

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGUROS VIDA GRUPO TRADICIONAL 1 DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

24/03/2026-1433-P-34-VGTRADICIONAL001-D001

24/03/2026-1433-NT-VGTRADICIONAL001

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: https://defensorsos.com

Contenido

INFORMACIÓN INICIAL.....	4
Artículo I. AMPAROS	5
Sección 1. AMPARO BÁSICO DE VIDA	5
Sección 2. AMPAROS ADICIONALES.....	5
Artículo II. EXCLUSIONES	21
Sección 3. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS.....	21
Sección 4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) Y AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP).....	22
Sección 5. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	23
Sección 6. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.....	24
Sección 7. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTAS CLÍNICAS Y/O AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA	25
Sección 8. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPAROS DE GASTOS MEDICOS.....	27
Artículo III. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	29
Sección 9. Tomador del Seguro	29
Sección 10. Asegurado y Grupo Asegurado	29
Sección 11. Designación de Beneficiarios	30
Sección 12. Modalidades del Seguro	31
Sección 13. Requisitos de Asegurabilidad.....	31
Sección 14. Edades de Ingreso y de Permanencia	31
Sección 15. Inexactitud en la Declaración de la Edad	32
Artículo IV. PRIMA DEL SEGURO	33
Sección 17. Valor Asegurado.....	33
Sección 18. Cálculo de la Prima	33
Sección 19. Pago de la Prima.....	33
Sección 20. Fraccionamiento de Primas	34
Sección 21. Falta de Pago de la Prima del Seguro	34
Artículo V. VIGENCIA DEL SEGURO.....	35

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

24/03/2026-1433-P-34-VGTRADICIONAL001-D001

24/03/2026-1433-NT-VGTRADICIONAL001

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
Página web: https://defensorsos.com

Sección 22. Inicio de la Vigencia	35
Sección 23. Inicio de la Cobertura Individual	35
Sección 24. Terminación del Contrato del Seguro y de las Coberturas Individuales	36
Sección 25. Cobertura Ininterrumpida.....	36
Sección 26. Revocación del Contrato de Seguro	36
Artículo VI. AVISO DE SINIESTRO.....	38
Sección 27. Reclamación.....	38
Sección 28. Pago del Siniestro.....	38
Sección 29. Pérdida del Derecho de Indemnización.....	38
Artículo VII. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO.....	39
Sección 30. Declaraciones Inexactas o Reticentes.....	39
Sección 31. Irreductibilidad.....	40
Sección 32. Convertibilidad.....	40
Sección 32. Causalidad.....	40



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGUROS VIDA GRUPO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

INFORMACIÓN INICIAL

COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A., que en adelante se denominará “COLSANITAS SEGUROS”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “TOMADOR” da por entendido el conocimiento y las solicitudes individuales de los ASEGURADOS, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el TOMADOR Y/O ASEGURADO, la declaración de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

COLSANITAS SEGUROS HA PUESTO A DISPOSICIÓN Y CONSIDERACIÓN DEL TOMADOR DEL PRESENTE CONTRATO LAS CONDICIONES DEL SEGURO CON ANTERIORIDAD A LA CELEBACIÓN DEL MISMO, LAS CUALES TAMBIEN SE ENCUENTRAN EN LA PÁGINA WEB DE COLSANITAS SEGUROS.

EL TOMADOR DA POR CONOCIDO Y ENTENDIDO EL CONTENIDO Y ALCANCE DE LA O LAS COBERTURAS CONTRATADAS MEDIANTE EL SEGURO, ASÍ COMO DE LAS EXCLUSIONES Y GARANTÍAS DEL MISMO, ENTENDIDAS ÉSTAS ÚLTIMAS COMO LAS MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD DEL ASEGURADO DE OBLIGARSE A HACER O ABSTENERSE DE EJECUTAR DETERMINADO HECHO O ACTIVIDAD.

EN CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUIETUD PODRÁ FORMULARLA A TRAVÉS DE LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS O POR LOS CANALES DE ATENCIÓN DISPUESTOS POR COLSANITAS SEGUROS.



Artículo I. AMPAROS

Sección 1. AMPARO BÁSICO DE VIDA

ESTE AMPARO OTORGA COBERTURA DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA INCLUYENDO SUICIDIO, HOMICIDIO, TERRORISMO SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO SEA SUJETO ACTIVO DE ESTE, PANDEMIAS, EPIDEMIAS, COVID 19 Y FALLECIMIENTO POR SIDA NO PREEXISTENTE.

COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y LA CAUSA DE LA MUERTE NO ESTE MENCIONADA EN LAS EXCLUSIONES.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

Sección 2. AMPAROS ADICIONALES

EL TOMADOR DE LA PÓLIZA PODRÁ CONTRATAR ALGUNO(S) O TODOS LOS AMPAROS ADICIONALES QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

- a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP)

SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, IGUAL O SUPERIOR AL 50%, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EN TODOS LOS CASOS SE OTORGA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE ÉSTA, ASÍ COMO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA, SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO Y LA INCAPACIDAD NO SEA PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y PERSISTA POR UN PERIODO NO MENOR A CIENTO VEINTE DÍAS (120 DÍAS) CALENDARIO.

SE CONSIDERA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA FECHA DE



ESTRUCTURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL INDICADA POR EL ENTE CALIFICADOR, FECHA EN LA CUAL LA PÓLIZA DEBE ESTAR VIGENTE.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA. SI EL PAGO ES DEL 100 %, SE DA POR TERMINADO EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CALIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS POR EL GOBIERNO Y DEBERÁ TENER COMO BASE EL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE EN EL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

EN CASO DE DISCREPANCIA LA CALIFICACIÓN DEFINITIVA PARA ESTE AMPARO SERÁ LA ESTABLECIDA POR EL DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ QUE SE ENCUENTRE EN FIRME.

ADICIONALMENTE ESTE AMPARO OTORGA COBERTURA A LAS LESIONES DERIVADAS DE INTENTO DE SUICIDIO, COVID 19 Y TERRORISMO SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO SEA SUJETO ACTIVO DE ESTE, SIEMPRE Y CUANDO SE ESTRUCTURE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEFINITIVA IGUAL O SUPERIOR AL 50%

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD DEBE TENER UNA CAUSA DISTINTA A LA GENERADA POR CUALQUIER ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SEA CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS OPCIONALES. O QUE, SIENDO CONOCIDAS, LAS HAYA DECLARADO A COLSANITAS SEGUROS Y ÉSTA LAS HUBIERE ACEPTADO.

