



**CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE
ACCIDENTES PERSONALES COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.**

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I

02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000

Contenido

ADVERTENCIAS PRELIMINARES.....	4
Artículo I. AMPAROS	5
Sección 1.01 AMPARO BÁSICO – MUERTE ACCIDENTAL.....	5
Sección 1.02 AMPAROS ADICIONALES.....	5
a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE:	5
b) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:	7
c) DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.....	7
d) ENFERMEDADES GRAVES.....	8
e) HOMICIDIO	15
f) RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.....	15
g) INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD 15	
h) AUXILIO FUNERARIO	16
i) AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE ACCIDENTAL.....	17
j) AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	17
Artículo II. EXCLUSIONES	17
Sección 2.01 EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS.....	17
Sección 2.02 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	19
Sección 2.03 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.....	19
Artículo III. PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO	22
Sección 3.01 Tomador del seguro.....	22
Sección 3.03 Designación de Beneficiarios	22
Sección 3.04 Requisitos de Asegurabilidad.....	23
Sección 3.05 Edades de ingreso y de Permanencia	24

Artículo IV. PRIMA DEL SEGURO	26
Sección 4.01 Valor asegurado	26
Sección 4.02 Pago de la Prima	26
Sección 4.03 Fraccionamiento de la Prima	26
Sección 4.04 Falta de Pago en la Prima de Seguro	26
Artículo V. VIGENCIA DEL SEGURO	26
Sección 5.01 Inicio de la vigencia	26
Sección 5.02 Inicio de la Cobertura Individual	27
Sección 5.03 Terminación del Contrato de Seguro y de las Coberturas Individuales	27
Sección 5.04 Cobertura ininterrumpida	28
Sección 5.05 Revocación del Contrato de Seguro	28
Artículo VI. AVISO DE SINIESTRO	29
Sección 6.01 Aviso del Siniestro	29
Sección 6.02 Pago de la indemnización	29
Sección 6.03 Pérdida del Derecho de Indemnización	29
Artículo VII. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO	30
Sección 7.01 Declaraciones inexactas o reticentes	30
Sección 7.02 Modificaciones al contrato	30
Sección 7.03 Comunicaciones y Notificaciones	31
Sección 7.04 Anexos	31
Sección 7.05 Legislación Aplicable y Solución de Controversias	31
Sección 7.06 Defensor del Consumidor Financiero	31
Sección 7.07 Canales de atención	32
Sección 7.08 Domicilio	32



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A.

ADVERTENCIAS PRELIMINARES

COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A., que en adelante se denominará la “COMPAÑÍA” en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “TOMADOR” y a las solicitudes individuales del ASEGURADO, 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 ASEGURADO, los formularios 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.

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

EL TOMADOR DEBERÁ LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO Y ALCANCE DE LA O LAS COBERTURAS CONTRATADAS MEDIANTE EL SEGURO, ASÍ COMO DE LAS EXCLUSIONES Y GARANTÍAS DE ESTE, 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 INQUETUD PODRÁ FORMULARLA A TRAVÉS DE LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS O POR LOS CANALES DE ATENCIÓN DISPUESTOS POR LA ASEGURADORA.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

Artículo I. AMPAROS

Sección 1.01 AMPARO BÁSICO – MUERTE ACCIDENTAL

EL AMPARO BÁSICO DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE LA COMPAÑÍA ES EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA Y DEFINIDO EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES. EN LOS ANTERIORES EVENTOS LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DEL ACCIDENTE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EL FALLECIMIENTO SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO SE ENTIENDE POR “ACCIDENTE” TODO HECHO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS AL ASEGURADO, QUE LE PRODUZCA UNA LESIÓN CORPORAL QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA LA MUERTE DEL ASEGURADO. NO SE CONSIDERARÁN ACCIDENTES CUBIERTOS AQUELLOS ENUMERADOS EN EL ARTICULO SEGUNDO DE LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES, QUE HACEN REFERENCIA A LAS EXCLUSIONES.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR MUERTE ACCIDENTAL LA CESACIÓN O TERMINACIÓN DE LA VIDA, POR UN HECHO IMPREVISTO, OCASIONAL, VIOLENTO, SÚBITO, EXTERNO, VISIBLE, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, COMPROBABLE POR LOS MEDIOS LEGALMENTE ADMISIBLES.

