

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 USTED FALLECE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE, SBS SEGUROS RECONOCERÁ 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 DE SEGURO.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, USTED SUFRE LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), Y ÉSTAS DAN LUGAR A UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SBS SEGUROS LE RECONOCERÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

TENGA EN CUENTA QUE EL PORCENTAJE QUE SE TENDRÁ COMO REFERENCIA DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ES AQUEL CERTIFICADO POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN; ES DECIR, POR EL FONDO DE PENSIONES, ARL, EPS, LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993, O LEYES COMPLEMENTARIAS O QUE LA SUSTITUYAN.

EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA O INCONSISTENCIA, SBS SEGUROS SOLICITARÁ CALIFICACIÓN A LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

¡IMPORTANTE! TENGA PRESENTE QUE LA INCAPACIDAD SE DEBE HABER MANTENIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE SE DETERMINE POR PARTE DE UN MÉDICO EL PRIMER DÍA DE INCAPACIDAD.

¡RECUERDE! ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE MUERTE, POR LO TANTO, UNA VEZ SE PAGUE LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL SEGURO DE VIDA GRUPO TERMINARÁ Y NO PODRÁ RECLAMAR POR OTROS AMPAROS.

1.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL 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 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 CALENDARIOS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

¡RECUERDE! ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, POR LO TANTO, EN CASO DE SU MUERTE

ACCIDENTAL, EL LÍMITE MÁXIMO INDEMNIZABLE CORRESPONDERÁ A LA DIFERENCIA QUE SE GENERE DE RESTAR AL VALOR ASEGURADO CUALQUIER SUMA YA INDEMNIZADA O PAGADA BAJO ESTA PÓLIZA, POR CUALQUIER BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN. SI POR EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN, SE HA PAGADO EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO, EL SEGURO TERMINARÁ.

1.4. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

SI DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO USTED SUFRE UN ACCIDENTE

QUE LE CAUSE LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), Y ÉSTAS DAN LUGAR A UNA DESMEMBRACIÓN QUE SE PRESENTE A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE, SBS SEGUROS SE COMPROMETE A PAGARLE A USTED LAS SUMAS QUE RESULTEN DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE LISTAN:

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN	CALIFICACIÓN DE LA DESMEMBRACIÓN
100% del valor asegurado	- Pérdida total y permanente de ambos pies, ambas manos, o de un pie o una mano. - Pérdida total y permanente de un ojo junto con la pérdida de un pie o una mano. - Pérdida total y permanente de la visión en ambos ojos. - Pérdida total y permanente del habla - Pérdida total y permanente en ambos oídos. - Enajenación mental que impida todo trabajo.
50% del valor asegurado	- Pérdida total y permanente de una mano, pie, brazo o pierna. - Pérdida total y permanente de la visión en un ojo - Pérdida total y permanente de la audición en un oído
20% del valor asegurado	- Pérdida total y permanente del dedo pulgar de una mano
15% del valor asegurado	- Pérdida total y permanente del dedo índice derecho o izquierdo.
5% del valor asegurado	- Pérdida total y permanente de cualquiera de los demás dedos de la mano. - Pérdida total y permanente del dedo artejo del pie.
3% del valor asegurado	- Pérdida total y permanente de cualquiera de los demás dedos de los pies
1% del valor asegurado	- Perdida de cada una de las falanges de los dedos o artejos

TENGA PRESENTE QUE:

- LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA DE VARIOS DEDOS SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS O FALANGES PÉRDIDAS.
- LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL Y ABSOLUTA DE CUALQUIER MIEMBRO, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA DEL MISMO.
- EN CASO DE OCURRIR MÁS DE UN SINIESTRO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, LOS PORCENTAJES A INDEMNIZAR SE APLICARÁN A LA SUMA PRINCIPAL ASEGURADA Y NO AL SALDO DE ESTA DESPUÉS DE HABER DEDUCIDO OTROS PAGOS EFECTUADOS.
- EL TOTAL DE INDEMNIZACIONES PROVENIENTES DE DESMEMBRACIONES POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA

VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, EN NINGÚN CASO, EXCEDERÁ DEL CIENTO POR CIENTO (100%) DE LA SUMA ASEGURADA PRINCIPAL.