TAMBIEN SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS
- LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES
- LA PÉRDIDA DE UNA MANO Y UN PIE
- LA PÉRDIDA DE UNA MANO O DE UN PIE Y LA VISTA DE UN OJO

SE CONSIDERARÁ QUE HABRÁ PÉRDIDA CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:



- MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA MUÑECA
 - PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DEL TOBILLO
 - OJOS: PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN
- b) INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
- INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

SI EL ASEGURADO FALLECE A CAUSA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA POLIZA O SI FALLECE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL MISMO, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O A LOS DE LEY, LA SUMA ASEGURADA POR ESTE AMPARO A LA FECHA DEL ACCIDENTE. DENTRO DE ESTA COBERTURA SE AMPARA LA DECLARACIÓN DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS: CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS, DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN LA LEY COLOMBIANA (ART 1145 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).

EN LOS EVENTOS DE FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ ADICIONAL AL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA, LA INDEMNIZACIÓN ADICIONAL REFERENTE AL PRESENTE AMPARO, ES DECIR, SE CONFIGURARÁ UNA DOBLE INDEMNIZACIÓN.

- BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

SÍ COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO SUFRE UNA DESMEMBRACIÓN QUE SE PRODUZCA DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, COLSANITAS SEGUROS INDEMNIZARÁ TENIENDO EN CUENTA EL DETALLE CONTENIDO EN LA EN LA TABLA NO. 1



A EFECTOS DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO, SE DEFINEN LAS LESIONES CORPORALES QUE DARÁN DERECHO A INDEMNIZACIÓN, ASÍ COMO EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO A INDEMNIZAR EN CADA CASO, EN LA TABLA 1.

Tabla 1. Tabla de Indemnización por Desmembración Accidental

EVENTO	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
Por inhabilitación o pérdida de ambas manos o ambos pies	100%
Por inhabilitación o pérdida de una mano y un pie	100%
Por pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos	100%
Por inhabilitación o pérdida de una mano o un pie, junto con la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo	100%
Por pérdida total y definitiva del habla	100%
Por pérdida total de la audición, irreparable por medios artificiales	100%
Enajenación mental incurable	100%
Por inhabilitación o pérdida de la mano derecha o del pie derecho	60%
Por inhabilitación o pérdida de la mano izquierda o del pie izquierdo	50%
Por pérdida total de la vista de un ojo	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%
Por pérdida del dedo pulgar de la mano derecha, que comprende las dos falanges	25%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Por pérdida del dedo pulgar de la mano izquierda, que comprenda las dos falanges	15%
Anquilosis del empeine (cuello del pie) en posición no funcional	15%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

24/03/2026-1433-P-34-VGTRADICIONAL001-D001

24/03/2026-1433-NT-VGTRADICIONAL001

Línea en Bogotá: (601) 7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com • Calle 100 # 11B - 67 - Bogotá

Servicio al cliente



Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
 Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com
 Página web: <https://defensorsos.com>

Acortamiento de un miembro inferior por lo menos en cinco centímetros	15%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%
Por pérdida de cada uno de los dedos de la mano excepto el pulgar	10%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos en tres centímetros	8%
Por pérdida del dedo grueso artejo del pie	5%
Por pérdida de cada uno de los dedos del pie, excepto el dedo grueso artejo	3%

PARÁGRAFO 1:

A) PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CONDICIÓN, SE ENTIENDE POR PÉRDIDA DE LA MANO, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA, Y POR PÉRDIDA DEL PIE, LA AMPUTACIÓN QUE SE VERIFIQUE A LA ALTURA DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.

B) TAMBIÉN SE ENTIENDE POR PÉRDIDA, LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES

C) CUANDO EL ASEGURADO SUFRA DOS O MÁS PÉRDIDAS DE LAS ESPECIFICADAS EN LA TABLA, EL VALOR TOTAL DEL PAGO NO PODRÁ EXCEDER EL 100% DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO.

D) LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR LA PÉRDIDA DE DEDOS, SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIESE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O EL PIE RESPECTIVO.

PARÁGRAFO 2:

LA TABLA CONTENIDA EN ESTE NUMERAL APLICA PARA PERSONAS DIESTRAS, EN CASO DE ASEGURADO ZURDO SE APLICA EN LOS MISMOS PORCENTAJES INDICADOS EN SENTIDO INVERSO.

TODA SUMA PAGADA O PAGADERA A CAUSA DEL BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN DE ACUERDO A LA TABLA, DISMINUIRÁ EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DEL AMPARO BÁSICO Y DEL AMPARO DE MUERTE DE ACCIDENTAL.

EN CASO DE VARIAS PÉRDIDAS CAUSADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA, SIN EXCEDER LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL. EN LOS CASOS EN QUE SE HAYA PAGADO EL TOTAL DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EL CERTIFICADO DE SEGURO INDIVIDUAL TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE.

c) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE



SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA Y OCURRIDO, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE DE ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA U ODONTOLÓGICA, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, COLSANITAS SEGUROS REEMBOLSARÁ LOS VALORES CAUSADOS COMO AUXILIO PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE HASTA, COMO MÁXIMO, EL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA SE EXTENDERÁ HASTA AGOTAR EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y SE REESTABLECERÁ DICHO VALOR ASEGURADO EN CADA RENOVACIÓN CON LA GENERACIÓN DEL COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO CUBRE EN EXCESO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT).

d) ENFERMEDADES GRAVES

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO MÉDICAMENTE, POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO SEÑALADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYAN CUMPLIDO, AL MENOS, NOVENTA (90) DÍAS DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

TODA SUMA PAGADA A CAUSA DE ESTE AMPARO AFECTARÁ DIRECTAMENTE EL AMPARO BÁSICO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE SE REDUCIRÁN EN ESA PROPORCIÓN, AL MOMENTO DEL PAGO DE LA ENFERMEDAD GRAVE. EN CASO DE PRESENTARSE UNA RECLAMACIÓN POSTERIOR POR UNA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA INDEMNIZACIÓN SE HARÁ CON BASE EN EL REMANENTE.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO NO PODRÁ EXCEDER AL 60% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO.

EN CUALQUIER CASO, NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO, CUANDO:

A) EXISTA UN HISTORIAL RELACIONADO CON LA ENFERMEDAD, PREVIO AL INICIO DE LA VIGENCIA INDIVIDUAL DE ESTE AMPARO.

B) SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA ENFERMEDAD, ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DEL PRESENTE AMPARO.