Sección 1.02 AMPAROS ADICIONALES

a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE:

SI EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y OCURRIDO DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, IGUAL O SUPERIOR AL 50%, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SE ESTABLEZCA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y MUERTE ACCIDENTAL SON INDEPENDIENTES Y SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE AMBOS SEAN CONTRATADOS. DE IGUAL FORMA, EL AMPARO DE ITP POR ACCIDENTE ES INDEPENDIENTE DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, POR LO QUE SUS VALORES ASEGURADOS SON ACUMULABLES CUANDO EL ASEGURADO CONTRATE AMBOS AMPAROS.

EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE CALCULARÁ CON EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE A LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA CORRESPONDIENTE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) CUANDO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA SE PRODUZCA DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO. LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEBE PERSISTIR POR UN PERIODO NO INFERIOR A 120 DÍAS COMUNES Y EL ASEGURADO DEBE SOBREVIVIR POR LO MENOS 30 DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DE LA PÉRDIDA.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CALIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS POR EL GOBIERNO Y DEBERÁ TENER COMO BASE EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

EN CASO DE DISCONFORMIDAD CON LA CALIFICACIÓN, LA INVALIDEZ PODRÁ SER DEMOSTRADA MEDIANTE DICTAMEN EMITIDO POR LAS ENTIDADES HABILITADAS PARA ELLO: EPS, ARL, AFP O LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ. EN ESTE CASO, LOS GASTOS DERIVADOS DE ESTE NUEVO DICTAMEN SERÁN ASUMIDOS POR LA PARTE QUE LO SOLICITE (EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA).

b) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

EN EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO REQUIERA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ LOS GASTOS CORRESPONDIENTES A SU ATENCIÓN HASTA POR UN MONTO NO SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO PARA LA COBERTURA, POR LO CUAL LAS INDEMNIZACIONES QUE LA COMPAÑÍA HAGA POR ESTE CONCEPTO REDUCEN EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO DURANTE LA VIGENCIA. ASIMISMO, ES CONDICIÓN DE ESTE AMPARO QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS HAYAN SIDO PRESTADOS DENTRO DE LOS CIENTO (100) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE.

SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS OBJETO DE COBERTURA POR ESTE AMPARO:

1. HONORARIOS MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS
2. ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN EN CLÍNICA U HOSPITAL
3. MEDICAMENTOS
4. LÍQUIDOS ENDOVENOSOS, CÁNULAS, SONDAS, SANGRE, PLASMA Y SUS DERIVADOS
5. SALA DE CIRUGÍA Y ANESTESIA
6. MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, PRÓTESIS, EXÁMENES DE LABORATORIO, RAYOS EQUIS, ECOGRAFÍAS, ESCANOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, VENDAJES DE ALGODÓN O TELA, VENDAS DE YESO, CABESTRILLOS, COLLARES CERVICALES, FÉRULAS METÁLICAS PARA DEDOS, TOBILLERAS BLANDAS, RODILLERAS BLANDAS, MUÑEQUERAS BLANDAS, SERVICIOS DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA, AMBULANCIA, Y ALQUILER DE MULETAS, SILLA DE RUEDAS Y CAMINADOR.

c) DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA CUBRIRÁ LOS GASTOS DE LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA, QUIRÚRGICA O LA INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO LESIONADO ACCIDENTALMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, Y NO EXCLUIDO POR ELLA, QUE

SE PRODUZCA DE MANERA INSTANTÁNEA O DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

EN CASO DE PRODUCIRSE 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 EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, SEGÚN LA TABLA NO. 1, ADJUNTA AL FINAL DE ESTE DOCUMENTO.

EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL CUENTA CON UN VALOR ASEGURADO INDEPENDIENTE DEL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL, POR LO QUE SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE EL AMPARO SEA CONTRATADO. DE LA MISMA MANERA, LOS AMPAROS DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE SON INDEPENDIENTES Y SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE AMBOS SEAN CONTRATADOS.

d) ENFERMEDADES GRAVES

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO, POR PRIMERA VEZ, DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN CUANDO SE HAYAN CUMPLIDO, CUANDO MENOS, NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO. EL PERIODO DE CARENCIA MENCIONADO SÓLO SE APLICARÁ EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE CADA ASEGURADO EN EL AMPARO

1.	CÁNCER	<p>SE ENTIENDE QUE EL PRESENTE AMPARO CUBRE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:</p> <p>CÁNCER: TUMOR MALIGNO, DURO O ULCEROSO, CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO NO CONTROLADO Y ESPARCIMIENTO DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDO. ESTA DEFINICIÓN INCLUYE TAMBIÉN LEUCEMIA Y ENFERMEDADES MALIGNAS DEL SISTEMA LINFÁTICO COMO, POR EJEMPLO, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN</p>
----	---------------	---

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

		DIFERENTE AL ESTADIO I.
2.	ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	<p>SE ENTIENDE QUE EL PRESENTE AMPARO CUBRE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:</p> <p>a. 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. PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REQUIERE QUE LA COMPAÑÍA PUEDA TENER ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. LA RECLAMACIÓN SE PODRÁ PRESENTAR DESDE EL MOMENTO EN QUE SE TENGA EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN LA DEFINICIÓN DADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO</p>
3.	INSUFICIENCIA RENAL	ESTE AMPARO CUBRE LA FALLA TOTAL CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS

		RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LAS CUAL SE DEBA EFECTUAR TRASPLANTE O DIÁLISIS RENAL, EN FORMA REGULAR DURANTE TRES (3) MESES COMO MÍNIMO.
4.	INFARTO DEL MIOCARDIO	ESTE AMPARO CUBRE LA 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: <ul style="list-style-type: none"> a. DOLOR DE PECHO TÍPICO; b. NUEVO Y RELEVANTES CAMBIOS EN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG); c. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
5.	CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA (BYPASS)	ESTE AMPARO CUBRE LA CIRUGIA 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).
6.	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	ESTE AMPARO CUBRE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE SIEMPRE QUE MEDIE DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN NEURÓLOGO ESPECIALISTA QUE CONFIRME MÁS DE UN EPISODIO DE DÉFICIT NEUROLÓGICO BIEN DEFINIDO, CON SÍNTOMAS PERSISTENTES 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. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER

		<p>CONFIRMADO POR TÉCNICAS MODERNAS DE IMÁGENES CUMPLIDOS LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO Y SE EXIGE QUE EL PRIMER EPISODIO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO. PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REQUIERE QUE LA COMPAÑÍA TENGA ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. LA RECLAMACIÓN SE PODRÁ PRESENTAR DESDE EL MOMENTO EN QUE SE TENGA EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN LA DEFINICIÓN DADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO.</p>
7.	QUEMADURAS GRAVES	<p>ESTE AMPARO CUBRE LAS QUEMADURAS DE TERCER (3^{ER}) 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.</p>
8.	ANEMIA APLÁSICA	<p>EL PRESENTE AMPARO CUBRE LA ANEMIA APLÁSICA CUANDO EXISTA 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TRASFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE; b. ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA; c. AGENTES INMUNOSUPRESORES;

		d. TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.
9.	CIRUGÍA ENFERMEDAD DE LA AORTA DE LA	EL PRESENTE AMPARO CUBRE LA 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 DE	<p>PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES 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. LA COMPAÑÍA CONCEDERÁ EL BENEFICIO INDICADO EN ESTE APARTE CUANDO EL ASEGURADO DEBA SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. HÍGADO; b. PÁNCREAS; c. CORAZÓN; d. MÉDULA ÓSEA; e. PULMÓN; f. INTESTINO DELGADO. <p>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</p>

		TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, DE LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN EL PAÍS.
11.	ALZHEIMER	EL PRESENTE AMPARO CUBRIRÁ EL ALZHEIMER CUANDO HAYA DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE SENIL), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO).
12.	PARKINSON	EL PRESENTE AMPARO CUBRIRÁ EL PARKINSON SIEMPRE QUE EXISTA DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
13.	ESTADO DE COMA	<p>PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, SE ENTIENDE POR ESTADO DE COMA COMO EL 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.</p> <p>POR OTRO LADO, EL PRESENTE AMPARO CUBRIRÁ EL ESTADO DE COMA SIEMPRE QUE HAYA DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA.</p>
14.	TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA	EL PRESENTE AMPARO CUBRE EL TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON

		<p>TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, SIEMPRE QUE ESTE SEA CONFORMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TESTS NEURORADIOLÓGICOS (TAC O RNM DE CEREBRO). ADICIONALMENTE, PARA QUE EXISTA COBERTURA SE REQUIERE QUE EL TRAUMA PROVOQUE UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA DESARROLLAR DE MANERA INDEPENDIENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.</p>
--	--	--

PARÁGRAFO: DEFINICIÓN DE “ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA”. PARA TODOS LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA LAS SIGUIENTES: (I) HIGIENE PERSONAL. USO DEL BAÑO, DUCHA O LAVATORIO; (II) VESTIRSE Y DESVESTIRSE. PONERSE O QUITARSE TODAS LAS PRENDAS POR SÍ SOLO O SIN LA NECESARIA ASISTENCIA Y/O INTERVENCIÓN DE OTRAS PERSONAS O DISPOSITIVOS MECÁNICOS; (III) MOVILIDAD. TRASLADARSE O DESPLAZARSE DE UN LADO A OTRO DE LA MISMA HABITACIÓN, SENTARSE O LEVANTARSE DE UNA SILLA, RECOSTARSE O INCORPORARSE EN UNA CAMA POR SÍ MISMO O SIN LA NECESARIA INTERVENCIÓN Y/O ASISTENCIA DE OTRAS PERSONAS; (IV) CONTINENCIA. CONTROL VOLUNTARIO DE LA EXCRECIÓN INTESTINAL O DE LA VEJIGA; Y/O (V) ALIMENTACIÓN. INGESTA DE ALIMENTOS PREPARADOS.

ESTE AMPARO CUENTA CON UN VALOR ASEGURADO INDEPENDIENTE DEL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL POR LO QUE SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE EL AMPARO SEA CONTRATADO.

LOS AMPAROS DE ENFERMEDADES GRAVES E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE SON INDEPENDIENTES Y SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE AMBOS SEAN CONTRATADOS. DE IGUAL FORMA, EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES ES INDEPENDIENTE DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

ACCIDENTAL, POR LO QUE SUS VALORES ASEGURADOS SON ACUMULABLES CUANDO EL ASEGURADO CONTRATE AMBOS AMPAROS.

e) **HOMICIDIO**

COMO CONSECUENCIA DE LA MUERTE DEL ASEGURADO OCASIONADA POR UN HOMICIDIO O ASESINATO SE INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS CON UN MONTO IGUAL AL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA DE SEGUROS.

LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE MUERTE POR HOMICIDIO ES INDEPENDIENTE DE LOS AMPAROS DE ITP POR ACCIDENTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL POR LO QUE SU VALOR ASEGURADO ES ACUMULABLE, EN LOS CASOS EN QUE SE CONTRATEN DICHOS AMPAROS.

f) **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

EN CASO DE UNA RECLUSIÓN EN UN HOSPITAL O CLÍNICA, BAJO CUIDADO DE PERSONAL MÉDICO, LA COMPAÑÍA 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. 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 CONTINUOS POR EVENTO. ASÍ MISMO, SE ESTABLECE EN DOS EVENTOS POR AÑO ASEGURADO EL LÍMITE DE COBERTURA.

g) **INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

SI COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES CAUSADAS POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO PRESENTA UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO (CUOTAS MENSUALES) PARA ESTE AMPARO POR EL PERIODO QUE DURE DICHA

INCAPACIDAD Y DE ACUERDO CON LA TABLA GUÍA DE INCAPACIDADES (TABLA NO. 2) QUE HACE PARTE DE LA PÓLIZA, SIN EXCEDER LOS NOVENTA (90) DÍAS, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE GENERA LA INCAPACIDAD TEMPORAL OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE HUBIERA CONTRATADO ESTA COBERTURA.

