

## SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

**SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.**, (en adelante SBS SEGUROS), durante la vigencia del presente seguro, se compromete a pagarte a ti o las personas designadas como tus beneficiarias, según sea el caso, los valores asegurados por las coberturas que a continuación se enuncian:

### 1. ¿QUÉ CUBRIMOS?

#### 1.1 DIAGNÓSTICO POR ENFERMEDAD AMPARADA

EN CASO DE QUE TE DIAGNOSTIQUEN POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, EN FORMA POSITIVA, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS PARA CADA AMPARO Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO PARA CADA UNA DE LAS ENFERMEDADES. PARA EFECTOS DE TODAS LAS COBERTURAS SERÁ NECESARIO QUE:

- A. EL DIAGNOSTICO SE HAYA EFECTUADO POR PRIMERA VEZ Y DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, UNA VEZ HAYA TRANSCURRIDO EL PERIODO 90 DIAS CALENDARIO, DENOMINADO "PERIODO DE CARENCIA", CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO. SI LA ENFERMEDAD GRAVE SE DIAGNOSTICA DURANTE EL "PERIODO DE CARENCIA" DEL PRESENTE CONTRATO, ESTA ENFERMEDAD NO SERA OBJETO DE COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO.
- B. EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA Y AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EJERCER DICHA PROFESIÓN, ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

##### 1.1.1 CÁNCER.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA, SE ENTIENDE POR CANCER LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR UN INCREMENTO CELULAR ANORMAL QUE INVADIRÍA TEJIDOS VECINOS O A DISTANCIA POR METÁSTASIS. SE MANIFIESTA POR EL DESORDEN EN EL CRECIMIENTO MASIVO, EN LA FUNCIÓN Y EN ESTRUCTURA CELULAR. INCLUYE LEUCEMIA.

EL DIAGNÓSTICO, EN EL CASO DE CÁNCER, DEBE SER EFECTUADO POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA Y AUTORIZADO LEGALMENTE PARA EJERCER DICHA PROFESIÓN, ASÍ COMO TAMBIEN FUNDAMENTADO CON LOS RESULTADOS DE UN EXAMEN DE PATOLOGIA O EL CONCEPTO DE UN ONCOLOGO.

##### 1.1.2 INFARTO AL MIOCARDIO.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA, EL INFARTO AL MIOCARDIO CORRESPONDE A LA MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO DEL MIOCARDIO COMO CONSECUENCIA DE UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE A LA ZONA RESPECTIVA. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ ESTAR SOPORTADO CON TRES O MAS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. HISTORIAL DE DOLORES TORÁCICOS.
- B. ALTERACIONES RECIENTES EN ELECTROCARDIOGRAMAS.
- C. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS.
- D. ELEVACIÓN DE LA TROPONINA.
- E. QUE SE PRESENTE UNA DISMINUCIÓN INFERIOR AL 50%, EN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS COMO MÍNIMO TRES MESES DEL EVENTO CARDIACO.

### 1.1.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBRO-VASCULAR QUE PRODUZCA SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE SE MANIFIESTEN O DUREN POR MÁS DE 24 HORAS. DEBE EXISTIR UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA, CON PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

LA EVIDENCIA DE UNA DEFICIENCIA NEUROLÓGICA PERMANENTE DEBE SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DEL EVENTO. DE LA MISMA MANERA, LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLÓGÍA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

### 1.1.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRANSPLANTE DE RIÑÓN.

### 1.1.5 CIRUGÍA ARTERIO – CORONARIA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA ES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO PARA LA RECUPERACIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO, QUE DEBE MANIFESTARSE EN LA NECESIDAD DE CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, SEGÚN EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA. LAS ANGIOPLASTIAS Y/O COLOCACIÓN DE STENT NO SE CONSIDERAN CIRUGÍA ARTERIO- CORONARIA.

### 1.1.6 PARALISIS TOTAL

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA LA PARÁLISIS TOTAL ES LA PÉRDIDA FUNCIONAL (DE USO) COMPLETA DE AL MENOS DOS BRAZOS O DOS PIERNAS O UN BRAZO Y UNA PIERNA, COMO CONSECUENCIA DE PARÁLISIS. LA PERDIDA FUNCIONAL DEBE HABERSE PRESENTADO EN FORMA CONTINUA Y PERMANENTE POR UN PERIODO NO INFERIOR A 180 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE PRESENTÓ INICIALMENTE LA PARÁLISIS. DICHA PARÁLISIS DEBE TENER EL CARÁCTER DE IRREVERSIBLE Y SER CONFIRMADA POR UN NEURÓLOGO.

