

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES CLIENTES BANCO ITAÚ

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., (en adelante la “Compañía” o “SBS Seguros”), durante la vigencia del presente seguro, se compromete a pagarle a ti o las personas designadas como tus beneficiarias, según sea el caso, las prestaciones propias de cada uno de los amparos que a continuación se enuncian, siempre y cuando se efectúe el pago de la prima:

1. ¿QUÉ TE CUBRIMOS?

1.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

SI TE DIAGNOSTICAN, O DIAGNOSTICAN A ALGÚN MIEMBRO DE TU GRUPO ASEGURADO, POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CON CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES DESCRITAS A CONTINUACIÓN, O SI TE REALIZAN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS O SI REQUIERES HOSPITALIZACIÓN, POR ORDEN MÉDICA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES INDICADAS A CONTINUACIÓN, SBS SEGUROS PAGARÁ HASTA EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE TU SEGURO.

LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS SON:

- A. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, INCLUYENDO ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES.
- B. CIRUGÍA CARDÍACA Y ANGIOPLASTIA.
- C. CÁNCER, INCLUYENDO LOS PROCEDIMIENTOS POR QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.
- D. TRASPLANTE DE ÓRGANOS DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES ACÁ PREVISTAS.
- E. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- F. TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO CON TRAUMA MAYOR, COMÚNMENTE DENOMINADO POLITRAUMATISMO. EL TRATAMIENTO INCLUYE LA REHABILITACIÓN.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO TIENE UN LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA POR AÑO Y UN LÍMITE MÁXIMO POR COBERTURA POR TODO EL TIEMPO QUE DURE VIGENTE EL SEGURO (VIGENCIA INICIAL Y RENOVACIONES) CUYOS VALORES SERÁN INDICADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

ASÍ MISMO, TENDRÁ UN DEDUCIBLE POR EVENTO PARA GASTOS MÉDICOS EN COLOMBIA Y PARA GASTOS MÉDICOS EN EL EXTEIOR QUE SERÁN INDICADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, ESTARÁN CUBIERTOS LOS CONCEPTOS DE GASTOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN, POR TRATAMIENTOS, SERVICIOS O

SUMINISTROS MÉDICAMENTE NECESARIOS, INCURRIDOS COMO RESULTADO DE, O EN RELACIÓN CON LOS EVENTOS AMPARADOS:

A. GASTOS HOSPITALARIOS

1. LOS FACTURADOS POR UN HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE, POR CONCEPTO DE:
 - A. HABITACIÓN, COMIDAS Y SERVICIOS GENERALES DE ENFERMERÍA, SERVICIOS ESPECIALES DE ENFERMERÍA SUJETOS A ORDEN MÉDICA, DURANTE LA PERMANENCIA EN UNA HABITACIÓN SEMIPRIVADA, SALA O PABELLÓN, O UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
 - B. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS (SALVO ARTÍCULOS DE USO PERSONAL O QUE NO SEAN DE ÍNDOLE MÉDICA, O POR SERVICIOS DE CUALQUIER CLASE PROPORCIONADOS POR UN PARIENTE CERCANO ACOMPAÑANTE O ASISTENTE, INCLUYENDO LOS SERVICIOS PRESTADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL).
 - C. CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O INDEPENDIENTE (SOLAMENTE SI EL TRATAMIENTO, CIRUGÍA, SERVICIO O SUMINISTRO HUBIESE ESTADO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA DE HABER SIDO PROPORCIONADO EN UN HOSPITAL).
 - D. MEDICAMENTOS CUYA OBTENCIÓN SE REQUIERA UNA RECETA O PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

B. HONORARIOS MÉDICOS

LOS HONORARIOS MÉDICOS FACTURADOS:

1. POR UN MÉDICO, POR CONCEPTO DE TRATAMIENTO, CUIDADOS MÉDICOS, O CIRUGÍA.

¡TEN PRESENTE! EN EL CASO DE EXTIRPACIÓN DE CÁNCER DE LA PIEL, POR CUALQUIER MÉTODO NO SE PAGARÁN HONORARIOS SI NO ADJUNTAS LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL MÉDICO QUE DIAGNOSTICÓ O REMOVIÓ LA LESIÓN, ASÍ COMO UNA COPIA DE REPORTE PATOLÓGICO EN EL QUE SE CONFIRME LA NATURALEZA CANCEROSA DE DICHA LESIÓN.

2. POR VISITAS MÉDICAS EFECTUADAS A UNA PERSONA ASEGURADA MIENTRAS SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UN HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE.
3. POR CONCEPTO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS, TRATAMIENTO O SUMINISTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:

- A. HONORARIOS POR ANESTESIA Y SU ADMINISTRACIÓN, SIEMPRE QUE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR UN ANESTESIÓLOGO PROFESIONAL QUE NO SEA EMPLEADO DEL HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE.
 - B. ANÁLISIS DE LABORATORIO Y PATOLOGÍA, EXÁMENES DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICOS, TERAPIA DE RAYOS X, ISÓTOPOS RADIOACTIVOS, QUIMIOTERAPIA, ELECTROCARDIOGRAMAS, ECOCARDIOGRAMAS, MIELOGRAMAS, ELECTROENCEFALOGRAFÍA, ANGIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS Y OTRAS PRUEBAS Y TRATAMIENTO SIMILARES, REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS, SIEMPRE QUE HAYAN SIDO SOLICITADOS POR EL MÉDICO TRATANTE Y ADMINISTRADOS POR UN MÉDICO, O BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO.
 - C. TRANSFUSIONES DE SANGRE, APLICACIÓN DE PLASMA Y SUEROS.
 - D. GASTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE OXÍGENO, APLICACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS E INYECCIONES.
4. CUANDO EFECTUADO UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, OTRO PROCEDIMIENTO SEA NECESARIO INCIDENTALMENTE Y DEBA SER PRACTICADO A TRAVÉS DE LA MISMA INCISIÓN, O EN EL MISMO ORIFICIO NATURAL DEL CUERPO, O EN EL MISMO CAMPO OPERATORIO, EL PAGO DE LOS HONORARIOS MÉDICOS SERÁ ÚNICAMENTE POR EL PROCEDIMIENTO MAYOR.