SI LA LESIÓN O ENFERMEDAD NO SE ENCUENTRA CONTEMPLADA EN LA TABLA GUÍA DE INCAPACIDADES, LA SUMA A PAGAR SERÁ IGUAL A LA INDICADA PARA LA INCAPACIDAD QUE PUEDA SER MÁS SIMILAR. EN CUALQUIER CASO, SE RESALTA QUE LA TABLA PRESENTADA ES UNA GUÍA DE REFERENCIA; LOS DÍAS DE INCAPACIDAD PARA CADA EVENTO SERÁN DEFINIDOS, DE COMÚN ACUERDO, POR EL MÉDICO ENCARGADO DEL TRATAMIENTO Y EL MÉDICO DE SEGUROS COLSANITAS S.A. EN LOS CASOS EN QUE NO EXISTA ACUERDO SOBRE UNA INCAPACIDAD, SE SOMETERÁ A REVISIÓN POR PARTE DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA RESPECTIVA.

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO SE PAGARÁ DESDE EL TERCER (3) DÍA DE INCAPACIDAD Y SE REQUIERE QUE LA ITT OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE Y SEA EMITIDA POR LA EPS O ARL A LA QUE PERTENEZCA EL ASEGURADO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO CAUSADAS POR EL ASEGURADO, QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LAS OCUPACIONES O EMPLEOS REMUNERADOS A LOS QUE PUDIERA ACCEDER SEGÚN SU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA.

h) AUXILIO FUNERARIO

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO FALLECE COMO RESULTADO DE UN EVENTO AMPARADO POR ESTE CONTRATO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL AUXILIO FUNERARIO POR EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

- i) **AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE ACCIDENTAL**
SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA Y DEFINIDO EN EL CONDICIONADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE ACCIDENTAL, SIEMPRE QUE LA FECHA DEL ACCIDENTE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EL FALLECIMIENTO SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.
- j) **AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**
SI EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y OCURRIDO DENTRO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, IGUAL O SUPERIOR AL 50%, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

Artículo II. EXCLUSIONES

Sección 2.01 EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS CUANDO OCURRAN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1. SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIÓN AUTOINFLIGIDA O ACCIDENTE DELIBERADO, ESTÉ O NO EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
2. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS PROFESIONALES Y EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDADES CATALOGADAS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO AUTOMOVILISMO, CONDUCCIÓN MOTOS, KARTING, PRÁCTICA DE 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.
3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS, PELEAS, COMBATES CUERPO A CUERPO (CON USO O NO DE ARMAS BLANCAS, CORTANTES, CONTUNDENTES, Y/O ARMAS DE FUEGO).
 4. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO EVENTOS O ACCIDENTES DERIVADOS DEL DESARROLLO DE ACTOS DELICTIVOS.
 5. CUANDO LA CAUSA DEL SINIESTRO SE ORIGINE EN ENFERMEDADES PREEXISTENTES NO DECLARADAS.
 6. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
 7. EVENTOS EN LOS QUE EL ACCIDENTE SOBRE EL ASEGURADO SEAN CONSECUENCIA DE LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES Y/O ALUCINÓGENOS.
 8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN AÉREA, SALVO EN LOS CASOS EN QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
 9. ACCIDENTES O EVENTOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
 10. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
 11. GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, AMOTINAMIENTO, MOTÍN, SUBLEVACIÓN, HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA CIVIL, ACTOS TERRORISTAS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, CONSPIRACIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, PODER MILITAR USURPADO. ADEMÁS, SE EXCLUYEN SINIESTROS DEBIDOS A CUALQUIER CAUSA QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O EL MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL O ESTADO DE SITIO.
 12. DESASTRES NATURALES.