LISTADO DE ENFERMEDADES CUBIERTAS POR EL AMPARO:

1. CÁNCER: CONDICIÓN DE CRECIMIENTO ANORMAL DE LAS CÉLULAS DE DETERMINADO ÓRGANO DEL CUERPO Y QUE PUEDEN PRESENTARSE COMO: CARCINOMAS (TUMORES SÓLIDOS) EJEMPLO CANCER DE PROSTATA, CANCER DE MAMA, CANCER DE PULMON, ETC, SARCOMAS (TEJIDO CONECTIVO), LEUCEMIAS (SANGRE) Y LINFOMAS (SISTEMA LINFÁTICO). I.
2. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES: SUSPENSIÓN BRUSCA Y VIOLENTA DE LAS FUNCIONES CEREBRALES FUNDAMENTALES QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS CON UNA DURACIÓN MAYOR DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE SON DE NATURALEZA PERMANENTE. SE INCLUYE EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL O SUBARACNOIDEA Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER COMPROBABLE MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGENOLOGÍA COMO TOMOGRAFÍA O RESONANCIA MAGNÉTICA, ASÍ COMO POR PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE. ESTAS PRUEBAS DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO, COMO MÍNIMO, TRES (3) MESES DESPUÉS DEL ACCIDENTE.
3. INSUFICIENCIA RENAL: FALLA TOTAL CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE DEBA EFECTUAR UN TRASPLANTE O DIÁLISIS RENAL, EN FORMA REGULAR DURANTE TRES (3) MESES COMO MÍNIMO. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.
4. INFARTO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN COMO RESULTADO DEL BLOQUEO DE UNA O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. EL DIAGNÓSTICO ESTÁ BASADO EN UN EPISODIO QUE CONSISTE EN: (I) DOLOR DE PECHO TÍPICO; (II) NUEVOS Y RELEVANTES CAMBIOS EN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG); Y/O (III) ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
5. CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA (BYPASS): CIRUGÍA DE CORAZÓN RECOMENDADA POR UN CARDIÓLOGO PARA CORREGIR EL ESTRECHAMIENTO O LA OBSTRUCCIÓN DE UNA O MÁS ARTERIAS



CORONARIAS QUE REQUIERAN LA COLOCACIÓN DE, AL MENOS, DOS INJERTOS O PUENTES (BYPASS). NO ESTÁ AMPARADA BAJO LA PRESENTE COBERTURA DEL SEGURO LA ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS.

6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: CONDICIÓN MÉDICA CARACTERIZADA POR UN TRASTORNOS EN EL CUAL EL SISTEMA INMUNE DEL CUERPO AUTOATACA ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO ESPECIALMENTE CÉLULAS NERVIOSAS DEL CEREBRO, EL NERVIÓ ÓPTICO Y LA MÉDULA ESPINAL, CUYO DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN NEURÓLOGO ESPECIALISTA QUE CONFIRME ANTE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE DETERIORO DE LOS NERVIOS ÓPTICOS, DEL TRONCO CEREBRAL Y DE LA MÉDULA ESPINAL EN SU CONJUNTO, Y CON ALTERACIÓN DE LA COORDINACIÓN Y DE LAS FUNCIONES MOTORAS Y SENSITIVAS, SIN QUE NECESARIAMENTE EL ASEGURADO REQUIERA EL USO DE UNA SILLA DE RUEDAS.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR TÉCNICAS MODERNAS DE IMÁGENES CUMPLIDOS LOS CIENTO OCHENTA (180) DIAS COMUNES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO Y SE EXIGE QUE EL PRIMER EPISODIO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO. SI EL PRIMER EPISODIO OCURRE ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE ESTE AMPARO, COLSANITAS SEGUROS ESTARÁ EXIMIDA DE RECONOCER Y PAGAR LA INDEMNIZACIÓN POR ESTA COBERTURA.

7. QUEMADURAS GRAVES (GRAN QUEMADO): QUEMADURAS DE TERCER (3ER) GRADO QUE ABARQUEN, POR LO MENOS, EL VEINTE POR CIENTO (20%) DE LA SUPERFICIE CORPORAL, MEDIDAS POR LA REGLA DE LOS NUEVE (9) DE LA CARTA DE SUPERFICIE CORPORAL DE LUND BROWDER.
8. ANEMIA APLÁSICA: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y SE DEBE EVIDENCIAR EN LOS RESULTADOS DE UNA BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA. LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA, QUE REQUIERAN AL MENOS



UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS: (I) TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE; (II) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA; (III) AGENTES INMUNOSUPRESORES; Y/O (IV) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

9. CIRUGÍA DE ENFERMEDAD DE LA AORTA: CIRUGÍA PARA UNA ENFERMEDAD DE LA AORTA QUE NECESITE LA ESCISIÓN Y EL REEMPLAZO QUIRÚRGICO DE UNA PORCIÓN DE LA AORTA ENFERMA POR UN INJERTO. PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA DEFINICIÓN, LA AORTA ES ENTENDIDA COMO LA AORTA TORÁCICA Y LA AORTA ABDOMINAL, SIN INCLUIR SUS RAMAS.

10. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES: ES LA IMPLANTACIÓN DE UN ÓRGANO EXTRAÍDO DE UN DONANTE HUMANO EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, CON EL RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES, ARTERIALES Y VENOSAS. COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ Y PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO CUANDO EL ASEGURADO DEBA SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE UNO O DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS:

- TRASPLANTE DE HÍGADO
- TRASPLANTE DE PÁNCREAS
- TRASPLANTE DE CORAZÓN
- TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA
- TRASPLANTE DE PULMÓN
- TRASPLANTE DE INTESTINO DELGADO

EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS O PARTES DE ÓRGANOS, ASÍ COMO EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS.

PARA LA INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS SE ESTABLECE COMO CONDICIÓN INDISPENSABLE EL CUMPLIMIENTO, EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, DE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN EL PAÍS. COLSANITAS SEGUROS NO PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL.



ESTE AMPARO SE CONCEDERÁ SIEMPRE Y CUANDO EL TRASPLANTE SE HAYA EFECTUADO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ANOTADAS ANTERIORMENTE.

11. ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENI), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO). LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

12. PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DEBIDO AL USO DE ALCOHOL O DROGAS NO ESTÁ CUBIERTA. LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

13. ESTADO DE COMA: ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIONES O RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE LA VIDA POR UN PERIODO DE, AL MENOS, NOVENTA Y SEIS (96) HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA. EL ESTADO DE COMA DEBIDO AL USO DE ALCOHOL O DROGAS NO ESTÁ CUBIERTO. LAS CONDICIONES PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE DETALLAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES CONTINUOS.

COLSANITAS SEGUROS NO PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN CUANDO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO.



14. TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TEST NEURORADIOLÓGICOS (TAC O RNM DE CEREBRO).

EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE FORMA INDEPENDIENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARÁGRAFO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA LAS SIGUIENTES:

- HIGIENE PERSONAL. CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE.
 - BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE)
 - VESTIRSE Y DESVESTIRSE. PONERSE O QUITARSE TODAS LAS PRENDAS
 - MOVILIDAD. TRASLADARSE O DESPLAZARSE DE UN LADO A OTRO DE LA MISMA HABITACIÓN, SENTARSE O LEVANTARSE DE UNA SILLA, REPOSTARSE O INCORPORARSE EN UNA CAMA
 - CONTINENCIA. CONTROL VOLUNTARIO DE LA EXCRECIÓN INTESTINAL O DE LA VEJIGA
 - ALIMENTACIÓN. INGESTA DE ALIMENTOS PREPARADOS
- ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

e) CÁNCER IN SITU

SE DEFINE COMO CÁNCER IN SITU TODO CÁNCER O TUMOR MALIGNO SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN, ES DECIR, EL CÁNCER DIAGNOSTICADO O TODO TUMOR CON CLASIFICACIÓN TN0M0. TODO VALOR INDEMNIZADO POR ESTA COBERTURA SERÁ DEDUCIDO DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES EN CASO DE QUE DICHA ENFERMEDAD SE CONVIERTA EN METASTÁSICA.

LA SUMA ASEGURADA DE ESTA COBERTURA SERÁ LA SIGUIENTE:

COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL 25% DE LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES ESTABLECIDO EN LA



CARÁTULA DE LA PÓLIZA AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO LA ETAPA TNOMO, CON UN EL LÍMITE MÁXIMO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYAN CUMPLIDO, AL MENOS, NOVENTA (90) DÍAS DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA MISMA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

f) RENTAS CLÍNICAS

I. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

EN CASO DE UNA RECLUSIÓN EN UN HOSPITAL O CLÍNICA, BAJO CUIDADO DE PERSONAL MÉDICO, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS DE LA HOSPITALIZACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN OCURRAN, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SIEMPRE Y CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN SEA ORIGINADA POR UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD QUE NO ESTÉ EXCLUIDA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL SEGUNDO (2) DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRE UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS POR EVENTO / VIGENCIA. LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA SE EXTENDERÁ HASTA AGOTAR EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y SE REESTABLECERÁ DICHO VALOR ASEGURADO EN CADA RENOVACIÓN CON EL COBRO DE PRIMA CORRESPONDIENTE.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, NO SON CONSIDERADOS COMO ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, LAS INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHÓLICOS, LOS CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO, LOS LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

II. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS



SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, EL ASEGURADO REQUIERE DE UNA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PARA SOMETERSE A UN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ AL ASEGURADO UNA RENTA DIARIA MIENTRAS ÉSTE PERMANEZCA EN CUIDADOS INTENSIVOS CONTINUOS O DISCONTINUOS DENTRO DE LA MISMA VIGENCIA HASTA UN LÍMITE DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ SIEMPRE QUE LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN PROVOCADO LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO. LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA SE EXTENDERÁ HASTA AGOTAR EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y SE REESTABLECERÁ DICHO VALOR ASEGURADO EN CADA RENOVACIÓN CON EL COBRO DE PRIMA CORRESPONDIENTE.

III. RENTA DIARIA POST-HOSPITALIZACIÓN

SI EL ASEGURADO DEBE PERMANECER RECLUIDO EN SU DOMICILIO TRAS HABER SIDO INGRESADO EN UN HOSPITAL O CLÍNICA, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO POR CADA DÍA, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN OCURRAN, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL SEGUNDO (2) DÍA Y CUBRIRÁ, COMO MÁXIMO, EL MISMO NÚMERO DE DÍAS QUE EL ASEGURADO ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL O CLÍNICA Y TUVO DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DEFINIDO ANTERIORMENTE. LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA SE EXTENDERÁ HASTA AGOTAR EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y SE REESTABLECERÁ DICHO VALOR ASEGURADO



EN CADA RENOVACIÓN CON EL COBRO DE PRIMA CORRESPONDIENTE.

g) AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA

SI EL ASEGURADO DEBE SOMETERSE A UNA CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO UNA ÚNICA VEZ, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA CIRUGÍA OCURRAN, AL MENOS, TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. ESTE PERIODO DE CARENCIA SÓLO APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

A EFECTOS DE LA COBERTURA DE ESTE AMPARO, SE CONSIDERARÁN COMO TALES LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS BAJO ANESTESIA GENERAL, LOCAL, REGIONAL O SEDACIÓN, QUE REQUIEREN CUIDADOS POSTOPERATORIOS POCO INTENSIVOS Y DE CORTA DURACIÓN Y EN LAS QUE ESTÁ PREVISTO EL ALTA DE FORMA INMEDIATA O A LAS POCAS HORAS DE LA INTERVENCIÓN.

PARA ESTA COBERTURA NO APLICA RENTA DIARIA POST-HOSPITALIZACIÓN.

h) AUXILIO FUNERARIO

EN EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO FALLEZCA A CAUSA DE UN EVENTO AMPARADO EN LA POLIZA COLSANITAS SEGUROS, PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY, EL VALOR ASEGURADO E INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO PARA ESTE AMPARO, CON EL PROPÓSITO DE CONTRIBUIR A LOS GASTOS FUNERARIOS.

i) AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA MISMA, COLSANITAS SEGUROS INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS COMO AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

j) AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO EN LA MISMA,



COLSANITAS SEGUROS INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO COMO AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

k) AUXILIO POR NACIMIENTO

COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ AL ASEGURADO UNA SUMA ÚNICA COMO AUXILIO POR EL NACIMIENTO Y SUPERVIVENCIA, O ADOPCIÓN, DE UN HIJO, AUN TRATÁNDOSE DE ALUMBRAMIENTO MÚLTIPLE O ADOPCIÓN MÚLTIPLE, SIEMPRE Y CUANDO LA CONCEPCIÓN DEL EMBARAZO O LA FORMALIZACIÓN LEGAL DE LA ADOPCIÓN SE HAYA DADO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS SESENTA (60) DÍAS DESDE LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO(A) AL PRESENTE AMPARO Y SE EFECTÚE EL ALUMBRAMIENTO O LA ADOPCIÓN LEGAL DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. ESTE PERIODO DE CARENCIA APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO.

ESTA COBERTURA NO PODRÁ SER CONTRATADA SI:

- LA ASEGURADA YA SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL INGRESO A LA PÓLIZA.
- LA PAREJA DEL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBARAZO AL MOMENTO DEL INGRESO A LA PÓLIZA.
- NO HABRÁ COBERTURA SI EL HIJO FALLECE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O UNA HORA POSTERIOR A FINALIZAR EL MISMO.

