

**CONDICIONADO GENERAL  
PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES**

**SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.**, (en adelante SBS SEGUROS), durante la vigencia del presente seguro, se compromete a pagarle a usted o las personas designadas por usted como sus beneficiarias o las de ley, según sea el caso, los valores asegurados por las coberturas que a continuación se enuncian y los cuales serán prestados únicamente en el territorio colombiano:

### **1. ¿QUE CUBRIMOS?**

#### **1.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD AMPARADA:**

SI USTED ES DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EN FORMA POSITIVA POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, SBS SEGUROS SE COMPROMETE A PAGARLE EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

PARA ESTE EFECTO SERÁ NECESARIO QUE:

A. EL DIAGNÓSTICO SE HAYA EFECTUADO POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE FINALIZADO UN PERÍODO DE 90 DIAS CALENDARIO, DENOMINADO "PERÍODO DE CARENCIA", CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

SI LA ENFERMEDAD GRAVE SE DIAGNOSTICA DURANTE EL "PERÍODO DE CARENCIA" DEL PRESENTE CONTRATO, ESTA ENFERMEDAD NO SERÁ OBJETO DE COBERTURA DE ESTE SEGURO.

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

#### **DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:**

##### **1.1.1. CÁNCER.**

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA, EL CÁNCER ES LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR UN INCREMENTO

CELLULAR ANORMAL 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. INCLUYE LEUCEMIA Y EXCLUYE EL CÁNCER INSITU NO INVASIVO, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN Y EL CÁNCER DE PIEL DIFERENTE AL MELANOMA MALIGNO.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER RESPALDADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO Y DEMOSTRADO POR UN RESULTADO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA O HISTOPATOLOGÍA Y LA HISTORIA CLÍNICA.

##### **1.1.2. 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 MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

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

##### **1.1.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBROVASCULAR 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 IMAGENOLOGÍA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

#### **1.1.4. 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.

#### **1.1.5. 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 ESTENÓSIS U OCCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, SEGÚN EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

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

#### **1.1.6. 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.

#### **1.1.7. PARALISIS TOTAL.**

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA PARALISIS 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 PARALISIS. 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 PARALISIS. DICHA PARALISIS DEBE TENER EL CARÁCTER DE IRREVERSIBLE Y SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO.

#### **1.2. CIRUGÍA POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD AMPARADA:**

SI USTED REQUIERE UNA CIRUGÍA DIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE AMPARADA POR ESTE SEGURO Y QUE NO CORRESPONDA A UNA CIRUGÍA DE DIAGNÓSTICO INICIAL, SBS SEGUROS LE PAGARA A USTED EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SIEMPRE QUE LA CIRUGÍA SEA ORDENADA Y PRACTICADA POR UN MÉDICO Y REQUIERA DOS O MAS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

PARA ESTE AMPARO, LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO SERÁ PAGADERA POR UNA SOLA VEZ, SIEMPRE Y CUANDO LA CIRUGÍA SE REALICE DENTRO DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LA ENFERMEDAD GRAVE OBJETO DE LA COBERTURA; LA PÓLIZA DEBE ESTAR VIGENTE TANTO EN LA FECHA DE DICHO DIAGNÓSTICO, COMO EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA.

#### **1.3. ANEXO DE ASISTENCIAS SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES:**

SBS SEGUROS, POR MEDIO DE UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DESIGNADA PARA EL EFECTO, PONE A SU DISPOSICIÓN, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LAS ASISTENCIAS QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN:

##### **1.3.1. CONSULTA MÉDICA VIRTUAL (TELEMEDICINA).**

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA LE BRINDARÁ A USTED SERVICIO DE TELECONSULTA VIRTUAL EN EL CONCEPTO DE TELESALUD BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA INTERACTIVA ENCAMINADO A PROPORCIONARLE SERVICIOS DE SALUD A DISTANCIA, EN LOS COMPONENTES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, POR PROFESIONALES DE LA

SALUD QUE UTILIZAN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN QUE LES PERMITEN INTERCAMBIAR DATOS CON EL PROPÓSITO DE FACILITAR EL ACCESO Y LA OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA LE PRESTARÁ EL SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN, BAJO LA CUAL, LE PROPORCIONARÁ A USTED INFORMACIÓN, CONSEJERÍA Y ASESORÍA EN LOS COMPONENTES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y PALIACIÓN. BAJO ESTA MODALIDAD NO SERÁ POSIBLE LA GENERACIÓN DE PRESCRIPCIONES Y/O INCAPACIDADES.