C. GASTOS POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- 1. POR SERVICIOS PRESTADOS DURANTE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS OBTENIDOS DE UN DONANTE FALLECIDO CON EL PROPÓSITO DE EFECTUAR UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O UN TRASPLANTE DE TEJIDO AL ASEGURADO. LOS GASTOS CUBIERTOS INCLUYEN LA REMOCIÓN, PRESERVACIÓN Y TRANSPORTE DE UN ÓRGANO O DE TEJIDO QUE SE INTENTA TRASPLANTAR AL ASEGURADO.
- 2. POR SERVICIOS PRESTADOS A UN DONANTE VIVO DURANTE EL PROCESO DE REMOCIÓN DE UN ÓRGANO O TEJIDO CON EL PROPÓSITO DE EFECTUAR UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO DE UN RECEPTOR, INCURRIDOS POR:
 - A. INVESTIGACIÓN DE DONANTES POTENCIALES.
 - B. SERVICIOS PRESTADOS AL DONANTE EN UN HOSPITAL, O CENTRO DE TRASPLANTE, POR CONCEPTO DE HABITACIÓN SEMIPRIVADA, SALA O PABELLÓN, COMIDAS, SERVICIO GENERAL DE ENFERMERÍA, SERVICIOS REGULARES SUMINISTRADOS POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE, PRUEBAS DE LABORATORIO, Y USOS DE EQUIPOS Y

OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS (EXCEPTUÁNDOSE ARTÍCULOS DE USO PERSONAL QUE NO SEAN REQUERIDOS DURANTE EL PROCESO DE REMOCIÓN DEL ÓRGANO O TEJIDO QUE SE VA A TRASPLANTAR).

- C. CIRUGÍA Y SERVICIOS MÉDICOS RELACIONADOS CON LA REMOCIÓN DEL ÓRGANO O TEJIDOS DEL DONANTE, QUE SE INTENTA TRASPLANTAR A LA PERSONA ASEGURADA.
- 3. POR SERVICIOS Y MATERIALES SUMINISTRADOS POR EL CULTIVO DE LA MEDULA ÓSEA, EN RELACIÓN CON UN TRASPLANTE DE TEJIDO PRACTICADO A UNA PERSONA ASEGURADA. EN ESTE CASO, TEN PRESENTE QUE SBS SEGUROS PAGARÁ SOLAMENTE POR LOS GASTOS EN QUE SE INCURRAN A PARTIR DE LA FECHA EN LA QUE SE ORIGINÓ EL PRIMER GASTO CUBIERTO POR CONCEPTO DE DICHO CULTIVO.

D. GASTOS DE TRANSPORTE

EN CASO DEL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES OBJETO DE ESTE SEGURO Y SU POSTERIOR TRATAMIENTO EN UN LUGAR DIFERENTE A TU SITIO HABITUAL DE RESIDENCIA, SBS SEGUROS RECONOCERÁ DOS (2) TIQUETES AÉREOS IDA Y VUELTA PARA TI Y UN ACOMPAÑANTE MAYOR DE 18 AÑOS. ESTE AMPARO SE OTORGARÁ POR UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA ANUAL. SBS SEGUROS TE REEMBOLSARÁ LOS MISMOS A COSTOS DE AGENCIA DE VIAJE Y EN TARIFA DE CLASE DIFERENTE A LA EJECUTIVA.

ESTE GASTO NO SIRVE PARA ACREDITAR EL DEDUCIBLE DE LA PÓLIZA.

E. REEMBOLSO DE GASTOS DE ESTADÍA EN EL EXTERIOR O FUERA DE TU CIUDAD DE RESIDENCIA.

EN CASO DEL TRATAMIENTO DE UN EVENTO AMPARADO POR EL SEGURO EN UN LUGAR DIFERENTE A TU SITIO HABITUAL DE RESIDENCIA, SBS SEGUROS RECONOCERÁ PARA GASTOS DIARIOS TUYOS O DE TU ACOMPAÑANTE, MAYOR DE 18 AÑOS, LAS SUMAS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN SEGÚN EL LUGAR DE ESTADÍA:

- (i) EN EL EXTERIOR LA SUMA DE USD \$120 DIARIOS.
- (ii) DENTRO DEL PAÍS UN MÁXIMO DE 28 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES (SMLDV)

EL NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS DE ESTANCIA A RECONOCER SERÁ DE 25. EN TODO CASO TU O ACOMPAÑANTE DEBERÁN DEMOSTRAR Y SOPORTAR DICHOS GASTOS CON FACTURAS ORIGINALES DE HOTEL, TRANSPORTE O ALIMENTACIÓN.

ESTE GASTO NO SIRVE PARA ACREDITAR EL DEDUCIBLE DE LA PÓLIZA.

F. RECONOCIMIENTO DE APARATOS ORTOPÉDICOS EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI COMO CONSECUENCIA DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA, SUFRES UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SBS SEGUROS RECONOCERÁ LOS GASTOS EN QUE INCURRAS POR LOS APARATOS ORTOPÉDICOS QUE MÉDICAMENTE REQUIERAS.

EL VALOR ASEGURADO MÁXIMO PARA ESTA COBERTURA POR EVENTO ESTARÁ FIJADO EN LA CARÁTULA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

G. ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

SBS SEGUROS REEMBOLSARÁ LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRAS POR TU ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL DOMICILIARIA HASTA POR 60 DÍAS POSTERIORES A UNA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA, SIEMPRE Y CUANDO SEA COMO CONSECUENCIA DE UNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS.

AL REEMBOLSO DE ESTE GASTO NO SE LE APLICA DEDUCIBLE.

1.2. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

EN CASO DE TU FALLECIMIENTO COMO ASEGURADO PRINCIPAL, SBS SEGUROS EXONERARÁ DEL PAGO DE LAS PRIMAS PENDIENTES QUE FALTEN POR PAGAR EN LA VIGENCIA EN CURSO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE SE ENCUENTREN EN ESE MOMENTO CUBIERTOS BAJO TU PÓLIZA.

EN CASO DE QUE LA PRIMA HAYA SIDO PAGADA EN SU TOTALIDAD, LA DEVOLUCIÓN DE PRIMAS A QUE HAYA LUGAR POR LA EXONERACIÓN, SE ABONARÁN A LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA SIGUIENTE A TU FALLECIMIENTO COMO ASEGURADO PRINCIPAL.

1.3. AMPARO DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES

SBS COLOMBIA, POR MEDIO DE UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DEBIDAMENTE HABILITADA, PONE A TU DISPOSICIÓN LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

1.3.1. INTERCONSULTA

SBS SEGUROS TE OFRECE AYUDA PARA QUE RESUELVAS INQUIETUDES RELACIONADAS CON CASOS GRAVES DE SALUD, POR MEDIO DE INTERCONSULTAS QUE CONSISTE EN UN SERVICIO DE REFERENCIACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL QUE TE PERMITE EFECTUAR CONSULTAS CON ESPECIALISTAS Y CENTROS ASISTENCIALES Y OTROS CENTROS ACADÉMICOS DE PRIMER NIVEL.

A TRAVÉS DE ESTE SERVICIO, PODRÁS SOLICITAR UNA ASESORÍA MÉDICA RESPECTO DE UN DIAGNÓSTICO Y/O UN TRATAMIENTO.