Sección 2.02 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA SI EL ACCIDENTE ES CAUSADO POR:

1. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA U ORTOPÉDICA, SALVO LAS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y AMPARADO BAJO LA MISMA
2. TRATAMIENTOS, CIRUGÍAS Y, EN GENERAL, CUALQUIER TIPO DE MANEJO DE ORIGEN DENTAL, ODONTOLÓGICO O GINGIVAL, ASÍ COMO CUALQUIER TRATAMIENTO RECONSTRUCTIVO DENTAL, AUNQUE HAYA SIDO OCASIONADO POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA
3. SUMINISTRO O REPARACIÓN DE LENTES, ANTEOJOS, PRÓTESIS O APARATOS ORTOPÉDICOS COMO MULETAS, AUDÍFONOS, SILLAS DE RUEDAS O SIMILARES
4. GASTOS DEL DONANTE EN CASO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ASÍ COMO EL COSTO DEL ÓRGANO A TRASPLANTAR
5. CUALQUIER GASTO MÉDICO QUE NO SEA CAUSADO O NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA

Sección 2.03 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO LA ENFERMEDAD GRAVE SEA CAUSADA POR:

1. 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
2. TUMORES QUE NO MUESTREN LOS CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA-IN SITU Y TUMORES QUE SEAN DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO PRE MALIGNOS O NO INVASIVOS, INCLUYENDO CARCINOMA-IN-SITU DE MAMA, DISPLASIA CERVICAL

EN CUALQUIER ESTADIO, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) Y CONDILOMAS PLANOS

3. TUMORES BENIGNOS DE PRÓSTATA
4. 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
5. LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI
6. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS
7. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR PRODUCIDA POR LOS MISMOS TIPOS DE VIRUS CAUSANTES DEL SIDA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN
8. 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
9. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN
10. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O DIAGNÓSTICO QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.
11. EN RELACIÓN CON LA CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA, SE EXCLUYEN LA ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS.
12. EN RELACIÓN CON LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE, LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN CUANDO EL PRIMER EPISODIO HAYA TENIDO LUGAR ANTES DE LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE HAGA EFECTIVO EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.
13. CUANDO EL PARKINSON HAYA SIDO OCASIONADO POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS.

14. CUANDO EL ESTADO DE COMA HAYA SIDO OCASIONADO POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS.

Sección 2.04 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE RENTAS DIARIAS POR HOSPITALIZACIÓN

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA SE ABSTENDRÁ DE RECONOCER Y PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR ESTE AMPARO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA
2. 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
3. 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
4. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS POR ABUSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O ESTUPEFACIENTES CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA
5. 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
6. CIRUGÍAS PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS
7. 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
8. EVALUACIONES MÉDICAS Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA CHEQUEO GENERAL Y/O EJECUTIVO, EXÁMENES DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS Y HOSPITALIZACIONES PARA ESTUDIO

9. 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
10. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

Artículo III. PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO

Sección 3.01 Tomador del seguro

Para los efectos de la presente póliza, el TOMADOR es la persona natural o jurídica que contrata un seguro por cuenta propia y/o de terceros, con el propósito de asegurarlo a él o a otras personas naturales. Asimismo, el TOMADOR será el responsable del pago de la prima. La identidad e identificación del TOMADOR se indicará en la carátula de la póliza.

Parágrafo: Si en la misma persona concurren las calidades de TOMADOR y ASEGURADO, esa persona será entendida como ASEGURADO Principal; de lo contrario, tendrá la calidad de ASEGURADO aquel que el TOMADOR indique.

Sección 3.02 Asegurado y Grupo Asegurado

ASEGURADO significa la persona individualmente considerada que hace parte de un Grupo Asegurado y cuyos riesgos se encuentran cubiertos por esta póliza.

Por Grupo Asegurado se entiende como el grupo constituido por un conjunto 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 se podrá otorgar el seguro a aquellos que, aunque carecen de personería jurídica, pueden contar con la condición de Grupo Asegurable.

La COMPAÑÍA también expedirá pólizas bajo la modalidad individual.

