

SEGURO DE VIDA GRUPO

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., (en adelante la "SBS Seguros") se compromete a pagarle a usted o las personas designadas como beneficiarias por usted o las de ley, según sea el caso, las prestaciones propias de cada uno de los amparos que a continuación se enuncian:

1. ¿QUÉ CUBRIMOS?

1.1. AMPARO BÁSICO DE VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA).

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA USTED FALLECE, POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE, SBS SEGUROS RECONOCERÁ A SUS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O LOS DE LEY, SEGÚN SEA EL CASO, EN UN ÚNICO PAGO, EL VALOR ASEGUROADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.2. ENFERMEDADES GRAVES.

SI SE LE MANIFIESTA Y LE DIAGNOSTICAN DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, Y POR PRIMERA VEZ, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES DESCRITAS A CONTINUACIÓN, SBS SEGUROS LE PAGARÁ LA SUMA ASEGUROADA PREVISTA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS SON:

1. CÁNCER
2. INFARTO DE MIOCARDIO
3. EVENTO CEREBROVASCULAR
4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
5. CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS
6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, PÁNCREAS Y MEDULA ÓSEA).
7. PARÁLISIS TOTAL

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO POR ENFERMEDADES GRAVES, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. QUE EL DIAGNÓSTICO SEA EFECTUADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA

EJERCER LA PROFESIÓN SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

B. EL DIAGNÓSTICO DEBE PRESENTARSE EN UNA FECHA POSTERIOR A LOS DÍAS INDICADOS COMO PERÍODO DE CARENCIA, ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. DICHO PERÍODO SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

C. UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR AFECTARSE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, SE TERMINARÁ LA COBERTURA PARA EL ASEGUROADO AFECTADO CON EL SINIESTRO.

1.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

SI DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, USTED LLEGARA A SER HOSPITALIZADO EN UNA CLÍNICA O EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA, SBS SEGUROS LE PAGARÁ LA SUMA CONTRATADA Y HASTA EL PERÍODO MÁXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA DÍA QUE USTED SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO EN LA MISMA.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. LA HOSPITALIZACIÓN DEBE SER VALIDADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE

FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

B. LA COBERTURA APPLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN SE PRODUZCAN EN UNA FECHA POSTERIOR A LOS DÍAS INDICADOS COMO PERÍODO DE CARENCIA, ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. DICHO PERÍODO SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

C. HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN, SE PRODUZCAN EN UNA FECHA POSTERIOR A LOS DÍAS INDICADOS COMO DEDUCIBLE, ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.4. REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS.

SI DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE O ACCIDENTE USTED LLEGARA A REQUERIR TRATAMIENTO POR UN MÉDICO O CIRUJANO AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EJERCER DICHA PROFESIÓN, HOSPITALIZACIÓN, SERVICIOS DE ENFERMERÍA, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS, APARATOS Y MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, PRÓTESIS Y ORTESIS, QUE HAGAN PARTE DEL TRATAMIENTO MÉDICO PARA CURARLO, SBS SEGUROS LE REEMBOLSARÁ A USTED HASTA EL VALOR ASEGUARADO MAXIMO PARA ESTA COBERTURA SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EL COSTO EN QUE USTED HAYA INCURRIDO POR TALES CONCEPTOS, COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE.

SE DEBE TENER EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO, SE REQUIERE

QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. EL GASTO MÉDICO DEBE SER ORDENADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

B. LA COBERTURA APPLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO EL GASTO SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA CONTRATADA, ESPECIFICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.5. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POR ACCIDENTE.