EL SERVICIO NO REEMPLAZARÁ AL MÉDICO TRATANTE, NI AL SERVICIO DE SALUD QUE USTED POSEA.

#### EL SERVICIO TIENE LA FINALIDAD DE:

A. BRINDAR INFORMACIÓN EN CASO DE URGENCIAS NO VITALES, COMO SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN LA RECOMENDACIONES PARA QUE USTED ASISTA A UN SERVICIO DE URGENCIA DE MANERA INMEDIATA O LA NECESIDAD DE AGENDAR UNA CITA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA.

B. RESOLVER INQUIETUDES Y/O PREGUNTAS DE UNA MANERA OPORTUNA EN TEMAS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, POSOLOGÍA DE MEDICAMENTOS E INDICACIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN.

C. INFORMACIÓN SOBRE TIPS DE SALUD, BRINDAR INFORMACIÓN DE MANEJO EN CASA DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A DOLORES MUSCULARES, PROBLEMAS DIGESTIVOS, DOLORES DE CABEZA, ENTRE OTROS.

**¡IMPORTANTE!** SE ACLARA QUE EN CASO DE QUE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA QUE ATIENDE EL SERVICIO IDENTIFIQUE QUE SE ESTÁ EN PRESENCIA DE UNA URGENCIA VITAL, LE BRINDARÁ INDICACIONES A USTED PARA QUE SE CONTACTE CON 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. CADA EVENTO TENDRÁ UNA DURACIÓN MÁXIMA DE 40 MINUTOS. EL HORARIO DE ATENCIÓN SERÁ DE LUNES A VIERNES DE 8AM A 6PM Y LOS SÁBADOS DE 8AM A 12 PM.

#### 1.3.2. AMBULANCIA EN CASO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE.

SI DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, Y COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN POR ACCIDENTE U OCASIONADA DE MANERA SÚBITA E IMPREVISTA, USTED LLEGARA A REQUERIR MANEJO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA SE ENCARGARÁ DE LOS CONTACTOS Y COORDINACIÓN EFECTIVA PARA SU TRASLADO HASTA LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD MÁS CERCANA.

#### TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA:

UNA VEZ CLASIFICADA SU SITUACIÓN MÉDICA E IDENTIFICADA LA NECESIDAD DEL TRASLADO MEDIANTE AMBULANCIA (TRIAGE I Y II) REALIZADA POR LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA A TRAVÉS DE SU PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD DE AMBULANCIA, USTED SERÁ TRANSPORTADO HASTA LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD MÁS CERCANA, DONDE TENDRÁ UN TIEMPO DE ESPERA MÁXIMO DOS (2) HORAS PARA LA ADMISIÓN E INGRESO. DESPUÉS DE CUMPLIDO ESTE PLAZO, USTED TENDRÁ QUE ASUMIR EL COSTO CON TARIFA PREFERENCIAL POR EL TIEMPO ADICIONAL DE ESPERA DE LA AMBULANCIA PARA EL INGRESO A LA IPS, CANCELÁNDOLAS DE MANERA DIRECTA AL PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD DE AMBULANCIA.

- EN CASO EN QUE LA INSTITUCIÓN SE ENCUENTRE EN EMERGENCIA FUNCIONAL Y NO LO ADMITA A USTED, SE PRESTARÁ MÁXIMO UN (1) TRASLADO ADICIONAL A OTRA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD REFERIDA POR USTED, DONDE NUEVAMENTE SE CONTABILIZARÁ EL TIEMPO DE ESPERA Y LAS CONDICIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

**¡IMPORTANTE!** EN TODO CASO, LA IPS A LA CUAL USTED SEA TRASLADADO, ESTARÁ SUJETA A LA CONDICIÓN DE SALUD QUE USTED PRESENTE AL MOMENTO DEL SERVICIO.

EL SERVICIO SE PRESTARÁ DE MANERA ILIMITADA POR VIGENCIA ANUAL Y EL HORARIO DE ATENCIÓN SERÁ 24 HORAS.