¡RECUERDA! ESTE SERVICIO SERÁ PRESTADO POR UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DESIGNADA PARA EL EFECTO QUE SE COMPROMETE A:

- A. RECIBIR, IDENTIFICAR, PRESENTAR Y DISCUTIR LA INTERCONSULTA CON LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE CONSIDERE MÁS APROPIADOS PARA CONTESTAR LAS PREGUNTAS ESPECÍFICAS PLANTEADAS EN TU CONSULTA.
- B. COORDINAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA Y LA EVENTUAL CONSULTA CON OTROS PROFESIONALES, SI ELLO FUERA NECESARIO.
- C. IDENTIFICAR MÉTODOS, DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS AL MATERIAL ENVIADO.
- D. COORDINAR EL ANÁLISIS DE MATERIALES ADICIONALES TALES COMO PATOLOGÍAS, LABORATORIOS Y/O RADIOLOGÍA.
- E. ENVIAR LOS MATERIALES A LOS ESPECIALISTAS SELECCIONADOS.
- F. INTERPRETAR, ESCRIBIR Y ENVIAR AL ASEGURADO LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.

1.3.2. INTERSALUD

A TRAVÉS DE LA INTERSALUD PODRÁS SOLICITAR, LOS SIGUIENTES SERVICIOS PERSONALIZADOS:

- A. CONFIRMAR LOS SERVICIOS QUE TE PRESTARÁN ANTES DE TU LLEGADA AL EXTRANJERO, HACIENDO MENCIÓN A LA SELECCIÓN DE LOS MÉDICOS Y HOSPITALES.
- B. SELECCIONAR Y DARTE REFERENCIAS SOBRE HOSPITALES O MÉDICOS EN EL EXTRANJERO.
- C. OBTENER CITAS MÉDICAS CON LOS ESPECIALISTAS SELECCIONADOS.
- D. FORMALIZAR LOS TRÁMITES PREVIOS A TU ADMISIÓN EN EL HOSPITAL.
- E. COORDINAR LA GESTIÓN DE TRANSPORTE Y EL ALOJAMIENTO PROVISIONAL TUYO Y DE TU FAMILIA. LOS COSTOS DEL TRANSPORTE O ALOJAMIENTO NO ESTÁN CUBIERTOS.
- F. CONTROLAR Y ANALIZAR LAS CORRESPONDIENTES FACTURAS A LO LARGO DE TU TRATAMIENTO.
- G. HACER LO POSIBLE POR OBTENER DESCUENTOS EN LAS FACTURAS DE LOS DISTINTOS SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS QUE TE PRESTEN EN EL EXTERIOR.

1.4. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1110 DEL CODIGO DE COMERCIO, SBS SEGUROS PAGARÁ

(POR REPOSICIÓN), PRESTANDO EL SERVICIO A TRAVÉS DE UN TERCERO, QUIEN ASUME LA OBLIGACIÓN DE SUMINISTRAR Y PRESTAR LOS SERVICIOS QUE SE EXPLICAN MÁS ADELANTE.

RECUERDA QUE ESTE AMPARO, OPERA ÚNICAMENTE CUANDO LO HAYAS SOLICITADO Y OBTENIDO EL VISTO BUENO POR TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DESIGNADA PARA EL EFECTO, EN LOS NÚMEROS INDICADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO. ES IMPORTANTE QUE EN LA LLAMADA TE IDENTIFIQUES CON TU NOMBRE, NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O EXTRANJERÍA, EL LUGAR DONDE TE ENCUENTRAS, DATOS DE CONTACTO Y TIPO DE ASISTENCIA QUE REQUIERES.

LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS SERÁN CON COBRO REVERTIDO, Y EN LOS LUGARES EN QUE NO FUERA POSIBLE HACERLO, PODRÁS RECUPERAR A TU REGRESO EL IMPORTE DE LLAMADAS, CONTRA PRESENTACIÓN DE LOS RECIBOS.

¡IMPORTANTE! SBS SEGUROS NO SE RESPONSABILIZA DE LOS RETRASOS O INCUMPLIMIENTOS DEBIDOS A LAS ESPECIALES CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS O POLÍTICAS DE UN PAÍS DETERMINADO.

SÓLO EN EL EVENTO QUE LA ASISTENCIA NO PUEDA SER PRESTADA POR EL TERCERO POR ALGUNA CAUSA DE FUERZA MAYOR, SE REEMBOLSARÁN LOS GASTOS RAZONABLES CUBIERTOS BAJO ESTE AMPARO. RECUERDA APORTAR LAS FACTURAS O SOPORTES DE PAGO CORRESPONDIENTES A TU REGRESO.

EN CUALQUIER CASO, NO PODRÁN SER ATENDIDOS LOS REEMBOLSOS DE ASISTENCIAS PRESTADAS POR SERVICIOS AJENOS A ESTA COMPAÑÍA.

SBS SEGUROS PONE A TU DISPOSICIÓN UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONOMICA O DE SERVICIOS, CUANDO TE ENCUENTRES EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO OCURRIDO EN EL CURSO DE UN VIAJE FUERA DE TU DOMICILIO HABITUAL, REALIZADO EN CUALQUIER MEDIO DE LOCOMOCIÓN Y POR HECHOS DERIVADOS ÚNICAMENTE DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

A. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

SI DURANTE UN VIAJE FUERA DE TU PAÍS SUFRES UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD QUE TE OCASIONE UNA CONDICIÓN MÉDICA CRÍTICA Y EL TRATAMIENTO PRESTADO EN EL LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN NO FUERE SUFICIENTEMENTE IDÓNEO SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DESIGNADA COORDINARÁ Y PAGARÁ LOS GASTOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE REQUIERAS HASTA EL CENTRO

HOSPITALARIO MÁS CERCANO Y APROPIADO SEGÚN LA NATURALEZA DE LAS HERIDAS O DE LA ENFERMEDAD Y EXCLUSIVAMENTE DENTRO DE LOS LÍMITES TERRITORIALES DEL PAÍS DONDE TE ENCUENTRES, UTILIZANDO EL MEDIO DE LOCOMOCIÓN DISPONIBLE.

TODO TRASLADO DEBERÁ SER AUTORIZADO POR UN MÉDICO TRATANTE Y POR EL DEPARTAMENTO MÉDICO DE COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DESIGNADA.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LIMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

B. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN EN CASO DE LESIONES O ENFERMEDAD:

CUANDO TE ENCUENTRES DE VIAJE, FUERA DE TU LUGAR DE RESIDENCIA, Y SUFRAS UNA LESIÓN O ENFERMEDAD SÚBITA, QUE REQUIERA DE TU TRASLADO EN AMBULANCIA O EN EL MEDIO QUE CONSIDERE MÁS IDÓNEO EL MÉDICO QUE TE ATIENDA, PARA PODER REMITIRTE AL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO, SBS SEGUROS, POR MEDIO DE LA COMPAÑÍA DESIGNADA PARA EL EFECTO, ASUMIRÁ LOS GASTOS DE TRASLADO.