¡IMPORTANTE! CUANDO USTED RECIBA CUALQUIER INDEMNIZACIÓN IGUAL AL 100% DE LA SUMA ASEGURADA POR EL PRESENTE AMPARO QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE ÉSTE.

EN CASO DE QUE LA INDEMNIZACIÓN SEA POR UN VALOR MENOR, USTED CONTINUARÁ AMPARADO HASTA EL FIN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR LA DIFERENCIA ENTRE LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL Y LAS INDEMNIZACIONES YA PAGADAS.

EN CASO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, ESTA COBERTURA NO SE RESTABLECERÁ.

TAMPOCO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. POR LO TANTO, SI EN VIRTUD DEL MISMO ACCIDENTE SBS SEGUROS LE HA RECONOCIDO ALGUNA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DICHO VALOR SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SBS SEGUROS SE LIBERA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

1.5. 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 ASEGURADA 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. ESCLEROSIS MÚLTIPLE
6. CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS
7. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, PÁNCREAS Y MEDULA ÓSEA).
8. PARÁLISIS TOTAL
9. GRAN QUEMADO
10. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
11. ENFERMEDAD DE PARKINSON
12. LEUCEMIA
13. ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE
14. ANEMIA APLÁSICA
15. TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA
16. ESTADO DE COMA

¡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, 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. EL CUAL SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

C. UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES SE TERMINARÁ LA COBERTURA PARA EL ASEGURADO AFECTADO CON EL SINIESTRO.

1.6. BONO COMO CONSECUENCIA DE MUERTE.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO USTED LLEGARA A FALLECER POR CUALQUIER CAUSA CUBIERTA BAJO EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SBS SEGUROS RECONOCERÁ 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 DE SEGURO.

1.7. BONO COMO CONSECUENCIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO USTED LLEGARA A SUFRIR UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUBIERTA BAJO EL AMPARO EN LA PRESENTE PÓLIZA, SBS SEGUROS LE RECONOCERÁ A USTED, LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

1.8. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO USTED LLEGARA A FALLECER POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE CUBIERTO BAJO EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SBS SEGUROS LE RECONOCERÁ 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 DE SEGURO POR CONCEPTO DE GASTOS FUNERARIOS.

1.9. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO USTED LLEGARÁ A FALLECER POR CUALQUIER CAUSA, EN UN PAÍS DIFERENTE A SU PAÍS DE ORIGEN, SBS SEGUROS RECONOCERÁ 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 DE SEGURO POR CONCEPTO DE REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO POR REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. EL PRESENTE AMPARO SERÁ INDEMNIZABLE SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO QUE GENERE SU FALLECIMIENTO SE ENCUENTRE CUBIERTO BAJO EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA OBJETO DE LA PRESENTE PÓLIZA.

B. EL FALLECIMIENTO DEBE OCURRIR EN LOS DÍAS INDICADOS COMO PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA EN EL EXTERIOR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

C. SBS SEGUROS NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE REPATRIACIÓN,

1.10. TRASLADO DE RESTOS MORTALES.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO USTED LLEGARA A FALLECER POR CUALQUIER CAUSA NO PREEXISTENTE A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, EN UNA CIUDAD DIFERENTE A SU CIUDAD DE ORIGEN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO, SBS SEGUROS RECONOCERÁ 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 DE SEGURO POR CONCEPTO DE TRASLADO DE RESTOS MORTALES.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO POR TRASLADO DE RESTOS MORTALES, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. EL PRESENTE AMPARO SERÁ INDEMNIZABLE SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO QUE GENERE SU FALLECIMIENTO SE ENCUENTRE CUBIERTO BAJO EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

B. SBS SEGUROS NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE REPATRIACIÓN.

1.11. 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 RECLUIDO 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 APLICARÁ 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. EL CUAL SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE LA 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.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR LO TANTO SE EXCLUYE TODO EVENTO GENERADO POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI.