### 1.1.7 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA).

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE POLIZA EL TRANSPLANTE DE ÓRGANO MAYOR ES LA NECESIDAD DE EFECTUAR UN TRANSPLANTE DE CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA, COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO IRREVERSIBLE DE ALGUNO DE ESTOS ÓRGANOS.

## 1.2 DIAGNÓSTICO POR CÁNCER INSITU

SI RECIBES UN DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CÁNCER POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, SBS SEGUROS SE COMPROMETE A PAGARTE EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

**¡IMPORTANTE!** TEN EN CUENTA QUE PARA QUE OPERE EL AMPARO POR DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CÁNCER, 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 CARENIA, ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. DICHO PERIODO SE CONTARÁ A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

**PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR ORGANOS:**

- SENOS (UNO O AMBOS).
- CERVIX.
- PROSTATA

SE PAGARÁ ESTA COBERTURA POR ÚNICA VEZ, SOLO PARA UNO DE LOS ORGANOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, DURANTE LA VIGENCIA

**1.3 CIRUGÍA DE ENFERMEDAD AMPARADA.**

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A., CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA O CERTIFICADO DE LA PÓLIZA, TE PAGARÁ LA SUMA EXPRESADA EN LA MISMA, EN CASO DE REQUERIR UNA CIRUGÍA DIRECTAMENTE RELACIONADA CON UNA ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTE SEGURO Y POR LA CUAL SE RECLAMA, SIEMPRE QUE DICHA CIRUGÍA SEA RECOMENDADA Y PRACTICADA POR UN MEDICO Y REQUIERA DOS O MAS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, SERÁ PAGADERA POR UNA SOLA VEZ POR ENFERMEDAD CUBIERTA, SIEMPRE Y CUANDO LA CIRUGÍA SE REALICE DENTRO DE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DEL PRIMER DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LA ENFERMEDAD OBJETO DE COBERTURA Y SIEMPRE Y CUANDO LA POLIZA ESTE VIGENTE TANTO EN LA FECHA DE DICHO DIAGNÓSTICO, COMO EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA.

**2. ¿QUÉ NO CUBRIMOS?**

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

NO HABRA LUGAR A PAGO ALGUNO BAJO CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS Y/O COBERTURAS OPCIONALES DE ESTE SEGURO, CUANDO LA ENFERMEDAD GRAVE QUE SUFRAS, SEAN ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, CONOCIDA O NO O TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA, DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL, DE:

2.1.1. CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR, CONOCIDA POR TI O QUE DEBIÓ SER CONOCIDA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.1.2. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

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

2.1.5. SI LA ENFERMEDAD POR LA QUE RECLAMAS ES DIAGNOSTICADA DESPUÉS DE FALLEZCAS.

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

2.1.7. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V). QUEDA COMPRENDIDO DENTRO DE ESTA EXCLUSIÓN CUALQUIER GASTO O ACTIVIDAD ENCAMINADA AL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO CURATIVO O PREVENTIVO, ASÍ COMO LAS SECUELAS O CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTAS ENFERMEDADES.

2.1.8. INFECCIÓN OPORTUNISTA O NEOPLASMA MALIGNO, SI EN EL MOMENTO DE LA ENFERMEDAD O DEL ACCIDENTE, TIENES EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O FUERE SERO-POSITIVO AL VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA). LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS INCLUYEN, PERO NO ESTÁN LIMITADAS A, NEUMONÍA, PNEUMOCYSTIS CARINII, SARCOMA DE KAPOSIS, LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y/O OTRA MALIGNIDAD COMO CAUSA DE MUERTE ANTE LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

2.1.9. LESIÓN INTENCIONALMENTE INFRINGIDA POR TI, ASÍ COMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONCIENTE O INCONSCIENTE.