SE RECONOCE UN SOLO EVENTO POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

l) AUXILIO EDUCATIVO

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, COLSANITAS SEGUROS INDEMNIZARÁ UNA ÚNICA SUMA, DEFINIDA EN LA CARATULA DE LA POLIZA, ADICIONAL AL AMPARO BÁSICO, COMO BENEFICIO EDUCATIVO DE HIJOS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS QUE SE ENCUENTREN CURSANDO SUS ESTUDIOS Y QUE DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DE ÉL.

SE RECONOCE UN SOLO PAGO POR ASEGURADO CON INDEPENDENCIA DEL NÚMERO DE HIJOS

m) AUXILIO PARA GASTOS DE REPATRIACIÓN

EN EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO FALLEZCA EN UN PAÍS DIFERENTE A SU PAÍS DE ORIGEN, COLSANITAS SEGUROS, PAGARÁ



LA INDEMNIZACIÓN A QUIEN DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS DE LA REPATRIACIÓN EN LOS QUE SE HAYA INCURRIDO, DENTRO DEL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO DEFINIDO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, COMO AUXILIO POR REPATRIACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA SURTIDO EL TRÁMITE DE REPATRIACIÓN DEL CUERPO O DE CENIZAS; NO OBSTANTE, COLSANITAS SEGUROS NO ASUMIRÁ LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA CREMACIÓN DEL CUERPO, NI LA RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE REPATRIACIÓN.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS CONSIDERADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA.

EL VALOR DEL AMPARO DE GASTOS DE REPATRIACIÓN SERÁ EL DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A 30 SMMLV.

AUXILIO PARA TRASLADO DE CUERPO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE EN UN LUGAR DEL TERRITORIO COLOMBIANO DISTINTO AL SITIO HABITUAL DE RESIDENCIA Y REQUIERE DE UN TRANSPORTE DENTRO DE LOS LÍMITES NACIONALES, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO COMO AUXILIO, DEFINIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA QUE NO PODRÁ SER SUPERIOR A 10 SMMLV.

LAS EXCLUSIONES APLICABLES SERÁN LAS MISMAS CONSIDERADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA



Artículo II. EXCLUSIONES

Sección 3. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

COLSANITAS SEGUROS NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS EN LOS EVENTOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN:

- a) ENFERMEDADES O ACCIDENTES PREEXISTENTES NO DECLARADOS AL INGRESO DE LA PÓLIZA RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO.
- b) GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA GUERRA DECLARADA O NO), AMOTINAMIENTO, MOTÍN, SUBLEVACIÓN, HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONSPIRACIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, PODER MILITAR O USURPADO, LEY MARCIAL O ESTADO DE SITIO O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS O CAUSAS QUE DETERMINEN LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL O ESTADO DE SITIO, DISPOSICIÓN DE CUALQUIER GOBIERNO O AUTORIDAD PÚBLICA O LOCAL O POR ORDEN DE DICHO GOBIERNO O AUTORIDAD, O CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIATIVA PROVOCADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA
- c) EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.



Sección 4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) Y AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP)

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, COLSANITAS SEGUROS. NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ES CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, MOTOS, KARTING, BOXEO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ULTRALIVIANOS, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, MOTONÁUTICA, DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS, ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO Y MONTAÑISMO, ASÍ COMO OTROS SIMILARES, YA SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
- b) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- c) CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- d) EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES Y/O ALUCINÓGENOS.
- e) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA AEROLÍNEA COMERCIAL AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS.
- f) ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
- g) SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS).
- h) RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS,



SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

Sección 5. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, COLSANITAS SEGUROS NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA MUERTE ACCIDENTAL Y/O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN SON A CAUSA DE:

- i) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, MOTOS, KARTING, BOXEO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ULTRALIVIANOS, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, MOTONÁUTICA, DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS, ESPELEOLOGÍA, BUCEO, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO, ALPINISMO Y MONTAÑISMO, ASÍ COMO OTROS SIMILARES.
- j) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- k) CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, SALVO EN CASOS DE LEGÍTIMA DEFENSA FRENTE A HURTO, Y EN CASO DE ACTOS DELICTIVOS.
- l) INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- m) USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
- n) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA AEROLÍNEA COMERCIAL AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE



PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS.

Sección 6. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, COLSANITAS SEGUROS NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LA ENFERMEDAD GRAVE ES A CAUSA DE:

- a) ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGÉNITO.
- b) TUMORES BENIGNOS DE PRÓSTATA
- c) CÁNCER DE TIROIDES TEMPRANO CON UN DIÁMETRO MENOR DE 1.0 CM E HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO COMO T1 POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS.
- d) LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.
- e) ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- f) ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- g) ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.



- h) CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O DIAGNÓSTICO QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.
- i) LOS TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA DE LA PIEL.
- j) LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA – ARTERIAL
- k) CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.

Sección 7. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTAS CLÍNICAS Y/O AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, COLSANITAS SEGUROS NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS, RENTA DIARIA POST-HOSPITALIZACIÓN Y AUXILIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- a) HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA POR ESTOS AMPAROS ADICIONALES.
- b) HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- c) CIRUGÍAS DE EMBELLECIMIENTO (CIRUGÍAS ESTÉTICAS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS) CON EXCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.
- d) HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.



- e) EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN IN VITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
- f) TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O ESTUPEFACIENTES CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- g) HOSPITALIZACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), SÍNDROME COMPLEJO RELATIVO AL SIDA (SCRS) Y TODAS LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR O RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH.
- h) CIRUGÍAS PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
- i) TERAPIA AMBIENTAL DE DESCANSO Y/O PARA OBSERVACIÓN, SERVICIOS O TRATAMIENTOS EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES, HIDRO CLÍNICAS, BAÑOS TERMALES, SANATORIOS, CLÍNICAS DE REPOSO, HOGARES DE RETIRO O ASILOS DE ANCIANOS.
- j) EVALUACIONES MÉDICAS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA CHEQUEO GENERAL Y/O EJECUTIVO, EXÁMENES DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO.
- k) EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS, CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICO GENERAL TALES COMO MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ENTRE OTROS.
- l) HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- m) EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.



- n) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA AEROLÍNEA COMERCIAL AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS.
- o) ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO
- p) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, MOTOS, KARTING, BOXEO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ULTRALIVIANOS, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, MOTONÁUTICA, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS, ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO Y MONTAÑISMO, ASÍ COMO OTROS SIMILARES, YA SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
- q) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA
- r) CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.