1.12. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA USTED ES HOSPITALIZADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA, SBS SEGUROS LE PAGARÁ LA SUMA Y HASTA EL PERÍODO MÁXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS

INTENSIVOS, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

A. LA HOSPITALIZACIÓN EN UCI DEBE SER VALIDADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

B. LA COBERTURA APLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN EN UCI 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. EL CUAL SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

C. HABRÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN EN UCI 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.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR LO TANTO SE EXCLUYE TODO EVENTO GENERADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN DIFERENTE Y/O FUERA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

1.13. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POST HOSPITALARIA.

SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE USTED ES INCAPACITADO TEMPORALMENTE Y SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD SEA POSTERIOR A UNA HOSPITALIZACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA, SBS SEGUROS LE PAGARÁ LA SUMA Y HASTA EL PERÍODO MÁXIMO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO POR CADA DÍA QUE DURE LA HOSPITALIZACIÓN.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POST HOSPITALARIA, 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 LA ENFERMEDAD O LESIONES 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.

C. EL PRESENTE AMPARO SERÁ INDEMNIZABLE SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO QUE GENERO SU INCAPACIDAD PRESENTE COBERTURA BAJO EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION Y/O UCI.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POR LO TANTO SE EXCLUYE TODO EVENTO GENERADO POR UNA INCAPACIDAD QUE NO SEA CONTINUA A UNA HOSPITALIZACION.

1.14. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT).

CUANDO PRODUCTO DE UNA ENFERMEDAD NO PROFESIONAL O ACCIDENTE DIFERENTE 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 PERIODO 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, 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 LA ENFERMEDAD O LESIONES 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.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POST HOSPITALARIA POR LO TANTO SE EXCLUYE TODO EVENTO GENERADO POR UNA INCAPACIDAD QUE SEA CONTINUA A UNA HOSPITALIZACION.

1.15. INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, USTED SUFRE LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), Y ÉSTAS DAN LUGAR A UNA INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE, SBS SEGUROS LE RECONOCERÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

¡TENGA EN CUENTA QUE EL PORCENTAJE QUE SE TENDRÁ COMO REFERENCIA DE PÉRDIDA PARCIAL Y PERMANENTE ES AQUELLA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL QUE DEBE SER INFERIOR AL 50%, LA CUAL DEBE SER CERTIFICADO POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN; ES DECIR, POR EL FONDO DE PENSIONES, ARL, EPS, LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993, O LEYES COMPLEMENTARIAS O QUE LA SUSTITUYAN.

EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA O INCONSISTENCIA, SBS SEGUROS SOLICITARÁ CALIFICACIÓN A LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

¡IMPORTANTE! TENGA PRESENTE QUE LA INCAPACIDAD SE DEBE HABER MANTENIDO POR UN TIEMPO CONTINUO NO MENOR A LOS DÍAS INDICADOS COMO PERIODO MINIMO DE INCAPACIDAD PARCIAL ESPECIFICADO EN LA

CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE SE DETERMINE POR PARTE DE UN MÉDICO EL PRIMER DÍA DE INCAPACIDAD.

1.16. AUXILIO DE MATERNIDAD / PATERNIDAD.

EN EL EVENTO QUE, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO NAZCA UN HIJO SUYO, SBS SEGUROS LE PAGARÁ, UN AUXILIO ECONÓMICO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL.

¡IMPORTANTE! TENGA EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AUXILIO POR MATERNIDAD/PATERNIDAD, SE REQUIERE QUE SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. EL NACIMIENTO 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. EL CUAL SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.
- B. EL HIJO DEBE NACER VIVO

1.17. AUXILIO PARA GASTOS DE AMBULANCIA.

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO USTED LLEGARA A NECESITAR TRASLADO EN AMBULANCIA A UNA CLINICA, HOSPITAL O CENTRO MÉDICO COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO NO PREEXISTENTE AMPARADO EN LA PRESENTE POLIZA Y OCURRIDO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO, SBS SEGUROS LE RECONOCERÁ A USTED, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO POR CONCEPTO DE AUXILIO PARA GASTOS DE AMBULANCIA.