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

2.1.11. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR

DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MAS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

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

2.1.13. DIAGNOSTICO EFECTUADO POR YERBATEROS O HIERBISTAS, ACUPUNTURISTAS, HOMEÓPATAS U OTROS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

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

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

## **2.2 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE CANCER**

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

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

2.2.2 EN CASO DE HABÉRTE DIAGNOSTICADO LA PRESENCIA DE CÉLULAS ANORMALES EN EL ÓRGANO POR EL CUAL RECLAMA, ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DURANTE EL PERIODO DE CARENCIA. (ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA UNA VEZ SEAS MÉDICAMENTE DECLARADO LIBRE DE CÉLULAS ANORMALES POR UN PERIODO DE CINCO O MÁS AÑOS CONSECUTIVOS DESPUÉS DEL DIAGNOSTICO INICIAL).

2.2.3 TUMORES DESCRITOS HISTÓRICAMENTE COMO PRE-MALIGNOS, NO-INVASIVOS O COMO CÁNCER IN-SITU, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A: CARCINOMA-IN-SITU DE SENO, DISPLASIA CERVICAL, LESIONES DE BAJO O DE ALTO GRADO COMO NIC I NIC II Y NIC III (NEOPLASIA INTRACERVICAL). LESIONES POR HPV (HUMAN PAPILOMA VIRUS).

2.2.4 CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

2.2.5 CUALQUIER TIPO DE CÁNCER ORIGINADO EN OTRO ÓRGANO NO CUBIERTO POR LA PRESENTE POLIZA O EN CASO DE CÁNCER DIAGNOSTICADO SOBRE UN ÓRGANO CUBIERTO, PERO QUE SEA PRODUCTO DE METÁSTASIS, INDEPENDIENTE DE QUE TAL METÁSTASIS PROVENGA DE CÁNCER DIAGNOSTICADO SOBRE UN ÓRGANO ESTANDO ÉSTE CUBIERTO O NO.

2.2.6 EL CANCER QUE RESULTE DE TU FALLECIMIENTO O MUERTE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL DIAGNOSTICO POSITIVO. ESTA EXCLUSIÓN SOLO APLICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.

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

2.2.8 ENFERMEDAD DE HODGKIN Y LINFOMAS.

### 2.3 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

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

2.3.1 ACCIDENTES ISQUEMICOS TRANSITORIOS.

2.3.2 DESORDENES ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR.

### 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:

**Período de carencia:** Período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual no tendrías 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 presencia de un tumor maligno caracterizado por un incremento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. Se manifiesta por el desorden en el crecimiento masivo, en la función y en estructura celular, incluye leucemia y excluye el cáncer insitu no invasivo, los linfomas, la enfermedad de hodgkin y el cáncer de piel diferente al melanoma maligno.

El diagnóstico debe ser respaldado por un médico oncólogo y demostrado por un resultado de anatomía patológica o histopatología y la historia clínica.

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

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

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

#### 4. PRIMA Y TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA

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

En todos los casos la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, sin necesidad de requerimiento previo por parte de SBS SEGUROS.

#### 5. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Podrás revocar en cualquier tiempo el contrato de seguro; es decir, podrás decir que no quieres continuar asegurado, para lo cual, debes 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 revoques tu seguro, SBS SEGUROS devolverá la parte correspondiente al tiempo que no vas a estar asegurado.

SBS SEGUROS podrá revocar tu póliza mediante aviso, con una anticipación de 10 días hábiles contados a partir de la fecha del envío.

Así mismo, SBS SEGUROS, te podrá informar con treinta (30) días calendario de antelación al vencimiento de la vigencia de su seguro y/o solicitud - certificado individual

correspondiente, que su seguro no se renovará.

#### 6. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

#### 7. AVISO DE SINIESTRO

En cumplimiento de lo previsto por el artículo 1075 del Código de Comercio El Asegurado o Beneficiario, según corresponda, estarán obligados a dar noticia a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. de la ocurrencia del siniestro, dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer, a través de nuestra página web <https://www.sbseguros.co/indemnizaciones>.

Este término podrá ampliarse mas no reducirse por las partes.

- Notificación formal del siniestro
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Diagnóstico de la enfermedad acompañado por los certificados y exámenes médicos del dictamen en que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL del asegurado, o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.

#### 8. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará la indemnización dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes a la fecha en tu o tus beneficiarios designados acrediten su derecho, en un todo de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio colombiano.

## 9. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

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

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

## 10. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que debas hacer a SBS SEGUROS, deberás consignarla por escrito o por cualquier medio dispuesto por SBS SEGUROS.

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

## 11. NORMAS SUPLETORIAS

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

## 12. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, en la República de Colombia.

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