EL TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA SE PRESTARÁN DENTRO EL TERRITORIO NACIONAL CUBRIENDO LAS SIGUIENTES CIUDADES / MUNICIPIOS: BOGOTÁ, SOACHA, FUNZA, MADRID, MOSQUERA, CHÍA, CALERA, CAJICÁ, COTA, TENJO, SOPO, ZIPAQUIRÁ, TOCANCIPÁ, EL ROSAL, MEDELLÍN, ITAGÜÍ, SABANETA, BELLO, LA ESTRELLA, RIO NEGRO, LA CEJA, ENVIGADO, COPA CABANA, GIRARDOTA, MARINILLA, SAN ANTONIO DE PRADO, BARRANQUILLA, SABANA GRANDE, SOLEDAD, CALI, BUGA, JAMUNDÍ, PALMIRA, TULUÁ, JUMBO, CARTAGENA, SANTA MARTA, BUCARAMANGA, GIRÓN, FLORIDA BLANCA, CÚCUTA, IBAGUÉ, ARMENIA, MANIZALES, PEREIRA, CALARCÁ, TUNJA, PASTO, VILLAVICENCIO, NEIVA. SUJETO A DISPONIBILIDAD

#### CONDICIONES REQUERIDAS PARA EL ACCESO AL SERVICIO Y LA PRESTACIÓN DEL MISMO:

- EL EVENTO DESENCADENANTE DEL SERVICIO DEBE SER POR ACCIDENTE PERSONAL.
- CLASIFICACIÓN DE TRIAGE I Y II PARA LA SITUACIÓN PRESENTADA.
- USTED DEBE PERTENECER AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DENTRO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO / SUBSIDIADO PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD.

\* EN CASO DE QUE USTED NO PERTENEZCA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, DEBERÁ INDICAR SI ACEPTE O RECHAZA EL TRASLADO, ENTENDIENDO QUE LA ATENCIÓN EN LA IPS SERÁ DE MANERA PARTICULAR.

\*EN CASO DE QUE SE IDENTIFIQUE LA IMPOSIBILIDAD DE CUMPLIR CON EL SERVICIO EN MODO, TIEMPO Y LUGAR, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA LE INDICARÁ A USTED LAS LÍNEAS DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA PARA ATENDER EL SERVICIO DE MANERA OPORTUNA, SIN PERJUICIO QUE SE COORDINE EL ENVÍO DE AMBULANCIA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA.

## 2. ¿QUÉ NO TE CUBRIMOS?

### 2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS:

SBS SEGUROS NO SERÁ RESPONSABLE DE INDEMNIZAR CUANDO LA ENFERMEDAD GRAVE QUE SUFRA EL ASEGURADO, SEA DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, CONOCIDA O NO, O TENGA SU CAUSA, CONSISTA EN, O SEA CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

**2.1.1.** 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.

**2.1.2.** 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.

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

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

**2.1.5.** EN EL EVENTO DE UN SEGUNDO DIAGNÓSTICO POSITIVO SOBRE EL MISMO ÓRGANO, POR EJEMPLO, POR RAZONES DE REINCIDENCIA O METÁSTASIS O SOBRE UN SEGUNDO ÓRGANO AFECTADO POR METÁSTASIS.

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

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

**2.1.8. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTE EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIACTIVA, 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.**

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

**2.1.10. SBS SEGUROS NO SERÁ RESPONSABLE DE INDEMNIZAR CUANDO EL PAGO QUE SE HAGA, GENERE QUE SBS SEGUROS SEA SANCIONADA POR CUALQUIER ORGANISMO NACIONAL O INTERNACIONAL COMO LA OFAC, ENTRE OTROS, YA SEA PORQUE LAS PERSONAS ASEGURADAS O QUE RECIBAN EL PAGO ESTÉN EN LISTAS RESTRICTIVAS, EN PAÍSES SANCIONADOS O SE ENCUENTRE QUE TIENEN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO O DELITOS SIMILARES.**

## **2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:**

EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 2.1 DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS), AL AMPARO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER (CONDICIÓN 1.1.1) LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

**2.2.1. CIRUGÍAS QUE HAYAN DEBIDO REALIZARSE PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO POSITIVO, LO CUAL INCLUYE BIOPSIAS O ASPIRACIONES.**

**2.2.2. 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 PERÍODO DE CARENCIA. (ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA EN LOS CASOS QUE EL ASEGURADO SEA MÉDICAMENTE DECLARADO LIBRE DE CÉLULAS ANORMALES POR UN PERÍODO DE CINCO O MÁS AÑOS**

CONSEGUÍVOS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL).