SBS SEGUROS NO ASUME RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIA.

1.18. AUXILIO POR FRACTURA DE HUESOS.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO ACCIDENTAL USTED LLEGA A SUFRIR UNA FRACTURA QUE AFECTE LOS HUESOS, SBS

SEGUROS LE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

2. ¿QUÉ NO CUBRIMOS?

2.1. EXCLUSIONES GENERALES 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. ENFERMEDADES, LESIONES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES CONOCIDOS O NO POR USTED Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADOS AL INGRESO DE LA PÓLIZA.
- 2.1.3. TERRORISMO, SUICIDIO DESDE INICIO DE VIGENCIA.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE:

- 2.2.1. SBS SEGUROS NO PAGARÁ SUMA ALGUNA, CUANDO EL SINIESTRO SE PRODUZCA DIRECTA O INDIRECTAMENTE, TOTAL O PARCIALMENTE, CUANDO LAS LESIONES HAYAN SIDO PROVOCADAS POR USTED ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A MUERTE ACCIDENTAL Y A DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

NO TENDRÁ COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.3.1. POR LA COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO O CONTRAVENCIONES POR LA LEY PENAL.
- 2.3.2. 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, 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.
- 2.3.3. 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 MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.
- 2.3.4. 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.
- 2.3.5. EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- 2.3.6. 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 LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.

- 2.3.7. NO CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SEA COMO CONSECUENCIA DE PREEXISTENCIAS, HOMICIDIO, SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO, SIDA, VIH, TERRORISMO, PANDEMIA 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.

2.4. EXCLUSIONES APLICABLES A ENFERMEDADES GRAVES:

- 2.4.1. SI LA ENFERMEDAD SE DIAGNOSTICA DURANTE EL PERÍODO DE CARENCIA INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
- 2.4.2. 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.
- 2.4.3. 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).

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

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

2.4.6. 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.

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

2.5. EXCLUSIONES APLICABLES A CÁNCER:

2.5.1. CUALQUIER CÁNCER QUE HAYA SIDO MANIFESTADO O DIAGNOSTICADO EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE FINALIZADO EL PERÍODO DE CARENCIA INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

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

2.5.3. CÁNCER EN ORGANO(S) AFECTADO(S) POR METASTASIS.

2.5.4. CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

2.5.5. CUALQUIER NEOPLASIA INTRACERVICAL (NIC I NIC II Y NIC III)

ASÍ COMO LESIONES DEL VPH (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)

2.5.6. ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LINFOMAS.

2.6. EXCLUSIONES APLICABLES A EVENTO CEREBRO VASCULAR:

2.6.1. ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.

2.6.2. CAUSAS EXTERNAS, ASÍ COMO HEMORRAGIAS INTRA CRANEANAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO.

2.7. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURAS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, UCI, ITT POST HOSPITALARIA:

NO TENDRÁ COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.7.1. CUANDO EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA NO HAYA SIDO INICIALMENTE MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO U OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE FINALIZADO EL PERIODO DE CARENCIA ESPECIFICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

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

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

2.7.4. 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.

2.7.5. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

- 2.7.6. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CON FINES RECONSTRUCTIVOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD OCURRIDOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 2.7.7. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYAN SIDO MANIFESTADAS, DIAGNOSTICAS, CONOCIDAS O HAYAN DEBIDO SER CONOCIDAS POR USTED
- 2.7.8. INTERNAMIENTO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, PSICOSIS, NEUROSIS O TRATAMIENTOS DE DESCANSO
- 2.7.9. CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES O CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS O DE SALUD MENTAL.
- 2.7.10. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER TERAPIA RELACIONADA O COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ADICCIÓN.
- 2.7.11. ACCIDENTES DONDE USTED SE ENCUENTRE CONDUCIENDO BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DROGAS, A MENOS QUE DICHAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS MÉDICAMENTE.
- 2.7.12. TRATAMIENTOS A CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ÉSTE.
- 2.7.13. 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.