CUANDO PRODUCTO DE UN ACCIDENTE DIFERENTE AL ACCIDENTE DE TRABAJO, USTED QUEDA INCAPACITADO DE FORMA TOTAL Y TEMPORAL PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES QUE CORRESPONDEN A SU TRABAJO, OCUPACIÓN U OFICIO, SBS SEGUROS LE PAGARÁ LA SUMA CONTRATADA Y HASTA EL PERÍODO MAXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. LA INCAPACIDAD DEBE SER VALIDADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

B. HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACION SIEMPRE Y CUANDO LAS LESIONES OCASIONADAS POR UN ACCIDENTE, QUE HAYAN OCASIONADO LA INCAPACIDAD, SE PRODUZCAN EN UNA FECHA POSTERIOR A LOS DÍAS INDICADOS COMO DEDUCIBLE ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.6. ANEXO DE ASISTENCIAS SEGURO DE VIDA GRUPO:

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:

1.6.1. CONSULTA MÉDICA VIRTUAL (TELEMEDICINA).

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA LE BRINDARÁ A USTED UN SERVICIO DE TELECONSULTA VIRTUAL 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 RECOMENDACIÓN 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.

1.6.2. 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 EL TRASLADO DE USTED 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 TRASPORTADO 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 CANCELÁNDOLO 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, RÍO 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 PERTENEZCA 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 CUBRE EL SEGURO?:

2.1. EXCLUSIONES APPLICABLES A TODOS LOS AMPAROS:

2.1.1. 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.

2.1.2. CUANDO EL SINIESTRO SE PRODUZCA POR LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO O CONTRAVENCIONES POR LA LEY PENAL.

2.1.3. CUANDO EL SINIESTRO SE PRODUZCA POR 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.

2.1.4. CUANDO EL SINIESTRO SE PRODUZCA POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN 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 MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

2.1.5. SI EL ASEGURADO SE ENCUENTRA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS DURANTE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A ENFERMEDADES GRAVES:

2.2.1. EN EL EVENTO DE UNA SEGUNDA RECLAMACIÓN POR LA MISMA O CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS EN EL PRESENTE AMPARO Y QUE HAYAN SIDO OBJETO DE UNA INDEMNIZACIÓN PREVIA.

2.2.2. 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).

2.2.3. LESIÓN INTENCIONALMENTE INFRINGIDA POR USTED, ASÍ COMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.

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

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

2.2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A CÁNCER:

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

2.2.1.2. 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 CONSECUTIVOS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL).

2.2.1.3. 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).

2.2.1.4. CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

2.2.1.5. 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.

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

2.2.7. ENFERMEDAD DE HODGKIN Y LINFOMAS.

2.2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A EVENTO CEREBRO VASCULAR:

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

2.2.2.2. CAUSAS EXTERNAS, ASÍ COMO HEMORRAGIAS INTRA CRANEAÑAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO.

2.2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÓN, PÁNCREAS Y MEDULA ÓSEA):

2.2.3.1. USTED TENDRÁ COBERTURA ÚNICAMENTE COMO RECEPTOR DE UN TRASPLANTE Y NO COMO EL DONANTE EN NINGÚN CASO.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

NO TENDRÁ COBERTURA CUANDO EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN OBEDEZCA A LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

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

2.3.3. HOSPITALIZACIÓN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN CUANDO NO HAYA INDICACIONES MÉDICAS PARA QUE NO SEAN REALIZADOS DE FORMA AMBULATORIA.

2.3.4. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

2.3.5. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CON FINES RECONSTRUCTIVOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD OCURRIDOS O DIAGNOSTICADAS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.3.6. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ELLAS, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYAN SIDO MANIFESTADAS, DIAGNOSTICADAS, CONOCIDAS O HAYAN DEBIDO SER CONOCIDAS POR USTED.

2.3.7. INTERNAMIENTO U HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES O CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS O DE SALUD MENTAL O EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, PSICOSIS, NEUROSIS O TRATAMIENTOS DE DESCANSO

2.3.8. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER TERAPIA RELACIONADA O COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ADICCIÓN.

2.3.9. ACCIDENTES DONDE USTED SE ENCUENTRE CONDUCIENDO BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DROGAS, A MENOS QUE DICHAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS MÉDICAMENTE.

2.3.10. TRATAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ÉSTE.

2.3.11. 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.