Sección 8. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPAROS DE GASTOS MEDICOS

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, COLSANITAS SEGUROS NO RECONOCERÁ INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI LOS GASTOS MÉDICOS SON CONSECUENCIA O ESTÁN RELACIONADOS CON:

- a) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, MOTOS, KARTING, BOXEO, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, ULTRALIVIANOS, ALAS DELTA, BUNGEE JUMPING, TAUROMAQUIA, ESPELEOLOGÍA, EQUITACIÓN, MOTONÁUTICA,



DEPORTES SUBMARINOS O SUBACUÁTICOS, ESPELEOLOGÍA, BUCEO, PLANEACIÓN, DEPORTES DE INVIERNO, ALPINISMO Y MONTAÑISMO, ASÍ COMO OTROS SIMILARES, YA SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

- b) PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- c) LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍAS DE EMBELLECIMIENTO (CIRUGÍAS ESTÉTICAS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS) CON EXCEPCIÓN DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.
- d) CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- e) EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES Y/O ALUCINÓGENOS.
- f) USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
- g) ENFERMEDADES O ACCIDENTES PREEXISTENTES NO DECLARADOS AL INGRESO DE LA PÓLIZA RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO
- h) LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS, TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICO NERVIOSA, NEUROSIS, PSICOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DE CARÁCTER ESTÉTICO O PLÁSTICO CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- i) LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR ACCIDENTES DE TRABAJO.
- j) LOS GASTOS MÉDICOS GENERADOS DESPUÉS DE LOS 180 DÍAS DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.



- k) 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.
- l) EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN IN VITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

Artículo III. PARTES DEL CONTRATO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Sección 9. Tomador del Seguro

Para los efectos de la presente póliza el TOMADOR es la persona que contrata un seguro por cuenta propia y/o de terceros. En este último caso, con el propósito de asegurar un número determinado de personas naturales, haciéndose el TOMADOR responsable del pago de la prima del seguro. La identidad e identificación del TOMADOR se indicará en la carátula de la póliza.

Parágrafo. Si en el TOMADOR concurre la calidad de ASEGURADO, este será considerado como el ASEGURADO principal; de lo contrario, tendrá tal calidad aquel que el TOMADOR señale.

Sección 10. Asegurado y Grupo Asegurado

ASEGURADO significa la persona natural, individualmente considerada, que hace parte de un Grupo Asegurable, la cual se encuentra amparada de los riesgos cubiertos establecidos en la presente póliza.

Grupo Asegurable o Asegurado: Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la



misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que, por sus condiciones, aunque no tengan personería jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

Sección 11. Designación de Beneficiarios

El o los BENEFICIARIOS del seguro podrán serlo a título gratuito o a título oneroso. Cuando el o los BENEFICIARIOS lo sean a título gratuito, el ASEGURADO podrá excluirlo y/o reincorporarlo de la cobertura de la presente póliza en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito de tal circunstancia de parte del ASEGURADO a Colsanitas Seguros.

A falta de designación de cuando menos un (1) BENEFICIARIO, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán calidad de tales: el cónyuge o compañero(a) permanente del ASEGURADO, en la mitad del seguro; y los herederos del ASEGURADO, en la otra mitad. Lo anterior aplicará en el evento que sea designado genéricamente como BENEFICIARIO(S) a los herederos del ASEGURADO.

Cuando el ASEGURADO y el BENEFICIARIO fallezcan simultáneamente o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro: el cónyuge o compañero permanente del ASEGURADO, en la mitad del seguro; y los herederos de éste en la otra mitad.

El derecho a acrecimiento consiste en que, si alguno de los BENEFICIARIOS designados fallece antes que el ASEGURADO, el porcentaje del seguro que le correspondía se distribuye proporcionalmente entre los demás BENEFICIARIOS designados del respectivo ASEGURADO, acrecentando su participación en el valor del seguro, a menos que el ASEGURADO decida modificar los porcentajes originales de cada BENEFICIARIO. Para lo anterior, el ASEGURADO deberá solicitar a Colsanitas Seguros, en la solicitud del seguro, que los BENEFICIARIOS estarán sujetos al derecho de acrecimiento. En caso de no solicitar el derecho a acrecimiento y si alguno de los BENEFICIARIOS designados fallece antes que el ASEGURADO, se deberá designar por el ASEGURADO al BENEFICIARIO en el porcentaje que resulte faltante o en su defecto será el que establece la ley para dicho ASEGURADO.



Sección 12. Modalidades del Seguro

La póliza podrá ser contratada a solicitud del TOMADOR, bajo una de las siguientes modalidades, lo cual quedará plenamente consignado en la caratula del seguro:

- Seguro de Grupo Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por cada uno de los miembros del Grupo Asegurado.
- Seguro de Grupo No Contributivo: Cuando la integridad de la prima sea sufragada por el TOMADOR del seguro.

Sección 13. Requisitos de Asegurabilidad

El ASEGURADO principal que solicite su inclusión o la de sus ASEGURADOS en el Grupo Asegurable, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que tenga establecido o establezca Colsanitas Seguros, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por ésta.

Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurable solo podrán ser solicitadas formalmente por parte del TOMADOR o del ASEGURADO principal.

Colsanitas Seguros se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias para cada caso en concreto.

Sección 14. Edades de Ingreso y de Permanencia

Las partes entienden y aceptan que, en adición a lo señalado en la Sección precedente, para que una persona pueda ser parte de un Grupo Asegurable, deberá tener las siguientes edades de ingreso y permanencia a la presente póliza:

AMPARO	EIDADES DE INGRESO		EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA
	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA	
Amparo básico de vida	14 AÑOS	70 años y 364 días	Mientras el asegurado permanezca en el grupo asegurado o hasta el término de la vigencia(anualidad) en que cumpla 79 años y 364 días.
Incapacidad total y permanente (ITP)	14 AÑOS	70 años y 364 días	Mientras el asegurado permanezca en el grupo asegurado o hasta el término de la vigencia(anualidad) en que cumpla 70 años y 364 días.
Indemnización adicional por muerte accidental y Beneficios por desmembración			
Gastos médicos por accidente			
Enfermedades graves			
Cáncer in situ			
Rentas clínicas			
Auxilio por cirugía ambulatoria			



Auxilio funerario			
Auxilio para canasta familiar por muerte			
Auxilio para canasta familiar por ITP			
Auxilio por nacimiento			
Auxilio educativo			
Auxilio para gastos de repatriación			
Auxilio para traslado dentro del territorio nacional			

Sección 15. Inexactitud en la Declaración de la Edad

En el evento en que se compruebe la inexactitud de la edad respecto de uno o varios de los ASEGURADOS consignada en la declaración de asegurabilidad, se observará lo siguiente:

- a) Si la edad verdadera del ASEGURADO está fuera de los límites autorizados por Colsanitas Seguros, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio;
- b) Si la edad verdadera del ASEGURADO 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 Colsanitas Seguros; y
- c) Si la edad verdadera del ASEGURADO es menor que la declarada, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal (b) anterior.