**2.2.3. 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).**

**2.2.4. CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.**

**2.2.5. EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER QUE RESULTE EN EL FALLECIMIENTO O MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO POSITIVO. ESTA EXCLUSIÓN SOLO APLICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE TU SEGURO.**

**2.2.6. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN ÓRGANO(S) AFECTADO(S) POR METÁSTASIS DE UN CÁNCER DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE.**

**2.2.7. ENFERMEDAD DE HODGKIN Y LINFOMAS.**

## **2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (NUMERAL 1.3).**

EN ADICIÓN A LA CONDICIÓN 2.1. DE LA PÓLIZA (EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS), A ESTE AMPARO LE SERÁN APLICABLES LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

**2.3.1. ACCIDENTES ISQUÉMICOS CEREBRALES TRANSITORIOS, NI NINGÚN TIPO LESIÓN OCURRIDO POR TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO, O COMO CONSECUENCIA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.**

**2.3.2. DESORDENES ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR.**

## **2.4. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA CONSULTA MÉDICA VIRTUAL (TELEMEDICINA):**

QUEDAN EXCLUIDOS DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS, LAS RECLAMACIONES O SOLICITUDES DE SERVICIOS POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

**2.4.1.** EL SERVICIO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA TELECONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA/VIRTUAL.

**2.4.2.** LOS SERVICIOS QUE USTED HAYA CONTRATADO DIRECTAMENTE CON UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA POR SU PROPIA CUENTA Y RIESGO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA.

**2.4.3.** CUANDO USTED SE NIEGUE A COLABORAR CON EL PERSONAL DESIGNADO POR LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

**2.4.4.** CUANDO USTED NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE EL ASUNTO.

**2.4.5.** CUANDO USTED INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE DOCUMENTO.

**2.4.6.** SE EXCLUYE LA TRANSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES, ASÍ COMO LOS MEDICAMENTOS Y EXÁMENES O AYUDAS DIAGNÓSTICAS QUE SE HAYAN PODIDO FORMULAR.

**2.4.7.** SE EXCLUYE TODO TIPO DE COBERTURA QUE NO ESTÉ DETALLADA EN LA TELECONSULTA DE QUE TRATA EN ESTE ANEXO.

**2.4.8.** NO CUBRE REEMBOLSOS, LA ASISTENCIA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LLAME A LA LÍNEA Y SEA COORDINADO POR LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA.

## **2.5. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA AMBULANCIA EN CASO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE:**

QUEDAN EXCLUIDOS DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS, LAS RECLAMACIONES O SOLICITUDES DE SERVICIOS POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

**2.5.1.** EL SERVICIO NO CUBRE EVENTOS NI DIRECTA NI REMOTAMENTE CUYA CAUSA SEA POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO, DEBIDO A QUE ESTE DEBE SER ATENDIDO POR EL SOAT.

**2.5.2.** EL SERVICIO NO CUBRE EVENTOS NI DIRECTA NI REMOTAMENTE CUYA CAUSA SEA POR ACCIDENTE LABORAL, DEBIDO A QUE ESTE DEBE SER ATENDIDO POR LA ARL.

**2.5.3.** TRASLADOS DE PACIENTES SIN ACOMPAÑANTE.

**2.5.4.** EL TRASLADO DE MÁS DE UN (1) PACIENTE POR SERVICIO.

**2.5.5.** EL SERVICIO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UN ACCIDENTE.

**2.5.6.** LOS SERVICIOS QUE USTED HAYA CONTRATADO DIRECTAMENTE CON UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA POR SU PROPIA CUENTA Y RIESGO SIN PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA.

**2.5.7.** CUANDO USTED SE NIEGUE A COLABORAR CON EL PERSONAL DESIGNADO POR LA COMPAÑÍA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

**2.5.8.** CUANDO USTED NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE EL ASUNTO.

**2.5.9.** CUANDO USTED INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE DOCUMENTO.

**2.5.10.** SE EXCLUYE LA TRANSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES, ASÍ COMO LOS MEDICAMENTOS Y EXÁMENES O AYUDAS DIAGNÓSTICAS QUE SE HAYAN PODIDO FORMULAR.

**2.5.11.** SE EXCLUYE TODO TIPO DE COBERTURA QUE NO ESTÉ DETALLADA EN EL TRASLADO DE AMBULANCIA POR ACCIDENTE DE QUE TRATA EN ESTE ANEXO.

