSIONES

3.1 EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS CONTRATADAS

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, CONOCIDA O NO O TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

3.1.1. CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR, 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.

3.1.2 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.

3.1.3. ENFERMEDADES QUE TENGAN SU ORIGEN O QUE SEAN CONSECUENCIA DE EVENTO(S) OCURRIDO(S) CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA O DURANTE EL PERIODO DE CARENANCIA.

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

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

3.1.6. EN EL EVENTO DE UN SEGUNDO DIAGNOSTICO POSITIVO SOBRE EL MISMO ÓRGANO, POR EJEMPLO, POR RAZONES DE REINCIDENCIA O METÁSTASIS O SOBRE UN SEGUNDO ORGANO AFECTADO POR METASTASIS.

3.1.7. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V). 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.

3.1.8. 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.

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

3.1.10. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

3.1.11. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIATIVA 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.

3.1.12. 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.

3.1.13. 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).

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

3.1.15. SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. NO SERÁ RESPONSABLE DE PROPORCIONAR COBERTURA O HACER ALGÚN PAGO SI EL REALIZARLO PUDIERA SER CONSIDERADO COMO UNA VIOLACIÓN DE ALGUNA DE LAS LEYES O REGULACIONES DE SANCIONES ECONÓMICAS, LO QUE EXPONDRÍA A SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., SU CASA MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA A UNA SANCIÓN ESTIPULADA BAJO ESTAS LEYES O REGULACIONES

3.2 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE CANCER (NUMERAL 1.1) Y DE CANCER EN ORGANOS FEMENINOS (NUMERAL 1.8)

EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 3.1 DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS CONTRATADAS), A ESTOS AMPAROS LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

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

3.2.2 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).

3.2.3 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).

3.2.4 CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

3.2.5 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 ÉSTE CUBIERTO O NO.

3.2.6 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 EXCLUSIÓN SOLO APLICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.

3.2.7 CANCER EN ORGANO(S) AFECTADO(S) POR METASTASIS.

3.2.8 ENFERMEDAD DE HODGKIN Y LINFOMAS.

3.3 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (NUMERAL 1.3)

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:

3.3.1 ACCIDENTES ISQUEMICOS TRANSITORIOS.

3.3.2 DESORDENES ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR.

CONDICIÓN 4. DEFINICIONES GENERALES

Asegurado: Es el titular del interés asegurable.

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

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.

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

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

Cirugía: Procedimiento quirúrgico que es recomendado y practicado por un médico, directamente relacionado con una enfermedad amparada. Excluye cirugías de diagnóstico.

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.

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 enfermedad amparada por la presente Póliza no podrá ser el mismo Asegurado o cualquier persona con la que el asegurado tenga una relación de consanguinidad, afinidad o parentesco civil, independiente del grado de dicha relación.

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

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.

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

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

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.

CONDICIÓN 5. 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 6. TERMINO PARA EL PAGO DE LA 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 7. 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 calendario 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 8. 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 inculparable 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 9. 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

3. con la prima anual percibida por el asegurador, y
- Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo.

CONDICION 10.- 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 calendario 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 días 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 cuando el asegurador haya conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

CONDICIÓN 11. COEXISTENCIA DE SEGUROS

A este respecto y, exclusivamente, para los amparos 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 calendario 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 12. AVISO DE SINIESTRO

En cumplimiento de lo previsto por el artículo 1075 del Código de Comercio El Asegurado o Beneficiario, según corresponda, 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 13. 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 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, según corresponda, 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.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. 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 COLOMBIA S.A. en facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación,

entendiéndose como la entrega de todo el historial médico.

CONDICIÓN 14. 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 15. 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 16. 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 17. REGLAS ESPECIALES APLICABLES A PÓLIZAS COLECTIVAS

17.1 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 especificarán en los certificados individuales de seguro.

17.2 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. Cuando cese el vínculo del asegurado con el tomador de la póliza que dio origen a que el Tomador contratara la misma.
- c. A la terminación automática de esta póliza por mora en el pago de la prima.
- d. Por el reconocimiento y pago de indemnizaciones por el ciento por ciento (100%) de la suma principal.
- e. 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 18. 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 19. 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 20. 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.