Parágrafo. Lo dispuesto en los literales (b) y (c) anteriores, no se aplicará cuando la prima del seguro se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida, caso en el cual la prima se liquidará con la tasa correspondiente a la edad de 40 años que se defina en la tarifa, por desconocerse la edad real del asegurado.



Artículo IV. PRIMA DEL SEGURO

Sección 17. Valor Asegurado

El valor asegurado total o global será el resultado de la sumatoria de los valores asegurados individuales, de conformidad con los listados o documentos entregados a Colsanitas Seguros por el TOMADOR, con la frecuencia previamente acordada para la expedición de la póliza. La suma asegurada del amparo básico vida y/o los amparos adicionales, si los hubiera, se considerarán individualmente para cada ASEGURADO.

Sección 18. Cálculo de la Prima

La prima se establecerá teniendo en cuenta la edad de cada ASEGURADO, su género, su estado de salud y el monto asegurado individual expresado en pesos colombianos en el momento de ingresar a la presente póliza o en su renovación. La compañía podrá aplicar un sistema de Primas basado en tasas promedio, de forma que se calcula una tasa de riesgo promedio para un grupo asegurable y se aplica a cada individuo particular. En cualquier caso, el método de tarifación estará definido en las condiciones particulares de la póliza.

Sección 19. Pago de la Prima

El TOMADOR es responsable por el pago de la o las primas del seguro. El pago de la prima (o de su primer instalamento, en caso de pago fraccionado) es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, el TOMADOR deberá pagar la prima a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.



Colsanitas Seguros tendrá derecho a deducir de la indemnización, las primas o cuotas pendientes de pago, hasta concurrencia del valor de la anualidad respectiva pendiente de pago.

Sección 20. Fraccionamiento de Primas

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas por el TOMADOR o ASEGURADO, según se trate, en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, conforme lo establecido en la caratula de la presente póliza de seguros. Colsanitas Seguros compensa esa facilidad de realizar el pago de la prima con carácter mensual, trimestral o semestral recargando la prima en el denominado “recargo por fraccionamiento”.

Sección 21. Falta de Pago de la Prima del Seguro

En caso de que el valor de las primas del seguro no sea pagado conforme los términos y plazos establecidos por Colsanitas Seguros, se producirá la terminación automática del contrato y Colsanitas Seguros quedará exonerada de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho periodo.



Artículo V. VIGENCIA DEL SEGURO

Sección 22. Inicio de la Vigencia

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia técnica, siempre y cuando no sea revocado. Las partes podrán acordar que la póliza se renueve automáticamente mediante la inclusión de una condición particular.

La vigencia técnica del presente seguro comenzará a correr a partir de la hora veinticuatro (24h) (hora legal colombiana) del día en el que se haya realizado el pago de la prima del seguro o de su primera cuota. Excepto para la prima inicial, se concede al TOMADOR un período de gracia de un mes contado a partir de la fecha que para tal efecto se haya señalado en la carátula de la póliza o en la solicitud individual.

Sección 23. Inicio de la Cobertura Individual

Los amparos respecto de cada ASEGURADO sólo entrarán en vigor a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha en que Colsanitas Seguros comunique por escrito al TOMADOR acerca de su aprobación para que dicha persona sea incluida en el Grupo Asegurado. La anterior comunicación escrita será remitida mediante comunicación física al domicilio indicado por el TOMADOR y/o al correo electrónico por él informado. Las partes entienden y aceptan que, si dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha en que el TOMADOR haya presentado la solicitud de ingreso de una persona a un Grupo Asegurado, Colsanitas Seguros no ha manifestado su aprobación a dicha solicitud, ésta se considerará como no aprobada.



Sección 24. Terminación del Contrato del Seguro y de las Coberturas Individuales

El presente contrato de seguro y la o las coberturas individuales de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, terminará ocurrida una o varias de las siguientes condiciones:

- a) Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- b) Cuando el ASEGURADO principal fallezca o deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c) Únicamente al momento de la renovación de la póliza, si el Grupo Asegurado es inferior a diez (10) personas.
- d) Respecto del seguro en el que sean ASEGURADOS el cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el ASEGURADO principal deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
- e) Los amparos individuales terminarán cuando el ASEGURADO supere la edad límite de permanencia señalada en la Sección 13 de la presente póliza.
- f) Cada una de las coberturas individuales terminará cuando el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor de la cobertura afectada.
- g) Las demás que estén previstas en el Código de Comercio.

Sección 25. Cobertura Ininterrumpida

Con el fin de conservar la antigüedad adquirida por el ASEGURADO mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados, estos se terminarán de pleno derecho, salvo que las partes hayan acordado que su respectiva póliza se renueve automáticamente.

Sección 26. Revocación del Contrato de Seguro

Al TOMADOR o ASEGURADO principal, según se trate, le asiste el derecho de revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a Colsanitas Seguros. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir del día calendario inmediatamente



siguiente a la fecha de recibo de tal aviso por parte de Colsanitas Seguros. En caso de revocación del seguro, Colsanitas Seguros devolverá al TOMADOR la prima no devengada, cuando haya lugar. En caso de que la revocación sea de parte del TOMADOR, el reintegro de la prima no devengada se hará teniendo en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

El hecho de que la Colsanitas Seguros reciba suma alguna después de la fecha de revocación correspondiente al pago de primas pendientes, no hará perder los efectos a dicha revocación. El contrato de seguro quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por la Colsanitas Seguros o en la fecha especificada por el TOMADOR para su terminación, la que ocurra más tarde. Iguales efectos se aplicarán cuando la revocación provenga de cualquier ASEGURADO en cuanto a su cobertura individual.

En los supuestos de revocación del contrato de seguro, la compañía no realizará devolución alguna de los gastos incurridos para la expedición de las pólizas en ningún caso.



Artículo VI. AVISO DE SINIESTRO

Sección 27. Reclamación

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el TOMADOR, o el ASEGURADO o el(los) BENEFICIARIO(S), según el caso, deberán dar aviso a la Colsanitas Seguros acerca de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El ASEGURADO, a petición de Colsanitas Seguros, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro a Colsanitas Seguros. En caso de incumplimiento de esta obligación, Colsanitas Seguros podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

El ASEGURADO y/o sus BENEFICIARIOS(S) se comprometen con Colsanitas Seguros a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación.

Sección 28. Pago del Siniestro

Colsanitas Seguros pagará al ASEGURADO, cuando es el mismo beneficiario, o a él o los BENEFICIARIOS DESIGNADOS O LOS DE LEY, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro. Corresponderá al ASEGURADO demostrar la ocurrencia del siniestro, conforme lo señalado en el Art. 1077 del Código de Comercio.