2.7.14. CUALQUIER EVENTO O CIRUGÍA AMBULATORIOS.

2.7.15. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

2.8. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE AUXILIO DE LA MATERNIDAD/MATERNIDAD:

2.8.1. MATERNIDAD SUBROGADA, GESTACIÓN POR SUSTITUCIÓN Y/O ALQUILER DE VIENTRE.

2.9. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE AUXILIO POR FRACTURA DE HUESOS:

2.9.1. NO SE CUBREN FRACTURAS OCASIONADAS POR ALGUNA CONDICIÓN PREEXISTENTE Y/O COMO RESULTADO DE OSTEOPOROSIS QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O DADA A CONOCER ANTES DE SUFRIR LA LESIÓN CORPORAL TENIENDO EN CUENTA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

3. 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:

¿Qué es pérdida total y permanente?

Para todos los efectos del presente amparo, se entenderá como pérdida total y permanente las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales sufridas por usted como asegurado, que produzcan una pérdida de su capacidad laboral igual o superior al 50%, tales como:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos no preexistente.
- b) La pérdida total e irrecuperable de la visión en un ojo no preexistente.
- c) La pérdida total e irrecuperable del habla.

- d) La pérdida total e irre recuperable de la audición por ambos oídos.
- e) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- f) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- g) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones tibiotarsiana o por encima de ella, siempre y cuando la pérdida de la mano y del pie ocurran dentro de la vigencia de la póliza se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

¿Qué es accidente? Es todo suceso imprevisto, repentino, fortuito, violento, visible o interno e independiente de su voluntad y que afecte su organismo.

¿Qué es 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.

¿Qué es desmembración o pérdida? Separación completa por amputación, o la inhabilidad total por impotencia funcional.

- a) Real amputación o pérdida funcional de la mano a la altura o por arriba de la articulación de la muñeca, o del pie a la altura o por arriba de la articulación del tobillo.
- b) Real amputación o pérdida de los dedos índice o pulgar a la altura o por arriba de la articulación que une a éstos con la palma de la mano
- c) Pérdida total e irre recuperable de la visión
- d) Pérdida total e irre recuperable del habla
- e) Pérdida total e irre recuperable de la audición

Se entenderá por pérdida, para efectos del presente contrato, lo siguiente:

- Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana o más próxima.
- Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana o más próxima.

Período de carencia: Período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual usted no tendría derecho alguno a indemnización. El período de carencia será el indicado expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado individual del seguro.

Cáncer: se entiende como la enfermedad provocada y caracterizada por multiplicación rápida e incontrolada de células anormales con la consecuente formación de tumores de cualquier localización, que se extienden más allá del tejido o capa en donde se originó, invaden partes adyacentes del tejido inicial o produce metástasis a otros órganos.

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 aquinéticas 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 cerebro vascular debe ser confirmada por un neurólogo o neurocirujano después de transcurridas como mínimo seis (6) semanas del evento. De la misma manera, las pruebas diagnósticas de imagenología, como tac, resonancia nuclear magnética, entre otras, deben soportar dicho diagnóstico.

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.

Esclerosis múltiple: hace referencia a las anomalías neurológicas moderadas y persistentes que se traducen en una enfermedad crónica, inflamatoria y progresiva del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) que destruye las vainas de mielina de las neuronas, produciendo un deterioro de las funciones neurológicas de forma incurable, pero sin que usted se encuentre confinado en una silla de ruedas.

Para efectos de estas pólizas, se requiere establecer el diagnóstico definitivo e inequívoco hecho por un especialista en neurología de esclerosis múltiple, en donde se demuestre las anomalías neurológicas por un periodo continuo no menor de seis (6) meses o se demuestre al menos la ocurrencia de dos episodios clínicamente documentados

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 intracardiaca 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 médula ósea): es el procedimiento quirúrgico, medicamento 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.