ANEXO BONO DE LIBRE DESTINACION POR MUERTE ACCIDENTAL

El presente Anexo hace parte del SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES. A través de este, SBS COLOMBIA, pone a su disposición, las siguientes cláusulas y condiciones durante la vigencia del presente seguro:

1. ¿QUÉ CUBRIMOS?

1.1. BONO DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.

SI USTED MUERE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SBS SEGUROS PAGARÁ A SUS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O LOS DE LEY, SEGÚN SEA EL CASO, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

¡IMPORTANTE! ESTA COBERTURA CUBRE LA MUERTE QUE SE OCASIONE HASTA DENTRO DE LOS 180 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

ESTE AMPARO SE EXTIENDE A CUBRIR LA MUERTE COMO CONSECUENCIA DE HOMICIDIO

2. ¿QUÉ NO CUBRIMOS?

NO TENDRÁ COBERTURA SI LA MUERTE ACCIDENTAL ES CAUSADA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.1.1. POR LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO O CONTRAVENCIONES POR LA LEY PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

2.1.2. GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), MOTÍN, DISTURBIOS, DESOBEDENCIA CIVIL, ESTADO DE CONMOCIÓN CIVIL, ALBOROTOS POPULARES ASONADA, HUELGAS, CIERRES, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN, INSURRECCIÓN, INVASIÓN, REVOLUCION O GOLPE DE ESTADO, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MANDO O

USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO.

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

2.1.4. SI USTED SE ENCUENTRA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, Y A CAUSA DE ALGUNA DE DICHAS CONDICIONES SE PRODUCE EL ACCIDENTE.

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

2.1.6. 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 DURANTE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.

2.1.7. NO CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE PREEXISTENCIAS, SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO, SIDA, VIH, TERRORISMO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS, DESASTRES NATURALES, NI POR ENFERMEDADES, INCLUYENDO INFECCIONES VIRALES Y/O BACTERIANAS Y CUALQUIER EXAMEN DE CONTROL O PROCEDIMIENTO DE RUTINA RELACIONADOS CON ESTE EVENTO, A MENOS QUE SE TRATE DE UNA INFECCIÓN QUE TENGA SU ORIGEN EN UN EVENTO TRAUMÁTICO O HERIDA ACCIDENTAL, EN CUYO CASO SBS SEGUROS PROCEDERÁ A CUBRIRLO.

3. ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA?

La edad máxima y mínima para ingresar a este seguro y la edad hasta la cual podrá permanecer asegurado será indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual de seguro.

Para efectos de la edad de permanencia, debe entenderse que el seguro se mantendrá hasta la fecha de renovación del seguro en el año en el que Usted cumpla la edad de permanencia. vencido dicho plazo, la póliza terminará.

4. ¿CUÁLES SON LOS DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA LA RECLAMACIÓN?

Cuando ocurra un siniestro, Usted o sus beneficiarios, deberán avisar a SBS Seguros dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se haya conocido.

Para hacer una reclamación a Usted o a sus beneficiarios, según sea el caso, le(s) corresponderá(n) demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos:

Por muerte accidental:

- Comunicación relatando los hechos.
- Fotocopia documento de identidad del asegurado.

- Registro Civil de Defunción emitido por autoridad competente, en original o fotocopia autenticada.
- Copia del croquis del accidente de tránsito 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).

TODAS LAS DEFINICIONES, CONDICIONES Y LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA LE SERÁN APLICABLES AL PRESENTE ANEXO, EXCEPTO AQUELLAS QUE SE DEFINAN ESPECÍFICAMENTE EN EL CUERPO DEL ANEXO.