ASÍ MISMO, ESTOS GASTOS DE TRANSPORTE CUBREN EL TRASLADO A TU DOMICILIO EN COLOMBIA.

LA COMPAÑÍA MANTENDRÁ LOS CONTACTOS NECESARIOS CON EL CENTRO MÉDICO Y CON LOS MÉDICOS QUE TE ATIENDAN, PARA SUPERVISAR QUE EL TRASLADO SEA EL ADECUADO.

¡TEN PRESENTE! LA COBERTURA DE ESTE AMPARO NO TIENE LIMITE DE EVENTO POR VIGENCIA.

C. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:

SI DURANTE UN VIAJE EN EL EXTERIOR SUFRES UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE AMPARADA POR LA PÓLIZA, EL TERCERO HABILITADO SE ENCARGARÁ DE ORGANIZAR Y ASUMIR LOS GASTOS QUE SE GENEREN POR:

- HOSPITALIZACIÓN.
- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- HONORARIOS MÉDICOS.
- PRODUCTOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE.
- TERAPIAS DE RECUPERACIÓN FÍSICA HASTA UN MÁXIMO DE 10 SESIONES SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA (FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, QUIROPRÁCTICA).

EL VALOR ASEGURADO CUBIERTO BAJO ESTE AMPARO ES EL ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO, EL CUAL OPERA POR EVENTO Y POR EL TIEMPO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

D. GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

SI DURANTE UN VIAJE EN EXTERIOR REQUIERES ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE EN TU DENTADURA NATURAL, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA HABILITADA CUBRIRÁ LOS GASTOS GENERADOS POR DICHA ATENCIÓN HASTA POR EL VALOR ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO, POR EVENTO.

¡TEN PRESENTE! ESTE AMPARO NO CUBRE LO SIGUIENTE:

- A. TRATAMIENTOS DE ORTODONCIA
- B. TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS Y CORONAS
- C. TRATAMIENTOS ESTÉTICOS

E. MEDICAMENTOS:

SI DURANTE UN VIAJE EN EL EXTERIOR SUFRES UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD QUE NO REQUIERA DE HOSPITALIZACIÓN, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA HABILITADA, CUBRIRÁ, POR EVENTO, EL VALOR DEL MEDICAMENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO TRATANTE HASTA POR EL VALOR ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA.

F. RECUPERACIÓN EN HOTEL (GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA):

SI DURANTE EL VIAJE EN EL EXTERIOR Y POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, TE ORDENAN UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA LA CONTINUACIÓN DE TU VIAJE Y POR ESO TUVIERAS QUE PROLONGAR TU ESTADÍA, LA COMPAÑÍA SE HARÁ CARGO DE LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN EN UN HOTEL HASTA POR EL VALOR, POR EVENTO, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

G. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DURANTE UN VIAJE EN EL EXTERIOR, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA EFECTUARÁ LOS TRÁMITES PARA EL TRANSPORTE Y REPATRIACIÓN DE LOS RESTOS MORTALES O CENIZAS Y ASUMIRÁ LOS GASTOS DE TRASLADO DE ÉSTOS DESDE EL SITIO DE DEFUNCIÓN HASTA TU CIUDAD DE RESIDENCIA, EN AEROLÍNEA COMERCIAL Y VUELO REGULAR. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE ESTA PRESTACIÓN LOS SERVICIOS RELIGIOSOS, FUNERALES Y ATAÚDES ESPECIALES.

¡TEN EN CUENTA! EN CASO DE REPATRIACIÓN SE DEBERÁN CUMPLIR LOS ESTANDARES INTERNACIONALES Y LAS NORMAS DE CADA PAÍS PARA EL TRASLADO DE LOS RESTOS MORTALES.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LIMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

H. GASTOS DE ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR:

SI DURANTE UN VIAJE EN EL EXTERIOR, SUFRES UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE CUBIERTA QUE HAGA NECESARIA TU HOSPITALIZACIÓN POR UN MÍNIMO DE DIEZ (10) DÍAS, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA CUBRIRÁ LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO EN CLASE ECONÓMICA DE UNO DE TUS FAMILIARES, MÁS LOS GASTOS DE HOTEL Y DE ALIMENTACIÓN EN EL MISMO POR UN MÁXIMO DE OCHO (8) DÍAS, SIEMPRE Y CUANDO TE ENCUENTRES SOLO EN EL LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA EL LIMITE INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE TU SEGURO.

I. LOCALIZACIÓN Y TRANSPORTE DE EFECTOS PERSONALES:

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA TE ASESORARÁ PARA QUE PUEDAS PRESENTAR LA DENUNCIA DEL HURTO O EXTRAVÍO DE TU EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES QUE OCURRAN EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL QUE HAYAS TOMADO PARA HACER TU VIAJE AL EXTERIOR. EN CASO QUE SE RECUPEREN, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA SE ENCARGARÁ DE SU TRASLADO HASTA TU LUGAR DE DESTINO O HASTA TU DOMICILIO SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO Y DE LUGAR.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LÍMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

J. PÉRDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE:

SI DURANTE EL VIAJE AL EXTERIOR, SUFRES LA PÉRDIDA DEFINITIVA DE TU EQUIPAJE EN EL TRANSPORTE EN AEROLÍNEA COMERCIAL, SBS SEGUROS TE RECONOCERÁ UNA INDEMNIZACIÓN SEGÚN EL PESO DEL EQUIPAJE AFORADO HASTA POR EL VALOR ASEGURADO POR EVENTO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

K. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE:

CUANDO DEBAS INTERRUMPIR TU VIAJE EN EL EXTERIOR CON OCASIÓN DE UN ACCIDENTE O DE UNA ENFERMEDAD O MUERTE DE TU ACOMPAÑANTE DE VIAJE, O DE MUERTE DE TU CÓNYUGE, PADRE, MADRE, O HIJOS, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA SE HARÁ CARGO DEL TIQUETE DE REGRESO EN AEROLÍNEA COMERCIAL CLASE ECONÓMICA, HASTA TU CIUDAD DE RESIDENCIA, SIEMPRE Y CUANDO NO PUEDAS EFECTUAR TAL REGRESO CON EL BOLETO AÉREO ORIGINAL.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LÍMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

L. PAGO DE HONORARIOS LEGALES:

EN CASO QUE DURANTE EL VIAJE EN EL EXTERIOR TENGAS UN PROBLEMA DE TIPO LEGAL EN EL QUE TE ESTÉN HACIENDO RESPONSABLE POR UN ACCIDENTE QUE NO TENGA RELACIÓN CON ACTIVIDADES COMERCIALES, NI ESTÉ RELACIONADO CON CARGOS DE TRÁFICO Y/O POSESIÓN DE DROGAS, ARMAS, ESTUPEFACIENTES, ENERVANTES O CUALQUIER OTRA ACCIÓN CRIMINAL, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PAGARÁ LOS HONORARIOS DE ABOGADOS QUE TE ASESORARÁN EN LOS TRÁMITES INICIALES DE DEFENSA.