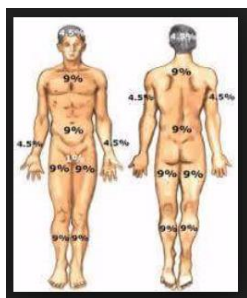
Usted tendrá cobertura únicamente como receptor de un trasplante y no como el donante en ningún caso.

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 u ocurrido, durante la vigencia de la presente póliza. la pérdida funcional debe haberse presentado en forma continua y permanente por un periodo no inferior a 180 días calendario a partir de la fecha en que se presentó inicialmente la parálisis. dicha parálisis debe ser confirmada por un neurólogo o neurocirujano por medio de pruebas diagnósticas.

Gran quemado: Es la sufrida por Usted dentro de la vigencia de la póliza como consecuencia de la exposición a energía térmica, transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico, que requiere manejo médico especializado en unidad de quemados o en unidad de cuidado

intensivo por el posible compromiso la vida, y que puede dejar secuelas funcionales graves permanentes.

Para efectos del presente amparo se entiende por quemadura mayor, según la definición del American Burn Association (ABA), a la quemadura de tercer grado en más del diez por ciento (10%) de superficie corporal (SCQ), a la quemadura de segundo grado en más del 25 % de superficie corporal (SCQ) o a la quemadura de segundo grado profunda o tercer grado que involucre ojos, cara, manos, pies o periné. Para la determinación de la extensión de la quemadura se utilizará y se tendrá como referencia a la regla de los "nueves" o la de lund browder para adultos. para la determinación de la severidad o profundidad la tabla comparativa de converse - smith / benaim.



(2). TABLA DE LUND BROWDER PARA ADULTOS

(3) TABLA COMPARATIVA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD O PROFUNDIDAD DE LAS QUEMADURAS.		
CONVERSE -SMITH	BENAIM	OTROS
1º GRADO	A ERITEMATOSAS	EPIDÉRMICAS (TIPO I)
2º GRADO SUPERFICIAL	A FLICTENANTES	DÉRMICAS SUPERFICIALES (TIPO IIA)
2º GRADO PROFUNDO	AB	DÉRMICAS PROFUNDAS
3º GRADO	B	SUBDÉRMICAS SUPERFICIALES (TIPO III) SUBDÉRMICAS PROFUNDAS (TIPO IV)

Enfermedad de Alzheimer: diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de alzhéimer (demencia presenil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, tac, resonancia nuclear, magnética, pet de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Enfermedad de párkinson: es el diagnóstico inequívoco de enfermedad de párkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de parkinsonismo están excluidas), confirmado por un especialista en neurología. la enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria

Leucemia: se refiere al tipo de cáncer de la sangre que comienza en la médula ósea, el tejido blando que se encuentra en el centro de los huesos, donde se forman las células sanguíneas.

La leucemia lleva a un aumento incontrolable de la cantidad de glóbulos blancos. Las células cancerosas impiden que se produzcan glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos maduros (leucocitos) saludables.

Las células cancerosas se pueden propagar al torrente sanguíneo y a los ganglios linfáticos. también pueden viajar al cerebro y a la médula espinal (el sistema nervioso central) y otras partes del cuerpo.

Enajenación mental incurable: se refiere al diagnóstico médico inequívoco de locura, demencia o pérdida de la razón. estado mental en el cual el asegurado no puede hacerse responsable de sus actos por la falta de juicio.

Anemia aplásica: se refiere a la alteración en la médula ósea resultante en una producción suspendida de células de la sangre nuevas (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) que con lleva a una disminución de los elementos celulares en la sangre periférica. debe haberse descartado cualquier otra forma de anemia y de síndromes mielodisplásicos.

El diagnóstico debe ser inequívoco mediante el examen de la sangre periférica y confirmado con

biopsia de médula ósea y soportado con la historia clínica hematológica.

Traumatismo mayor de cabeza: también conocido como traumatismo craneoencefálico (TCE). es la alteración en la función neurológica que ocurre como consecuencia directa o a causa de una fuerza traumática externa, por un agente mecánico violento externo que ocasiona un daño físico demostrable por medios radiológicos en las estructuras craneales, encefálicas y meníngeas, y que conduce a un deterioro funcional del contenido craneal que requiere manejo especializado y supervisión permanente en unidad de cuidado intensivo.