ANEXO DE ASISTENCIA DE TELEMEDICINA

El presente Anexo hace parte del SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES. A través de este, SBS COLOMBIA, por medio de una COMPAÑÍA DE ASISTENCIA designada para el efecto, pone a su disposición, durante la vigencia de la póliza, la asistencia que a continuación se describe:

¡TENGA PRESENTE! SBS COLOMBIA PRESTARÁ, POR INTERMEDIO DE UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, LAS COBERTURAS ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN, YA SEA DE MANERA PRESENCIAL O DIGITAL, SEGÚN EL ALCANCE DE CADA COBERTURA. LAS SIGUIENTES COBERTURAS EN NINGÚN MOMENTO APLICARÁN POR REEMBOLSO O INDEMNIZACIÓN.

SE PODRÁ ACCEDER A LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE UN ECOSISTEMA DIGITAL.

LAS COBERTURAS OTORGADAS POR SBS COLOMBIA NO CONSTITUYEN UN SEGURO MÉDICO, NI UNA EXTENSIÓN Y/O SERVICIO COMPLEMENTARIO A LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL, MEDICINA PREPAGADA, NI A LOS AMPAROS CORRESPONDIENTES A LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS LABORALES.

A ESTAS COBERTURAS DE ASISTENCIA LES APLICA UN PERIODO DE CARENCIA CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE ADQUISICIÓN DE LA PÓLIZA DE ENFERMEDADES GRAVES INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1. ¿QUÉ CUBRIMOS?

1.1. TELEMEDICINA - MEDICINA GENERAL:

EN CASO DE QUE USTED LO REQUIERA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PONE A SU DISPOSICIÓN, EL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN MEDICINA GENERAL, A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA (CONSULTA VIRTUAL POR VIDEO).

ESTE SERVICIO TIENE COMO OBJETIVO ATENDER CONSULTAS VIRTUALES PARA VALORAR, DIAGNOSTICAR Y OFRECER RECOMENDACIONES MÉDICAS NECESARIAS Y APROPIADAS, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA INFORMADA POR USTED DURANTE LA CONSULTA.

ADEMÁS, SE BRINDARÁ INFORMACIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE PARA ABORDAR INQUIETUDES RELACIONADAS CON TEMAS GENERALES DE SALUD, PREVENCIÓN Y/O SÍNTOMAS QUE NO ESTÉN ASOCIADOS A SITUACIONES DE EMERGENCIA O ACCIDENTES QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA PRESENCIAL, SIN QUE ESTO IMPLIQUE UNA OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN O TRATAMIENTO.

BAJO ESTA COBERTURA SE REALIZARÁN EVALUACIONES O VALORACIONES VIRTUALES, BASADAS EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR USTED; LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÁ ENCAMINADA A BRINDAR RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS A SEGUIR EN RELACIÓN CON EL CASO DESCRITO POR EL ASEGURADO.

EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO BAJO ESTA MODALIDAD SERÁ EL MÁS BREVE POSIBLE DE ACUERDO CON LA DISPOSICIÓN DEL ÁREA MEDICA EN EL ECOSISTEMA DIGITAL, Y EL TIEMPO DE LA ATENCIÓN ESTÁ SUJETO A LA PERTINENCIA MÉDICA DETERMINADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

ESTE SERVICIO NO REQUIERE AGENDAMIENTO, Y ESTÁ DISPONIBLE EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE, A TRAVÉS DE UN ECOSISTEMA DIGITAL.

1.2. TELEMEDICINA - PSICOLOGÍA GENERAL:

EN CASO DE QUE USTED LO REQUIERA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PONE A SU DISPOSICIÓN, EL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN PSICOLOGÍA GENERAL A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA (CONSULTA VIRTUAL POR VIDEO).

ESTE SERVICIO TIENE COMO OBJETIVO ATENDER CONSULTAS VIRTUALES PARA VALORAR, DIAGNOSTICAR Y OFRECER RECOMENDACIONES MÉDICAS NECESARIAS Y APROPIADAS, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA INFORMADA POR USTED DURANTE LA CONSULTA.