ESTA COBERTURA AMPARA TALES HONORARIOS HASTA POR EL VALOR POR EVENTO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.

M. TRASLADOS URBANOS DE EMERGENCIA O TRASLADOS MÉDICOS EN AMBULANCIA TERRESTRE:

SI DURANTE UN VIAJE EN EL EXTERIOR Y UNA VEZ LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA CLASIFICA COMO EMERGENCIA EL ACCIDENTE OCURRIDO, SIENDO REQUERIDA UNA INTERVENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA COORDINARÁ, CONTACTARÁ Y HARÁ UN SEGUIMIENTO DEL ARRIBO DE UNIDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS (DE ALTA, MEDIA O BAJA COMPLEJIDAD SEGÚN EL CASO Y EL LUGAR), PARA TRANSPORTARTE HASTA EL CENTRO ASISTENCIAL ADECUADO.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LÍMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

N. VISITA MÉDICA DOMICILIARIA O ENVÍO DE MÉDICO A DOMICILIO:

SI DURANTE TU VIAJE EN EL EXTERIOR, SUFRES UNA ENFERMEDAD, Y SE DETERMINA QUE ÉSTA NO CLASIFICA COMO EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA COORDINARÁ EL ENVÍO AL LUGAR DONDE TE ENCUENTRES DE UN MÉDICO QUE EVALUARÁ TU ESTADO Y DEFINIRÁ LAS CONDUCTAS A SEGUIR.

O. RETORNO Y ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES:

SI TE ENCUENTRAS EN UN VIAJE EN EL EXTERIOR Y POR CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE TU SUFRAS LOS MENORES DE QUINCE (15) AÑOS QUE VIAJAN CONTIGO QUEDAN DESATENDIDOS Y NO PUEDEN CONTINUAR EL VIAJE, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA ORGANIZARÁ SU REGRESO Y PAGARÁ LA TARIFA AÉREA EN CLASE ECONÓMICA PARA SU RETORNO AL PAÍS DE RESIDENCIA, PROPORCIONANDO UNA PERSONA QUE LOS ACOMPAÑE, SIEMPRE Y CUANDO LOS MENORES NO PUEDAN EFECTUAR TAL REGRESO CON EL BOLETO AÉREO

ORIGINAL. SI FUESE NECESARIO CONTINUAR EL VIAJE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PAGARÁ UN PASAJE EN CLASE ECONÓMICA, MÁS LOS GASTOS QUE GENERE DICHO REGRESO, PARA QUE UN FAMILIAR SE HAGA CARGO DEL MENOR Y LO REGRESE AL PAÍS DE RESIDENCIA.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LÍMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

P. CONTACTO CON TU MÉDICO DE CABECERA:

SI DURANTE UN VIAJE EN EL EXTERIOR, Y DESPUÉS DE HABER SUFRIDO UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, REQUIERES CONTACTARTE CON TU MÉDICO DE CABECERA, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PONDRÁ A TU DISPOSICIÓN LA CENTRAL DE ALARMA PARA LOCALIZARLO Y CUBRIRÁ LOS GASTOS ORIGINADOS PARA EFECTUAR EL CONTACTO TELEFÓNICO.

¡IMPORTANTE! ESTE AMPARO NO TIENE LÍMITE POR EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Q. INFORMES DE TRÁMITES DE DOCUMENTOS EXTRAVIADOS EN EL EXTERIOR:

SI DURANTE EL VIAJE EN EL EXTERIOR, SUFRIERAS LA PÉRDIDA DE TUS DOCUMENTOS, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA TE ASESORARÁ SOBRE LOS REQUERIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS NECESARIOS QUE DEBES SURTIR PARA LA SUSTITUCIÓN O REPOSICIÓN DE TALES DOCUMENTOS.

R. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES:

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA SE ENCARGARÁ DE TRANSMITIR LOS MENSAJES URGENTES O JUSTIFICADOS QUE DEBAS ENVIAR A TUS FAMILIARES, RELATIVOS CON CUALQUIERA DE LOS EVENTOS CUBIERTOS.

¡IMPORTANTE! LA PRESTACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS, O EL PAGO DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DERIVADA DE LAS ASISTENCIAS EN VIAJE, NO IMPLICAN ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE SBS SEGUROS, RESPECTO DE LOS DEMÁS AMPAROS BÁSICOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

¡TEN PRESENTE! LAS COBERTURAS ANTERIORMENTE RELACIONADAS CON LAS PERSONAS Y A SUS EQUIPAJES Y OBJETOS PERSONALES, SE EXTENDERÁN A PAÍSES NO SANCIONADOS INTERNACIONALMENTE, SIEMPRE QUE LA PERMANENCIA DE TU VIAJE FUERA DE LA RESIDENCIA HABITUAL CON MOTIVO DE VIAJE, NO SEA SUPERIOR A NOVENTA (90) DÍAS.

SI TRANSCURRE MÁS DE DICHO TIEMPO EL ALCANCE DEL SEGURO INTERNACIONAL TERMINARÁ Y SOLO OPERARÁ LA

COBERTURA NACIONAL. PARA ACTIVAR LA COBERTURA INTERNACIONAL DE NUEVO REQUERIRÁS AUTORIZACION DE SBS SEGUROS

¡RECUERDA! SBS SEGUROS Y LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA NO SERÁN RESPONSABLES CUANDO POR TU DECISION AUTONOMA NO SOLICITES O NUEGUES EL SERVICIO OFRECIDO.

ASÍ MISMO, SBS SEGUROS Y EL TERCERO NO SE RESPONSABILIZAN DE LOS RETRASOS O INCUMPLIMIENTOS EN LOS SERVICIOS DEBIDOS A LAS ESPECIALES CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS O POLÍTICAS DE UN PAÍS DETERMINADO.