2.3.12. CUALQUIER EVENTO O CIRUGÍA AMBULATORIOS.

2.3.13. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

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 PROCESADO POR 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 PROCESADO POR 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: ¿QUÉ PASA SI NO QUIERE SEGUIR CON EL CONTRATO?

Usted podrá revocar en cualquier tiempo el contrato; es decir, podrá decir que no quiere seguir más, para lo cual, usted 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 tenerlo asegurado, cobrando una penalidad (tarifa de seguros a corto plazo).

4. NO RENOVACION DEL SEGURO

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

5. ¿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 certificado individual de seguro del año en el que usted cumpla la edad máxima de permanencia. Vencido dicho plazo, la póliza terminará.

6. DEFINICIONES:

Para efectos del presente seguro, las definiciones que se incluyen tienen por finalidad aclarar el sentido en que se utiliza la palabra o expresión definida:

Accidente: Es todo suceso imprevisto, repentino, fortuito, violento, visible o interno e independiente de su voluntad y que afecte su organismo.

Actos terroristas: Significa cualquier amenaza de, o uso real de fuerza o violencia, dirigida a causar daño o causando daño, heridas, lesiones, perjuicios o desorganización, o la comisión de un acto peligroso para la vida humana o la propiedad, en contra de cualquier individuo, propiedad o gobierno, con el objetivo manifestado o no de alcanzar intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o religiosos, ya sea que dichos intereses estén declarados o no.

Los robos u otros actos criminales, cometidos en principio para obtener ganancias personales y actos que surjan principalmente de relaciones personales anteriores entre el (los) perpetrador (es) y la (las) víctima(s), no serán considerados actos terroristas.

Acto terrorista también incluye cualquier acto que sea verificado o reconocido por el gobierno pertinente como un acto de terrorismo.

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

Enfermedad: El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una

alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.

Enfermedad No Preexistente: Las preexistencias son aquellas discapacidades, enfermedades o patologías que existen en una persona antes de contratar un seguro. Es decir, se trata de cualquier condición médica que el futuro asegurado pudiera padecer con anterioridad a la contratación de la póliza.

Guerra: Guerra civil o internacional sea declarada o no, significa cualquier actividad de guerra u operaciones bélicas, incluido el uso de la fuerza militar por una nación soberana con fines económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, raciales, religiosos o cualquier otro fin.

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 de usted por alguna lesión amparada por la presente Póliza no podrá ser (a) el mismo Asegurado; (b) el cónyuge del Asegurado; o (c) los padres, hermanos o hijos del Asegurado o su cónyuge.

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

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

Asegurado: Es el titular del interés asegurable.

Cáncer: Presencia de un tumor maligno que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. 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.

Infarto de miocardio: se entiende como tal la muerte de una parte del músculo miocardio como consecuencia del aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se basa en los siguientes. El diagnóstico definitivo deberá estar soportado con tres o más de las siguientes condiciones:

- Historia de dolores torácicos atípicos
- Nuevos cambios de electrocardiogramas.
- Elevación de enzimas cardíacas
- Elevación de la troponina.
- Que se evidencien zonas akinéticas en un ecocardiograma.

Evento cerebrovascular: se refiere a la pérdida súbita de la función cerebral resultante de la interrupción del aporte sanguíneo a una parte del cerebro. Puede ser causado por trombosis, embolia, estenosis de una arteria del cerebro o hemorragia cerebral (rotura de un vaso sanguíneo con hemorragia o presión en la masa cerebral). Debe existir, además, pérdida permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación, diagnosticadas mediante pruebas de función neurológica.

Para efectos de esta póliza, la evidencia de una deficiencia neurológica permanente ocasionada por un evento cerebrovascular 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.

REGISTRO CONDICIONADO 22082023-1322-P-34-VIDA_GRUPO_CORRE-DR01
REGISTRÓ NOTA TÉCNICA APLICADA 22082023-1322-NTP-34-VIDA_GRUPO_CORRE

No incluye las isquemias cerebrales transitorias ni ningún tipo lesión ocurrida por trauma cráneo encefálico, o como consecuencia de intervenciones quirúrgicas.