ADEMÁS, SE BRINDARÁ INFORMACIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE PARA ABORDAR INQUIETUDES RELACIONADAS CON TEMAS GENERALES DE SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y/O SÍNTOMAS QUE NO ESTÉN ASOCIADOS A SITUACIONES DE EMERGENCIA PSICOLÓGICA QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA PRESENCIAL, SIN QUE ESTO IMPLIQUE UNA OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN O TRATAMIENTO.

BAJO ESTA COBERTURA SE REALIZARÁN EVALUACIONES O VALORACIONES VIRTUALES, BASADAS EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR USTED; LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÁ ENCAMINADA A BRINDAR RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS A SEGUIR EN RELACIÓN CON EL CASO DESCRITO POR EL ASEGURADO.

EL TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO BAJO ESTA MODALIDAD SERÁ EL MÁS BREVE POSIBLE DE ACUERDO CON LA DISPOSICIÓN DEL ÁREA MEDICA EN EL ECOSISTEMA DIGITAL, Y EL TIEMPO DE LA ATENCIÓN ESTÁ SUJETO A LA PERTINENCIA MÉDICA DETERMINADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

ESTE SERVICIO NO REQUIERE AGENDAMIENTO, Y ESTÁ DISPONIBLE EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE, A TRAVÉS DE UN ECOSISTEMA DIGITAL.

1.3. TELEMEDICINA NUTRICIÓN Y VIDA SANA-AGENDABLE

EN CASO DE QUE USTED LO REQUIERA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PONE A SU DISPOSICIÓN, EL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN NUTRICIÓN, A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA (CONSULTA VIRTUAL POR VIDEO).

ESTE SERVICIO TIENE COMO OBJETIVO ATENDER CONSULTAS VIRTUALES PARA VALORAR, DIAGNOSTICAR Y OFRECER RECOMENDACIONES NUTRICIONALES NECESARIAS Y APROPIADAS, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA INFORMADA POR USTED DURANTE LA CONSULTA. POR MEDIO DE ESTA ATENCIÓN, USTED PODRÁ ACCEDER A TRATAMIENTOS, EDUCACIÓN NUTRICIONAL, PLANES DE ALIMENTACIÓN PERSONALIZADOS, INFORMACIÓN SOBRE DIETAS SALUDABLES Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL PARA ENFERMEDADES ESPECÍFICAS.

ADEMÁS, SE BRINDARÁ INFORMACIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE PARA ABORDAR INQUIETUDES RELACIONADAS CON TEMAS GENERALES DE SALUD, PREVENCIÓN Y/O SÍNTOMAS QUE NO ESTÉN ASOCIADOS A SITUACIONES DE EMERGENCIA O ACCIDENTES QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA PRESENCIAL, SIN QUE ESTO IMPLIQUE UNA OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN O TRATAMIENTO.

BAJO ESTA COBERTURA SE REALIZARÁN EVALUACIONES O VALORACIONES VIRTUALES, BASADAS EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR USTED; LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÁ ENCAMINADA A BRINDAR RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS A SEGUIR EN RELACIÓN CON EL CASO DESCRITO POR EL ASEGURADO.

LA OPORTUNIDAD DE ENCONTRAR UNA AGENDA DISPONIBLE PARA ESTE SERVICIO ES DE UN MÁXIMO DE 48 HORAS SIN IMPORTAR EL PROFESIONAL, Y LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN SERÁ DE 30 MINUTOS.

ESTE SERVICIO REQUIERE UN AGENDAMIENTO PREVIO A LA CONSULTA EN LA PLATAFORMA, Y EL SERVICIO ESTARÁ DISPONIBLE EN EL RANGO DE HORARIO: DE LUNES A DOMINGO, DE 9:00 A.M. A 10:00 P.M. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE, A TRAVÉS DE UN ECOSISTEMA DIGITAL.

1.4. TELEMEDICINA PSICOLOGÍA - AGENDABLE

EN CASO DE QUE USTED LO REQUIERA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PONE A SU DISPOSICIÓN, EL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN PSICOLOGÍA, A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA (CONSULTA VIRTUAL POR VIDEO).