TEN EN CUENTA QUE:

- A. LAS INDEMNIZACIONES FIJADAS EN LAS COBERTURAS SERÁN EN TODO CASO COMPLEMENTO DE LOS CONTRATOS QUE PUDIERAS TENER CUBRIENDO EL MISMO RIESGO.
- B. SI TUVIERAS DERECHO A REEMBOLSO POR PARTE DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA COMERCIAL CORRESPONDIENTE AL PASAJE NO CONSUMIDO, AL HACER USO DE LA COBERTURA DE TRANSPORTE O REPATRIACIÓN, DICHO REEMBOLSO DEBERÁ REINTEGRARSE A LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA. ASÍ MISMO, RESPECTO A LOS GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, SBS SEGUROS A TRAVÉS DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA SÓLO SE HACE CARGO DE LOS GASTOS ADICIONALES QUE EXCEDAN DE LOS PREVISTOS INICIALMENTE POR LOS ASEGURADOS.
- C. LAS PRESTACIONES DE CARÁCTER MÉDICO Y DE TRANSPORTE SANITARIO DEBEN EFECTUARSE PREVIO ACUERDO DEL MÉDICO QUE TE ATIENDE CON EL EQUIPO MÉDICO QUE SBS SEGUROS, A TRAVÉS DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA QUE SE TENGA PARA TAL FIN.

1.5. AUXILIO FUNERARIO.

EN CASO DE TU FALLECIMIENTO, O DE ALGUNA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, SBS SEGUROS RECONOCERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO LA CAUSA DE LA MUERTE SEA CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA.

ESTA COBERTURA OPERA INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE TENGA O NO CONTRATADO UN SERVICIO POR EL MISMO CONCEPTO, ES DECIR QUE EL VALOR ASEGURADO SIEMPRE SE PAGARÁ A LA PERSONA O PERSONAS QUE CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO INDICADO

EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

SI NO HAY GRUPO ASEGURADO, O SI ERAS EL ÚNICO ASEGURADO, LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS DE LEY DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.6. APOYO PSICOLÓGICO EN CASO DEL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGENITA O MUERTE DE UN FAMILIAR.

SBS SEGUROS POR MEDIO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA PRESTARÁ APOYO HASTA POR 8 SESIONES DE TERAPIA PSICOLÓGICA, OFRECIDAS POR UN PROFESIONAL CERTIFICADO, QUE SE RECIBAN DURANTE 1 MES, POR CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS O A SU FAMILIA, EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A. ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE TUYA O TU GRUPO ASEGURADO.
- B. EN CASOS DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE SALUD IRREVERSIBLE, ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS.
- C. ANTE LA MUERTE DE UN FAMILIAR.

1. ¿QUÉ NO TE CUBRIMOS?

1.32. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI SBS SEGUROS SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A) SBS SEGUROS NO SERÁ RESPONSABLE DE PROPORCIONAR COBERTURA O HACER ALGÚN PAGO SI EL REALIZARLO PUDIERA SER CONSIDERADO COMO UNA VIOLACIÓN DE ALGUNA DE LAS LEYES O REGULACIONES DE SANCIONES ECONÓMICAS, LO QUE EXPONDRÍA A SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. SU CASA MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA A UNA SANCIÓN ESTIPULADA BAJO ESTAS LEYES O REGULACIONES.
- B) EN AQUELLOS EVENTOS EN LOS QUE, CON OCASIÓN DE LA CELEBRACIÓN O EJECUCIÓN DEL CONTRATO, RECIBAS UN BENEFICIO INDEBIDO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, O INCUMPLAS LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.

1.33. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES QUE TENGAN ORIGEN O ESTEN RELACIONADAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. PATOLOGIAS O AFECCIONES PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE ESTE SEGURO O A LA FECHA DE INGRESO, SEAN ESTAS AGUDAS O CRÓNICAS. CUANDO LA PATOLOGIA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE, QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGIAS RELACIONADAS CON ELLA.
2. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN Y ASONADA, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO, O CUANDO PARTICIPES DE ESTAS.
3. LAS LESIONES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERREMOTO, TEMBLOR DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO, CICLÓN U OTRA CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA O PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA.
4. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO PARACAJIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.
5. EL CÁNCER IN-SITU DEL CUELLO UTERINO, EL CÁNCER DE LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO.
6. TUMORES EN PRESENCIA DE UN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA.
7. ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS QUE NO REQUIERAN DE CIRUGÍA.
8. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR TI O POR UN TERCERO, CON TU CONSENTIMIENTO.
LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR VENENOS, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
9. LAS ENFERMEDADES RESULTADO DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO QUE NO ESTE CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA.
10. LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES CONGÉNITAS, MANIFIESTAS O NO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.
11. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS DE TIPO OPTATIVO, O DE TIPO EXPERIMENTAL.
12. LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS ANTES DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA.
13. LOS SERVICIOS DE CUALQUIER TIPO SUMINISTRADOS POR UN PARIENTE CERCANO.
14. LOS TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA SECUNDARIA AL, U ORIGINADA POR EL SIDA, O POR CUALQUIER TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR EL SIDA, INCLUYENDO LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO SARCOMA DE KAPOSI.
15. LOS TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE DESÓRDENES MENTALES, EMOCIONALES O NERVIOSOS, ALCOHOLISMOS, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS O SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES.
16. AQUELLOS CARGOS QUE EXCEDAN LOS GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS; O QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS, O LOS CUALES NO HUBIESEN SIDO SUMINISTRADOS DE NO EXISTIR EL SEGURO.
17. LOS GASTOS INCURRIDOS EN MEDICINAS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADAS POR EL MÉDICO TRATANTE.
18. LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA COMPRA O RENTA DE SILLAS DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES, Y CUALQUIER OTRO TIPO DE ARTÍCULOS O EQUIPOS SIMILARES, SALVO CUANDO SEAN REQUERIDOS POR UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE RESULTADO DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS, LA CUAL DEBE SER CALIFICADA COMO TAL POR LA JUNTA NACIONAL O REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.
19. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.
20. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA, AÚN CUANDO LA LESIÓN O LA DEFORMACIÓN QUE REQUIERE DICHO TRATAMIENTO O CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA HAYA SIDO ORIGINADA POR UN EVENTO CUBIERTO POR ESTE SEGURO, SALVO LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO RESULTADO DEL CÁNCER Y LA ORIGINADA POR UN POLITRAUMATISMO.
21. LOS HONORARIOS PROFESIONALES O GASTOS PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGÉTICA, DE HOMEOPATÍA Y CUALQUIER OTRA CLASE DE MEDICINA ALTERNATIVA, NO RECONOCIDA POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA.
22. LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRAS CUANDO LLEVES MAS DE TRES (3) MESES CONSECUTIVOS FUERA DE COLOMBIA, SALVO QUE LA ATENCION MEDICA O TRATAMIENTO, EN EL EXTERIOR, SE HAYA INICIADO CON ANTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE ESTE PERIODO DE TRES (3) MESES CONSECUTIVOS.

23. IMPUESTOS, GASTOS DE COBRANZA, MICROFILM, HISTORIAS CLINICAS Y OTROS COSTOS NO DEFINIDOS NI RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN DECLARADA.