Sección 29. Pérdida del Derecho de Indemnización

El ASEGURADO o los BENEFICIARIOS, según se trate, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ésta se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o



dolosos para engañar o inducir a error a Colsanitas Seguros respecto de la ocurrencia de un siniestro amparable en virtud de la presente póliza.

Artículo VII. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Sección 30. Declaraciones Inexactas o Reticentes

El TOMADOR y los ASEGURADOS individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por Colsanitas Seguros antes de la celebración del contrato de seguro o con la solicitud de ingreso a este. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Colsanitas Seguros, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad que trata la Sección 14 de este contrato.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO individualmente considerado, el contrato no será nulo, pero Colsanitas Seguros solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo. Las sanciones anteriores no son aplicables si Colsanitas Seguros, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente, de conformidad con lo establecido en el Art. 1058 del Código de Comercio.



Sección 31. Irreductibilidad

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Sección 32. Convertibilidad

Los ASEGURADOS menores de 79 años y 364 días que revoquen su seguro o que por causa distinta de la ocurrencia de un siniestro, dejen de pertenecer al Grupo Asegurado después de permanecer en éste Grupo por lo menos durante un (1) 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, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a la Compañía.

Dicha solicitud debe ser infirmada a Colsanitas Seguros dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que deje permanecer al Grupo Asegurado

La cobertura que se expida se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan 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.

Si el ASEGURADO fallece dentro del plazo arriba indicado para solicitar la Póliza Individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

Sección 32. Causalidad

En caso de inexactitud o reticencia del tomador y/o asegurado, la Compañía aplicará las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio y concordantes, respetando el principio de causalidad, es decir, solo se aplicarán tales sanciones en aquellos casos en que la afectación del amparo contratado se produzca por casos relacionados directamente con los hechos materia de inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad.



Sección 33. Responsabilidad de la Compañía

Colsanitas Seguros limitará su responsabilidad cuando por un mismo ASEGURADO se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el seguro. En el evento de superar dicho límite de valor asegurado, en caso de siniestro, Colsanitas Seguros indemnizará hasta la concurrencia de la cuantía de dicho límite y devolverá las primas pagadas por los valores asegurados en exceso del mismo, debidamente actualizadas conforme el índice de precios al consumidor (IPC).

Sección 36. Definiciones

Para todos los efectos de los amparos contenidos en las presentes condiciones generales se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Accidente:** se entiende el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas. Incluye homicidio y terrorismo, siempre y cuando el asegurado no sea sujeto activo del mismo.
- **Asegurado:** persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro y quién deberá aceptar expresamente el mismo.
- **Asegurador:** es la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada con arreglo a las leyes y reglamentos, en este caso Colsanitas Seguros
- **Beneficiario:** persona o personas a quien el asegurado reconoce el derecho a percibir el pago del valor contratado en la póliza en la cuantía y/o porcentaje en que se designe. El beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado, o a título oneroso.
- **Cálculo de la prima:** la prima se calcula con base en la nota técnica de la póliza y bajo los parámetros técnicos fijados por la superintendencia financiera, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, amparos adicionales contratados, su estado de salud, el



monto asegurado individual y la ocupación individual de sus integrantes.

- **Cirugía ambulatoria:** es todo tratamiento quirúrgico realizado en el quirófano de un hospital o clínica, que no requiera hospitalización.
- **Evento:** comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los asegurados, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí.
- **Enfermedad:** es la alteración de la salud, según diagnóstico médico.
- **EPS:** entidad promotora de salud.
- **Grupo asegurable:** es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro de vida.
- **Hospitalización:** es la permanencia en una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.
- **Hospital o clínica:** es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.
- **Inhabilitación y/o pérdida:** Se entiende por inhabilitación la pérdida funcional total y definitiva de un miembro. Tomador: se entiende por tomador la persona natural o jurídica que contrata el seguro, y es responsable del pago de las primas.
- **IPS:** institución prestadora de servicios de salud.
- **PBS:** plan de beneficios en salud.
- **Periodo de espera:** para los efectos del anexo de la cobertura de renta clínica diaria, el periodo de espera corresponde al plazo durante el cual el asegurado debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.
- **Pvs:** planes voluntarios de salud, tales como medicina prepagada, pólizas de salud o planes complementarios de salud.



Sección 37. Comunicaciones y Notificaciones

Las Partes declaran las direcciones en donde pueden ser notificadas judicialmente o recibir correspondencia, comunicaciones, avisos y notificaciones relacionadas con el Contrato:

Por parte de la Compañía, Dirección de notificación: Cl 100 No. 11 B 67

Correo electrónico de notificación: notificajudiciales@keralty.com

Por parte del TOMADOR y/o ASEGURADO PRINCIPAL: Aquella informada en la caratula y/o anexos de la póliza

En todo caso, cualquier notificación que hacerse entre las Partes deberá surtir por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario, y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida. De igual forma, queda acordado que la notificación podrá ser realizada por Colsanitas Seguros, con la publicación de un aviso de prensa en un medio de amplia circulación.

Sección 38. Anexos

Hacen parte integral de la presente póliza, la o las solicitudes del seguro firmada por el TOMADOR y/o por los ASEGURADOS, y los anexos que se expidan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar el contrato de seguro.

Sección 39. Legislación Aplicable y Solución de Controversias

El presente Contrato se regirá por la ley colombiana. Cualquier disputa en relación con la interpretación y ejecución del Contrato, se podrá dirimir directamente por las Partes, a través de los mecanismos alternativos de solución de controversias de conciliación extrajudicial en derecho. Agotado el anterior procedimiento, el conflicto o controversia será sometida a la jurisdicción colombiana.



Sección 40. Defensor del Consumidor Financiero

Cuando lo considere necesario, el Asegurado, en su calidad de consumidor financiero, podrá acudir al Defensor del Consumidor Financiero. Para lo anterior, deberán tenerse en cuenta los siguientes datos de contacto:

Línea de servicio al cliente: Bogotá (601) 7398939 - Nacional 018000 931011
Defensoría del Consumidor Financiero: Camila A. Ustoria (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente) Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C.
- Tel: 6016108164 Lun-Vie 8:00 AM a 6:00 PM- Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrc.com

Sección 41. Líneas de atención

Para tramitar cualquier solicitud, queja o reclamo, el Asegurado podrá comunicarse a las líneas de servicio al cliente. En Bogotá a la línea (601) 7398939 y a nivel nacional a la línea 018000 931011

Sección 42. 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 D.C., República de Colombia.