ESTE SERVICIO TIENE COMO OBJETIVO ATENDER CONSULTAS VIRTUALES PARA VALORAR, DIAGNOSTICAR Y OFRECER RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS NECESARIAS Y APROPIADAS, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA INFORMADA POR USTED DURANTE LA CONSULTA. POR MEDIO DE ESTA ATENCIÓN, USTED PODRÁ ACCEDER A ORIENTACIONES PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO DE TRASTORNOS ESPECÍFICOS, EDUCACIÓN SOBRE SALUD MENTAL, ASÍ COMO RECIBIR APOYO EMOCIONAL Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR SU BIENESTAR PSICOLÓGICO EN GENERAL.

ADEMÁS, SE BRINDARÁ INFORMACIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE PARA ABORDAR

INQUIETUDES RELACIONADAS CON TEMAS GENERALES DE SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y/O SÍNTOMAS QUE NO ESTÉN ASOCIADOS A SITUACIONES DE EMERGENCIA PSICOLÓGICA QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA PRESENCIAL, SIN QUE ESTO IMPLIQUE UNA OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN O TRATAMIENTO.

BAJO ESTA COBERTURA SE REALIZARÁN EVALUACIONES O VALORACIONES VIRTUALES, BASADAS EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR USTED; LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÁ ENCAMINADA A BRINDAR RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS A SEGUIR EN RELACIÓN CON EL CASO DESCRITO POR EL ASEGURADO.

LA OPORTUNIDAD DE ENCONTRAR UNA AGENDA DISPONIBLE PARA ESTE SERVICIO ES DE UN MÁXIMO 48 HORAS SIN IMPORTAR EL PROFESIONAL, Y LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN SERÁ DE 30 MINUTOS.

ESTE SERVICIO REQUIERE UN AGENDAMIENTO PREVIO A LA CONSULTA EN LA PLATAFORMA, Y EL SERVICIO ESTARÁ DISPONIBLE EN EL RANGO DE HORARIO: DE LUNES A DOMINGO, DE 9:00 A.M. A 10:00 P.M. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE, A TRAVÉS DE UN ECOSISTEMA DIGITAL.

2. ¿QUÉ NO CUBRIMOS?

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA NO CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES CASOS:

- 2.1.** ACCIDENTES, U OTROS CASOS QUE REQUIERAN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA PRESENCIAL.
- 2.2.** TRATAMIENTOS Y/O ESPECIALIDADES NO CONTEMPLADAS O ESPECIFICADAS EN ESTE DOCUMENTO.
- 2.3.** LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO TELEMEDICINA O TELEORIENTACIÓN VIRTUAL.
- 2.4.** SE EXCLUYE LA TRANSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES, LOS MEDICAMENTOS Y LOS EXÁMENES QUE SE HAYAN PODIDO FORMULAR.
- 2.5.** PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN DE URGENCIA O EVALUACIÓN PRESENCIAL.
- 2.6.** ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE NECESITEN UNA GESTIÓN CONTINUADA Y PRESENCIAL SEGÚN LAS PAUTAS MÉDICAS ESTÁNDAR.

2.7. PROBLEMAS DE SALUD QUE REQUIERAN PRUEBAS FÍSICAS O DIAGNÓSTICOS QUE NO PUEDAN REALIZARSE DE MANERA REMOTA.

2.8. MEDICAMENTOS CONTROLADOS QUE REQUIEREN UNA EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE LA PRESCRIPCIÓN Y, POR LO TANTO, NO PUEDEN SER MANEJADOS COMPLETAMENTE A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA.

2.9. LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA COMPRA DE MEDICAMENTOS O LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO QUE SE HAYAN PODIDO FORMULAR.

2.10. CUALQUIER OTRO SERVICIO O ATENCIÓN QUE NO ESTÉ DEFINIDO COMO COBERTURA EN ESTE ANEXO.

TODAS LAS DEFINICIONES, CONDICIONES Y LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA LE SERÁN APLICABLES AL PRESENTE ANEXO, EXCEPTO AQUELLAS QUE SE DEFINAN ESPECÍFICAMENTE EN EL CUERPO DEL ANEXO.