1.34. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE

TODOS LOS GASTOS Y/O PRESTACIONES OCASIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ENUMERADAS A CONTINUACIÓN, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE DE ESTA COBERTURA Y POR LO TANTO SBS SEGUROS NO TENDRÁ NINGUNA OBLIGACIÓN DE CUBRIRLOS:

1. LOS EVENTOS QUE OCURRAN FUERA DEL PAIS CUANDO TU PERMANENCIA SEA SUPERIOR A 90 DIAS.
2. LOS SERVICIOS QUE HAYAS CONCERTADO POR TU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, SALVO EL CASO DE FUERZA MAYOR, ES DECIR, ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE COMUNICARTE CON LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA
3. LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACION DEL VIAJE.
4. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCACIONEN CON SU TENTATIVA.
5. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS POR PARTE TUYA.
6. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLOGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TOXICAS, NARCOTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.
7. LO RELATIVO O DERIVADO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES Y EL PARTO.
8. LA ASISTENCIA Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICION.
9. LOS CAUSADOS POR TU LA MALA FE.
10. LOS FENOMENOS DE LA NATURALEZA DE CARACTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMPESTADES CICLONICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
11. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
12. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGIA NUCLEAR RADIOACTIVA
13. LOS HECHOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN TUYA EN APUESTAS O DESAFÍOS.

14. EN CASO DE QUE LA EMERGENCIA SEA CONSECUENCIA DE UNA PANDEMIA DECLARADA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

2. PERÍODO DE CARENIA

Para cada asegurado que incluyas dentro de la póliza aplicará un período de carencia de sesenta (60) días calendario desde la fecha de su ingreso por primera vez dentro la póliza. Esto quiere decir que, si alguno de tus asegurados es diagnosticado con alguna enfermedad grave amparada por la presente póliza durante dicho período SBS Seguros no estará obligada a indemnizarlo en ningún momento de la vigencia de la póliza.

3. AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN EL EXTERIOR

Es importante que tengas presente que cuando tu o algún miembro de tu grupo asegurado requiera una hospitalización o tratamiento de urgencias en el exterior, deberás solicitar autorización previa de SBS Seguros que se requieran como consecuencia de las enfermedades graves cubiertas.

Para obtener la autorización previa, deberán ponerse en contacto con SBS Seguros en la medida que sea posible por lo menos con 10 días de anticipación a la fecha de admisión a un hospital o centro de trasplante, o a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico.

En aquellos casos de urgencia se tendrá un plazo de dos (2) días hábiles luego de ocurrida la hospitalización, o iniciada la atención o tratamiento, para solicitar la autorización.

Ten presente que si no solicitas autorización hará que SBS Seguros sólo reembolse hasta el 50% de los gastos en que hayas incurrido y siempre que aportes los soportes correspondientes.

Es importante avisar con la antelación con el propósito de:

- A. obtener la autorización en relación con el ingreso en un hospital, o centro de trasplante.
- B. Si después de la autorización previa inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera deberá comunicarse con SBS SEGUROS antes de haber transcurrido el último de los días originalmente autorizados para informar la situación.

En el proceso de la autorización, SBS Seguros tendrá la facultad de solicitar una segunda opinión de un médico o un cirujano independiente. En el caso de diferir dicha segunda opinión de la opinión original obtenida podrás recurrir a una tercera opinión, siempre que dicha tercera opinión se obtenga de un médico o cirujano que sea reconocido. Los gastos razonables y acostumbrados incurridos por una segunda y tercera opinión quirúrgica correrán por cuenta de SBS SEGUROS. Si una persona asegurada satisface los requisitos de autorización de

hospitalización tal como se describe anteriormente, SBS Seguros pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

En caso de que no utilices las autorizaciones de servicio otorgadas por SBS Seguros en los términos anteriores, o si la autorización se otorga a un proveedor que no está en la red médica de la compañía de asistencia, la responsabilidad de SBS Seguros se limita al 80% del total de los gastos incurridos por ti, previa aplicación del deducible establecido en la carátula de la póliza y/o certificado individual del seguro.

4. GRUPO ASEGURABLE Y EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Podrás estar asegurado tú, y los siguientes miembros de tu familia: cónyuge o compañera(o) permanente, hijos, hijastros, padres, hermanos, nietos, suegros, tíos y sobrinos, siempre que los enuncies específicamente en el certificado de seguro y que pagues por ellos, la prima correspondiente.

Siempre deberás estar asegurado tú, para que las demás personas puedan ingresar a tu grupo. Pueden estar asegurados las personas que tengan más de 9 días de nacido, y hasta los 59 años.

Permanecerán en el seguro, sólo aquellas personas que tengan 69 años. A partir de que cumplan 70 años, el seguro terminará automáticamente y SBS SEGUROS no deberá cobrar más prima por ellos.

5. AFILIACIÓN AL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD - PBS (ANTERIORMENTE POS)

Ten en cuenta que es tu responsabilidad mantenerte afiliado al Plan de Beneficios en Salud - PBS (anteriormente POS) durante toda la vigencia del seguro

Si estas exceptuado de estar afiliado de acuerdo con las leyes colombianas, también debes informarlo a SBS SEGUROS. Así mismo, debes avisar a la compañía cuando cambies de EPS o cuando te retires.

En caso de que te retires de la EPS o pierdas la condición de excepción de estar afiliado a la EPS, la cobertura del seguro terminará automáticamente, y a partir de la fecha de retiro, SBS Seguros devolverá las primas que te haya cobrado.

6. DEFINICIONES:

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Establecimiento que reúne las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

MÉDICOS: Persona legalmente autorizada para ejercer la práctica de su profesión y, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

DEDUCIBLE: Suma a cargo del asegurado que invariablemente será descontada del valor de cada indemnización cuyo monto será fijado en la carátula de la póliza y/o certificado individual del seguro.

Los conceptos que se relacionan a continuación, aplicables exclusivamente por cada vigencia y por cada asegurado, son conceptos que se tendrán en cuenta para alcanzar el valor del deducible pactado.

- a) Con recursos propios.
- b) Los gastos, que para la atención del evento amparado, se hayan incurrido a través del **PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD** (anteriormente Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.)) o de cualquier Medicina Prepagada o Póliza de Hospitalización y Cirugía.
- c) Con la cobertura de Asistencia en Viaje, cuando esta tenga relación con alguno de los eventos amparados bajo el seguro al que acceden estas condiciones.

Para lo estipulado en los literales b y c, la tasa representativa del mercado (T.R.M) a aplicar será la de la fecha en que se radique en el área de indemnizaciones de SBS SEGUROS, la documentación respectiva para la acreditación del deducible

MONEDA: la prima estará fijada en pesos y los siniestros también serán indemnizados en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado vigente para la fecha en que efectivamente se haya presentado la reclamación.

CÁNCER: Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.