**2.5.12.** NO CUBRE REEMBOLSOS, LA ASISTENCIA OPERA SIEMPRE Y CUANDO LLAME A LA LÍNEA Y SEA COORDINADO POR LA COMPAÑÍA.

## **3. REVOCACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y NO RENOVACIÓN: ¿QUÉ PASA SI USTED NO QUIERE SEGUIR EN EL CONTRATO?**

Usted podrá revocar en cualquier tiempo el contrato de seguro; es decir, podrá decir que no quiere continuar asegurado, para lo cual, debe escribir una carta y enviarla a SBS SEGUROS. Desde el momento en que se reciba la carta, ya no tendrá más cobertura.

En caso de que usted revoque su seguro, SBS SEGUROS devolverá la parte correspondiente al tiempo que no va a estar asegurado, cobrando una penalidad (tarifa de seguros a corto plazo).

SBS Seguros podrá revocar esta póliza mediante aviso al tomador o asegurado, con una anticipación de 10 días hábiles contados a partir de la fecha del envío.

Así mismo, SBS Seguros, le podrá informar con treinta (30) días calendario de antelación al vencimiento de la vigencia de su seguro y/o solicitud - certificado individual correspondiente que su seguro no se renovará.

#### 4. TERMINACIÓN DEL CONTRATO: ¿CUÁNDO SE TERMINARÁ LA COBERTURA?

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente Póliza termina por las siguientes causas:

- a. A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- b. Cuando por cualquier causa el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.
- c. Cuando Usted revoque por escrito su contrato de Seguro.
- d. Al vencimiento de la anualidad de vigencia de la póliza más próxima a la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en esta póliza.
- e. Por mora en el pago de la prima.
- f. Si el asegurado fallece.
- g. Por las causas que indique la ley.

#### 5. PRIMA Y TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

La prima es el costo del seguro y se debe efectuar el pago de la prima dentro del plazo señalado expresamente en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual del seguro.

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.

#### 6. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

¡MUY IMPORTANTE! Usted tiene la obligación legal de declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. Así mismo, debe saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a SBS SEGUROS a no asegurarlo o a asegurarlo en condiciones más onerosas, este seguro estará viciado de Nulidad Relativa.

#### 7. ¿QUÉ DEBE HACER PARA RECLAMAR?

SBS SEGUROS pagará la suma asegurada dentro del término que se indique en la carátula de la póliza y/o solicitud – certificado individual de seguro contado a partir de la fecha en que usted presente a SBS SEGUROS los documentos con los que demuestren que el evento que se cubre en el seguro ha ocurrido.

SBS SEGUROS verificará que todas las pruebas usted presente sean adecuadas, suficientes y ciertas, lo que puede incluir, por ejemplo, que quiera evaluar médicaamente las condiciones de salud del asegurado.

#### ¡IMPORTANTE!

Consulte en nuestra página web los documentos que de manera meramente ilustrativa sugerimos entregar a SBS SEGUROS para presentar la reclamación.

SBS SEGUROS podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

#### 8. PROHIBICIÓN DE MODIFICACIONES UNILATERALES

SBS SEGUROS no podrá realizar modificaciones unilaterales de su seguro.

#### 9. ¿CUÁLES SON LAS EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA?

Las edades de ingreso y permanencia se encuentran registradas en el certificado individual o carátula de la póliza.

En caso de que usted cumpla la edad máxima de permanencia durante la vigencia del presente contrato o sus renovaciones, se conviene que el seguro continuará vigente sólo hasta la finalización de la vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o solicitud – certificado individual de seguro o en la fecha indicada en el respectivo anexo de renovación del año en el que usted cumpla la edad de permanencia. Vencido dicho plazo, la póliza terminará.

#### 10. GRUPO ASEGURADO

Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tiene relación con el propósito de contratar el seguro, que voluntariamente decidan ingresar al grupo asegurado y que tengan su residencia permanente en la República de Colombia.

#### 11. 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

## **12. NORMAS SUPLETORIAS**

Todo lo que no se encuentre previsto en el presente documento se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguro.

## **13. 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.

**SBS SEGUROS SE COMPLACE EN TENERLO  
COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA  
SATISFECHO CON LAS COBERTURAS  
OFRECIDAS EN ESTE SEGURO.**