Para efectos de la presente póliza no se incluirá dentro de la definición los traumatismos causados por intento de suicidio y trauma cráneo encefálico ocurridos bajo efectos de sustancias que causan efectos sobre el sistema nervioso central drogas ilegales o alcohol.

Estado de coma: se refiere al estado severo de pérdida de conciencia, que ocurre como resultado de una gran variedad de condiciones que incluyen las intoxicaciones no autoinfligidas, anomalías metabólicas (hipoglicemia, hiperglicemias, cetosis), enfermedades del sistema nervioso central, accidente cerebro vascular, trauma craneoencefálico, convulsiones e hipoxia.

Es una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales y por tanto con peligro de muerte por lo que requiere de un manejo médico en unidad de cuidado intensivo con supervisión permanente de personal especializado.

Para efectos de la presente póliza no se incluirá dentro de la definición el estado de coma por consumo voluntario de sustancias que causen efecto sobre el sistema nervioso central, así como el coma médicamente inducido con fines terapéuticos. igualmente, no se cubren patologías relacionadas con enfermedades preexistentes por cuya descompensación se produce el coma, como la diabetes, declarada o no, entre otras.

Hospitalización: Hace referencia a la reclusión en una institución hospitalaria legalmente establecida y aprobada por un periodo de 24 horas o mayor en un servicio de hospitalización con cama asignada.

Unidad de cuidados intensivos (UCI): Corresponde a una instalación especial dentro del

área hospitalaria que proporciona medicina, vigilancia y/o tratamiento intensivo al paciente.

4. GRUPO ASEGURABLE

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

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

5. ¿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.

6. ¿CUÁLES SON LAS MODALIDADES DEL SEGURO?

La presente póliza puede tener alguna de las siguientes modalidades:

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

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

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

7. CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

Cuando se indique en la carátula de la póliza y/o certificado individual de su seguro, SBS SEGUROS le otorgará el beneficio de continuidad de la cobertura de la póliza de vida grupo expedida por otra aseguradora.

Para que opere este beneficio es indispensable que se cumplan de manera concurrente todos los siguientes requisitos:

- a) La vigencia de la póliza anterior sea ininterrumpida.
- b) La póliza se encuentre vigente en el momento que los asegurados se trasladen a la presente póliza.
- c) Que el tomador suministre la información correspondiente a la Declaración de Asegurabilidad, fecha de ingreso a la póliza y la totalidad de las condiciones de cobertura definidas para cada asegurado

8. CONVERTIBILIDAD

Con excepción de las póliza de vida grupo deudores, los asegurados principales menores de setenta (70) años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un siniestro, se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, pero sin beneficios adicionales, con cualquier otra compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. Dicho seguro se emitirá en las mismas condiciones del plan anterior, para el amparo básico de vida y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza anterior, el riesgo como subnormal, se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación y la extra prima que corresponda al seguro de vida.

Si usted fallece después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho

a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

9. ACRECIMIENTO:

El derecho de acrecer es la facultad que se da en derecho de sucesión a los demás herederos a acrecentar su herencia, añadiendo parte de la de otro heredero que previamente renunció a tomar su parte. En ese caso el porcentaje de la herencia que no haya sido aceptada deberá repartirse entre el resto de los herederos. En el caso del seguro de vida es el porcentaje que pasa del beneficiario fallecido al beneficiario sobreviviente.

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. IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO

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

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

1. Si la edad verdadera se encuentra fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio
2. Si la edad es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que

su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por SBS SEGUROS.

3. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal anterior.

12. ¿QUÉ ES LA PRIMA Y CUAL ES EL 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.

13. REVOCACIÓN DEL CONTRATO: ¿QUÉ PASA SI USTED NO QUIERE SEGUIR CON EL CONTRATO?

Usted podrá revocar en cualquier tiempo el contrato; es decir, podrá decir que no quiere seguir más con el seguro, 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 haya pagado la prima anual de 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).