QUIMIOTERAPIA: Significa el uso de agentes químicos prescrito por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S): Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el sistema nervioso. No se considerará enfermedad neurológica, para los efectos de esta póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria el sistema nervioso central, o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

NEUROCIRUGÍA: Intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios

periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Suspensión brusca y violenta de origen vascular de las funciones cerebrales fundamentales, que produce deficiencias neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

ENFERMEDADES CEREBRALES (TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES): Afección originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

INFARTO AL MIOCARDIO: Afección que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Una hospitalización debida a un dolor agudo del pecho sugerente de un infarto al miocardio, y
- b) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS: Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass.

ANGIOPLASTIA: Intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter, o cualquier otro procedimiento equivalente que lo supla.

TRAUMA MAYOR: Lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior, que comprometa más de dos órganos o sistemas, debido a la cual el paciente requiera manejo intrahospitalario y pueda sufrir severas incapacidades.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

CENTRO HOSPITALARIO DE TRASPLANTE:

- a) Institución que está autorizada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
- b) Está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
- c) Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de trasplante de órganos y trasplantes de tejidos, y cuidados en unidades de cuidados intensivos.
- d) Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados.
- e) Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplante de órganos y de tejidos.

TRASPLANTE(S) DE ÓRGANO(S): Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos, o parte de ellos, que se mencionan a continuación, provenientes de un donante fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de:

- a) Corazón, corazón y pulmón combinados, un pulmón, dos pulmones, páncreas, riñón, e hígado.
- b) Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no Hodgkin, estado A o B, o estado IV A o B;
 - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
 - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
 - Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
 - Tumores de célula germen (gameto)
- c) Médula ósea alogénica para:
 - Anemia aplásica
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich
 - Osteospetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
 - Leucemia mielógena crónica (LMC)
 - Neublanstoma estado III o IV en niños mayores de un año;
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
 - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B
 - Linfoma de no Hodgkin, estado III o estado IV.

DONANTE: Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlo (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.

RECEPTOR: Persona que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante de tejido o trasplante de órgano cubierto bajo esta póliza.

TEJIDO: Conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que; no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o cualquier fase de un experimento clínico.

MÉDULA OSEA: Tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

ENFERMEDAD CONGÉNITA Y GENÉTICA: Para los efectos del presente amparo enfermedades de origen genético significa el trastorno funcional o estructural causado por anomalías en la morfología o en el número de cromosomas.

Se entiende por enfermedades congénitas cualquier alteración anatómica y/o fisiológica no manifestada ni diagnosticada con anterioridad al momento del ingreso a la póliza, presente en el nacimiento con manifestaciones tempranas o tardías en la vida del individuo.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella que:

- a) Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, independientemente de que la persona haya tenido o no conocimientos del diagnóstico, y/o
- b) Se haya establecido un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
- c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

GASTO MÉDICO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO: Es el usual que cobraría el proveedor del servicio médico por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera el seguro; y no excede el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

PARIENTE CERCANO: Se entiende por tal el cónyuge del asegurado, el hijo o la hija, hermano o hermana, o los padres del asegurado o de su cónyuge.

GASTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS: Para que un tratamiento, cirugía, servicio, suministro, medicamento o estancia hospitalaria sea médicamente requerido se deberán cumplir las siguientes condiciones:

- a) Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la persona asegurada.
- b) Que no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Que haya sido prescrito por un profesional médico.
- d) Que sea consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina de Colombia o de la comunidad médica del país donde sea prestado el servicio o tratamiento.
- e) Que el tratamiento en una Institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.

OPTATIVO: Entiéndase por este concepto, las cirugías alternativas a un manejo médico no quirúrgico que no representen, según concepto del especialista, ventajas o beneficios comparativo con el manejo no intervencionista.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

ACCIDENTE: Se entiende como tal cualquier lesión corporal sufrida por el Asegurado, independiente de su voluntad, causada por la acción repentina y violenta de un objeto externo y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Es la pérdida permanente de capacidad laboral del asegurado para realizar una actividad para la cual ha sido contratado o capacitado, superior al 50%. Se podrá demostrar con la certificación emitida por la autoridad competente en Colombia, que se haya emitido de acuerdo con los Manuales de Calificación establecidos en la ley. Se considerará la fecha de estructuración para determinar la cobertura bajo esta póliza

7. REVOCACIÓN DEL CONTRATO: ¿QUE PASA SI NO QUIERES SEGUIR EN EL CONTRATO?

Podrás revocar en cualquier tiempo el contrato; es decir, podrás decir que no quieres seguir más, para lo cual, debes escribir una carta y enviarla a SBS SEGUROS. Desde el momento en que se reciba la carta, ya no tendrás más cobertura.

En caso de que hayas pagado la prima anual de tu seguro, SBS SEGUROS devolverá la parte correspondiente al tiempo que no va

a tenerte asegurado, cobrando una penalidad (tarifa de seguros a corto plazo).

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

8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- a) Por falta de pago de la prima, el cual dará lugar a la terminación automática del seguro.
- b) Cuando revoques por escrito tu seguro
- c) Cuando cumplas la edad máxima de permanencia, en cuyo caso, si autorizaste la renovación automática, la misma no te será renovada.
- d) Para la cobertura internacional, cuando pases más de 90 días consecutivos de permanencia de tu viaje en el exterior.
- e) En caso de que tu o tu grupo familiar asegurado se retire de la EPS.

9. AVISO DE SINIESTRO: ¿QUÉ DEBES HACER PARA RECLAMAR?

Cuando ocurra un siniestro, deberás avisar a SBS Seguros. SBS SEGUROS pagará la suma asegurada dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que se presenten a la Compañía algunos documentos con los que pueden demostrar que el evento que se cubre en el seguro ha ocurrido.

Recuerda que algunas de tus coberturas requieren una autorización previa por parte de la Compañía, así que lee con cuidado esta póliza y revisa si debes avisarnos incluso antes de acceder a los servicios médicos.

AUTORIZAS a SBS SEGUROS para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier reclamo, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico tu historia clínica. Igualmente, SBS SEGUROS tendrá la oportunidad y el derecho y así lo autorizas durante el curso de una reclamación, a examinarte mediante los servicios de su personal médico, a solicitar los exámenes que considere necesarios y a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que éstas estén prohibidas por la Ley.

¡IMPORTANTE!

Consulta nuestra página web para que te sugiramos los documentos que debes presentar para hacer la reclamación. SBS Seguros podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

10. DECLARACIÓN RETICENTE O INEXACTA

¡MUY IMPORTANTE! Tienes la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, todos los hechos o circunstancias que lo determinen. Así mismo, debes 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 asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, este seguro estará viciado de Nulidad Relativa.

11. PROHIBICIÓN DE MODIFICACIÓN UNILATERAL

SBS Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme el Parágrafo primero del artículo 2.31.2.2.2 del Decreto 2555 de 2010.