Sección 3.03 Designación de Beneficiarios

El o los BENEFICIARIOS del seguro podrán ser a título gratuito o a título oneroso.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D001	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--



Cuando el o los BENEFICIARIOS sean a título gratuito, el ASEGURADO podrá excluirlo y/o reincorporarlo en 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 la COMPAÑÍA.

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 la COMPAÑÍA, 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 3.04 Requisitos de Asegurabilidad

El ASEGURADO principal que solicite una póliza individual, o su inclusión o la de sus asegurados en el Grupo Asegurable, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que tenga establecido o establezca la COMPAÑÍA, 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.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

La ASEGURADORA se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, así como de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias para cada caso en concreto.

Sección 3.05 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:

Cobertura	Edad de Ingreso		Permanencia
	Mínima	Máxima	
Amparo Básico Muerte Accidental	18 Años (cumplidos)	64 Años y 364 días (cumplidos)	Mientras el ASEGURADO permanezca en el Grupo Asegurado o hasta el término de la vigencia (anualidad) en que éste cumpla 69 años y 364 días de edad.
Amparos Adicionales	18 Años (cumplidos)	64 Años y 364 días (cumplidos)	Mientras el ASEGURADO permanezca en el Grupo Asegurado o hasta el término de la vigencia (anualidad) en que éste cumpla 69 años y 364 días de

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

			edad.
--	--	--	-------

Sección 3.06 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 de la COMPAÑÍA, 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 la COMPAÑÍA; y
- c. Si la edad verdadera del ASEGURADO es menor, 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.

Sección 3.07 Edades desconocidas

Si la COMPAÑÍA desconoce la edad de alguno de los ASEGURADOS incluidos en la póliza, les asignará la Prima de Riesgo correspondiente a los asegurados de 40 años. La determinación de esta edad corresponde al promedio de edad observado en los usuarios afiliados al Plan Integral de la Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A., utilizado como referencia para la población objetivo de la compañía, para el año 2019.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--



Artículo IV. PRIMA DEL SEGURO

Sección 4.01 Valor asegurado

Es el valor máximo por cubrir por parte de la COMPAÑÍA durante la vigencia de la póliza, y está determinado por las coberturas o amparos que el TOMADOR escoja al momento de celebrar el contrato. El valor asegurado por cobertura será el definido en la carátula de la póliza.

Sección 4.02 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.

Para la modalidad individual, la COMPAÑÍA 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 4.03 Fraccionamiento de la Prima

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas por TOMADOR o ASEGURADO, según se trate, en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, conforme lo establecido en la carátula de la presente póliza de seguros.

Sección 4.04 Falta de Pago en la Prima de Seguro

EN CASO DE QUE EL VALOR DE LAS PRIMAS DEL SEGURO NO SEA PAGADO CONFORME A LOS TÉRMINOS Y PLAZOS ESTABLECIDOS CON LA COMPAÑÍA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y LA COMPAÑÍA QUEDARÁ EXONERADA DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PERIODO.

Artículo V. VIGENCIA DEL SEGURO

Sección 5.01 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 por las partes. Las partes podrán acordar que la póliza se renueve automáticamente mediante la inclusión de una condición particular.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D001	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--



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.

Sección 5.02 Inicio de la Cobertura Individual

Los amparos respecto de los ASEGURADOS que hagan parte del Grupo Asegurado, sólo entrarán en vigor a partir del día calendario inmediatamente siguiente a la fecha en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al TOMADOR o ASEGURADO Principal acerca de la aprobación de la inclusión del solicitante dentro del Grupo Asegurado. La anterior comunicación escrita será remitida mediante comunicación física a la dirección indicada 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 o ASEGURADO Principal haya presentado la solicitud de ingreso de una persona a un Grupo Asegurado, la COMPAÑÍA no ha manifestado su aprobación a dicha solicitud, ésta se considerará como no aprobada.