Por su parte, 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.

14. DEDUCCIONES

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no es acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el Seguro de Vida Grupo terminará.

Si la póliza tiene además el amparo de Beneficios por Desmembración, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el

amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

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

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

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

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

15. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE DAN POR FINALIZADO SU SEGURO INDIVIDUAL?

Este seguro terminará por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima, según lo establecido en la carátula de esta póliza y/o certificado individual del seguro.
- b) En el momento que Usted deje de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando Usted, en lo que respecta en su amparo individual o el tomador a su caso, expresen por escrito tal voluntad.
- d) Al vencimiento de la vigencia sin que se proceda a su renovación.
- e) Al cumplir la edad máxima de permanencia indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual del seguro.

- f) Cuando SBS Seguros te pague la cobertura de vida.

16. ¿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 Usted o sus Beneficiarios, según sea el caso, le(s) corresponderá(n) demostrar la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio. Para el efecto, te sugerimos presentar los siguientes documentos:

Por muerte por cualquier causa, auxilio funerario, Bono como consecuencia de muerte, repatriación de restos mortales, traslado de restos mortales:

- 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 incapacidad Total y Permanente, Renta mensual para gastos del hogar por incapacidad total y permanente e incapacidad permanente parcial:

- Comunicación relatando los hechos.
- Fotocopia documento de Identidad del asegurado.
- Calificación de la Incapacidad Total y Permanente, emitida por la entidad competente, es decir, EPS, ARL, Junta de Calificación de Invalidez o Fondo de Pensiones o de la Administradora de Riesgos Profesionales.

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).

Por desmembración accidental:

- Comunicación relatando los hechos.
- Fotocopia documento de Identidad del asegurado.
- Diagnóstico médico
- Copia de la Historia Clínica y certificado médico sobre el origen de la desmembración y procedimientos médicos realizados (según sea el caso).
- Informe del médico tratante.

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 y Renta Diaria por hospitalización en UCI, Incapacidad Total Temporal (ITT) post hospitalaria, Incapacidad Total Temporal (ITT):

- 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 realizar el pago de la indemnización en caso de aprobar el reclamo

Por Auxilio de Maternidad / Paternidad:

- Comunicación solicitud formal.
- Fotocopia documento de Identidad del asegurado.
- Registro civil de nacimiento
- Certificado de Nacido Vivo
- Certificación Bancaria del asegurado donde se realizar el pago de la indemnización en caso de aprobar el reclamo

Por Auxilio para gastos de Ambulancia:

- Comunicación relatando los hechos.
- Fotocopia documento de Identidad del asegurado.
- Certificado de traslado de ambulancia
- Factura de servicios de traslado de ambulancia
- Certificación Bancaria del asegurado donde se realizar el pago de la indemnización en caso de aprobar el reclamo

Por Auxilio por fractura de huesos:

- 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, de la clínica de las entidades aceptadas por la compañía para acreditar el evento
- certificación Bancaria del asegurado donde se realizar el pago de la indemnización en caso de aprobar el reclamo

17. ¿CUÁL ES EL PLAZO QUE TIENE SBS PARA RESPONDER SU SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN?

La Compañía pagará la indemnización dentro de los veinte nueve (29) días calendarios siguientes a la fecha en Usted o sus beneficiarios designados acrediten aun extrajudicialmente, su derecho, en un todo de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio colombiano.

18. NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente documento se regirá por las disposiciones el Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

19. NOTIFICACIONES:

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que Usted deba hacer a SBS Seguros, deberá consignarla por escrito o por cualquier medio dispuesto por SBS Seguros.

Lo mismo aplica para cualquier notificación que SBS Seguros deba hacerle, la cual será enviada a la última dirección registrada.

20. DOMICILIO:

El lugar de cumplimiento de las obligaciones del presente contrato es la ciudad de Bogotá, en la República de Colombia que constituye el domicilio principal de La Compañía.

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