Insuficiencia renal crónica: hace referencia al daño bilateral de ambos riñones, crónico, total e irreversible, el cual requiere como tratamiento la práctica de diálisis renal o trasplante de riñón.

La enfermedad que produce ocasiona o conduce al deterioro de la función renal debe ser manifestada y diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza.

Cirugía de arterias coronarias: 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 estenosis u oclusión en las arterias coronarias, según el resultado de una angiografía coronaria.

Las angioplastias, tratamientos endovasculares y cualquier otro procedimiento intraarterial ya sea por balón, colocación de stent, tratamiento laser, operaciones de válvulas cardíacas, operación por tumoración intracardíaca o alteración congénita u otros similares, no se consideran cirugía arterio-coronaria.

Para los propósitos de esta póliza se entiende por aorta la aorta torácica y la abdominal, pero no sus ramas.

Trasplante de órganos mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas y medula ósea): 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 con el restablecimiento de las conexiones vasculares.

Para efectos de esta póliza se entenderá única y exclusivamente el trasplante de los

siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea, como consecuencia de un daño irreversible de los mismos.

Usted tendrá cobertura únicamente como receptor de un trasplante y no como el donante en ningún caso.

Parálisis total: es 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 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

7. PRIMA Y TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

La prima es el costo del seguro y se debe efectuar el pago 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.

8. COEXISTENCIA DE SEGUROS:

A este respecto y, exclusivamente para los amparos cuya indemnización sea a través de reembolso, según el artículo 1140 del Código de Comercio, el asegurado deberá informar por escrito a SBS SEGUROS, los seguros de igual naturaleza que contrate sobre un mismo interés, dentro de un término de diez (10) días hábiles contados a partir de su celebración (Artículo 1093).

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

REGISTRO CONDICIONADO 22082023-1322-P-34-VIDA_GRUPO_CORRE-DR01
REGISTRÓ NOTA TECNICA APLICADA 22082023-1322-NTP-34-VIDA_GRUPO_CORRE

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).

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

Cuando ocurra un siniestro, usted o sus beneficiarios, deberán avisarlo a SBS SEGUROS dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido. Para hacer una reclamación usted o 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, le sugerimos presentar los siguientes documentos de acuerdo con cada una de las coberturas:

Por muerte por cualquier causa:

- 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).

Por enfermedades graves:

- Comunicación relatando los hechos.
- Fotocopia documento de Identidad del asegurado.
- Diagnóstico médico.
- Historia clínica completa desde el diagnóstico inicial de la patología objeto de reclamo por parte del asegurado.

- En el caso de trasplante de órganos: documentos que especifiquen que está en la lista de espera.

Por Renta diaria por hospitalización e Incapacidad Total Temporal (ITT) por accidente:

- Comunicación relatando los hechos.
- Fotocopia documento de Identidad del asegurado.
- Historia clínica completa desde el inicio del evento objeto de reclamo por parte del asegurado hasta el egreso de la clínica de las entidades aceptadas por la compañía para acreditar el evento.
- Certificación bancaria del asegurado donde se realizará el pago de la indemnización en caso de aprobarse el reclamo por parte de SBS Seguros.

10. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE:

MUY IMPORTANTE! Usted tiene la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, todos los hechos o circunstancias que lo determinen. 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 hacerlo en condiciones más onerosas, este seguro estará viciado de nulidad relativa.

11. PROHIBICIÓN DE MODIFICACIONES UNILATERALES

La Compañía no podrá hacer modificaciones unilaterales de su seguro.

12. 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.



13. 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.

14. 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.**

REGISTRO CONDICIONADO 22082023-1322-P-34-VIDA_GRUPO_CORRE-DR01
REGISTRÓ NOTA TECNICA APlicada 22082023-1322-NTP-34-VIDA_GRUPO_CORRE