Sección 5.03 Terminación del Contrato de 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:

1. Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
2. Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al Grupo Asegurado.
3. Cuando al momento de la renovación de la póliza el Grupo Asegurado sea inferior a cinco (5) personas, en el caso de pólizas colectivas
4. Sea revocado el seguro por alguna de las partes.
5. 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.
6. Para cada uno de los amparos cuando el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.
7. Por las demás causales contempladas en el Código de Comercio.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

Sección 5.04 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 5.05 Revocación del Contrato de Seguro

El presente seguro podrá ser revocado unilateralmente por (i) el ASEGURADO Principal o TOMADOR en cualquier momento antes del término mencionado en la Sección 5.01 de esta póliza, mediante aviso escrito remitido a la COMPAÑÍA. 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 la COMPAÑÍA; o (ii) por la COMPAÑÍA mediante aviso escrito dirigido al TOMADOR o al ASEGURADO Principal a su última dirección física conocida o al correo electrónico registrado por el TOMADOR o el ASEGURADO Principal con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la terminación, contados a partir de la fecha de envío.

En caso de revocación por la COMPAÑÍA, ésta devolverá al TOMADOR o al ASEGURADO Principal la prima no devengada desde la fecha de revocación. En caso de que la revocación sea de parte del TOMADOR o del ASEGURADO Principal, la COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada desde la fecha de revocación teniendo en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo, la cual será equivalente a (i) la parte de la prima comercial correspondiente a la proporción de la vigencia transcurrida del seguro hasta la fecha de su revocación, descontados los gastos expedición, más (ii) un recargo equivalente al diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre la parte de la prima que se refiere el numeral (i) anterior y la prima comercial establecida para la vigencia anual del seguro, descontados los gastos de expedición.

El hecho de que la COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación correspondiente al pago de primas pendientes, no hará perder los efectos a dicha revocación. Iguales efectos se aplicarán cuando la revocación provenga de cualquier ASEGURADO en cuanto a su cobertura individual.

En cualquiera de los supuestos de revocación del contrato de seguro, la COMPAÑÍA no reembolsará, los dineros correspondientes a los gastos en los que haya incurrido para la expedición de la o las pólizas revocadas.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

Artículo VI. AVISO DE SINIESTRO

Sección 6.01 Aviso del Siniestro

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el TOMADOR, el ASEGURADO o el(los) BENEFICIARIO(S), según el caso, deberán dar aviso a la COMPAÑÍA 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 está obligado a declarar a la COMPAÑÍA, al dar aviso del siniestro, los seguros coexistentes que tenga contratados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

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

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

Sección 6.02 Pago de la indemnización

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO-beneficiario o a él o los BENEFICIARIOS, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, dentro del mes inmediatamente 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 6.03 Pérdida del Derecho de Indemnización

El ASEGURADO o BENEFICIARIO, 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 la COMPAÑÍA respecto de la ocurrencia de un siniestro amparable en virtud de la presente póliza.

Artículo VII. DISPOSICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Sección 7.01 Declaraciones inexactas o reticentes

El TOMADOR y el ASEGURADO 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 la COMPAÑÍA 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 la COMPAÑÍA, 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 3.06 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 la COMPAÑÍA 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 la COMPAÑÍA, 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. Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Sección 7.02 Modificaciones al contrato

La presente póliza podrá modificarse en cualquier momento durante su vigencia, mediante el acuerdo escrito entre la COMPAÑÍA y el TOMADOR. Las estipulaciones convenidas por escrito entre las partes tendrán la misma validez del contrato impreso, sin embargo, cuando existan contradicciones entre ambos documentos se preferirá la póliza impresa.

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--



Sección 7.03 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: CI 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 la COMPAÑÍA, con la publicación de un aviso de prensa en un medio de amplia circulación.

Sección 7.04 Anexos

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

Sección 7.05 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 ordinaria colombiana.

Sección 7.06 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 lo siguientes datos de contacto:

Línea de servicio al cliente: Bogotá (601) 7398939 - Nacional 018000 931011
Defensoría del Consumidor Financiero: Camila A. Ustáriz (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

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--

Sección 7.07 Canales 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 7.08 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.

[Siguen los Anexos de la póliza]

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	10%

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D001	02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000
--	--



PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	10%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	10%

02/06/2023-1433-P-31-APTRADICIONAL000-D00I

02/06/2023-1433-NT-P-31-APTRADICIONAL000