

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

VISILLADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001

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>

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

A continuación, el tomador – asegurado encontrará las condiciones generales del seguro, las cuales rigen la relación contractual en cuanto a los amparos, exclusiones (cláusula primera), garantías y demás cláusulas del contrato de seguro celebrado. Léalas por favor con atención y detenimiento y, sin perjuicio de la explicación que recibe al momento del ofrecimiento del seguro, no dude en preguntar a la aseguradora o a su intermediario, sobre cualquier inquietud que tenga al respecto:

Compañía de Seguros Colsanitas S.A. que en adelante se denominará “COLSANITAS SEGUROS y el Tomador, han convenido en contratar el presente seguro, con sujeción a estas condiciones generales (que contemplan exclusiones en la cláusula primera) y a las condiciones particulares que se consignan en la carátula de la póliza y/o sus anexos y/o endosos.

Todas las indemnizaciones o pagos que puedan llegar a generarse como consecuencia de un siniestro amparado por cualquiera de las coberturas de esta póliza están sujetas a los límites de suma asegurada y el (los) deducible(s) aplicables indicados en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

Los términos y/o palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de la póliza están definidos bien dentro del texto que describe cada cobertura o en la cláusula segunda de esta póliza y deben ser entendidas de acuerdo con tal definición.

Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y, por lo tanto, deben ser interpretados de acuerdo con el texto que los acompaña.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



Contenido

1. CLÁUSULA PRIMERA. – AMPAROS Y EXCLUSIONES.....	7
1.1. AMPARO BÁSICO - MUERTE ACCIDENTAL:	7
1.2. AMPAROS OPCIONALES:.....	7
1.2.1. MUERTE NO ACCIDENTAL:	7
1.2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE	8
1.2.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ENFERMEDAD	8
1.2.4. INHABILITACIÓN O INVALIDEZ POR ACCIDENTE:	10
1.2.5. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.....	10
1.2.6. AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:.....	10
1.2.7. GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES	14
1.2.8. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL:	15
1.2.9. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE NO ACCIDENTAL:	15
1.2.10. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL:.....	15
1.2.11. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE NO ACCIDENTAL:.....	16
1.2.12. AUXILIO FUNERARIO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE DOCENTES O PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN	16
1.2.13. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	16
1.2.14. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI.....	17
1.2.15. RENTA DIARIA POST-HOSPITALIZACIÓN.....	17
1.2.16. AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE ACCIDENTAL.....	18
1.2.17. AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	18
1.2.18. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POR ACCIDENTE	18
1.2.19. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:	20
1.2.20. GASTOS MÉDICOS POR RIESGO BIOLÓGICO.....	20
1.2.21. GASTOS MÉDICOS POR RIESGO QUÍMICO.....	20
1.2.22. AUXILIO POR TRASLADO O DESPLAZAMIENTO POR ACCIDENTE:	20
1.2.23. AUXILIO POR TRASLADO O DESPLAZAMIENTO POR ENFERMEDAD ..	21

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1.2.24.	AUXILIO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE LOS PADRES DEL ALUMNO ASEGURADO:	21
1.2.25.	AUXILIO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE LOS PADRES DEL ALUMNO ASEGURADO	21
1.2.26.	AUXILIO DE MATRÍCULA POR ACCIDENTE DEL ALUMNO ASEGURADO: 22	
1.2.27.	AUXILIO POR NACIMIENTO DE HIJO DEL ASEGURADO(A).....	22
1.2.28.	MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS(AS):	22
1.2.29.	AMPARO RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE:	23
1.2.30.	REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL: 23	
1.2.31.	AUXILIO EDUCATIVO COMO CONSECUENCIA DE MUERTE ACCIDENTAL	23
1.2.32.	REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE 24	
1.2.33.	HOMICIDIO	25
1.3.	EXCLUSIONES:	25
1.3.1.	EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS	25
1.3.2.	EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS.....	27
1.3.3.	EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE MUERTE NO ACCIDENTAL 27	
1.3.4.	EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD DE TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD	28
1.3.5.	EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	28
1.3.6.	EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS DE TRASLADO POR ENFERMEDAD	28
1.3.7.	EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE LOS PADRES DEL ALUMNO ASEGURADO	28
1.3.8.	EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.....	29
2.	CLÁUSULA SEGUNDA - DEFINICIONES:.....	31

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



2.1.	TOMADOR	31
2.2.	ASEGURADO	31
2.3.	GRUPO ASEGURABLE	31
2.4.	BENEFICIARIO:.....	32
2.5.	ACCIDENTE:.....	32
2.6.	ENFERMEDAD	32
2.7.	TRATAMIENTO	32
2.8.	MÉDICO.....	33
2.9.	PREEXISTENCIA.....	33
2.10.	TABLA DE INDEMNIZACIONES	33
2.11.	CENTRO HOSPITALARIO (HOSPITAL O CLÍNICA).....	34
2.12.	AGENTE QUÍMICO.....	35
2.13.	RIESGO BIOLÓGICO.....	35
2.14.	AGENTE BIOLÓGICO.....	35
2.15.	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES POR RIESGO BIOLÓGICO..	35
3.	CLÁUSULA TERCERA - RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO	38
4.	CLÁUSULA CUARTA - VIGENCIA DEL SEGURO O PERIODO DEL SEGURO	38
5.	CLÁUSULA QUINTA. - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	38
6.	CLÁUSULA SEXTA LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA.....	38
7.	CLÁUSULA SÉPTIMA - INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS	39
8.	CLÁUSULA OCTAVA - DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES	39
9.	CLÁUSULA NOVENA - MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO	39
10.	CLÁUSULA DÉCIMA - PAGO DE LA PRIMA Y MORA.....	40
11.	CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INAPLICACIÓN DE SANCIONES TRATÁNDOSE DE UN SEGURO COLECTIVO.	40
12.	CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.....	40
13.	CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO	41
14.	CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - EXPIRACIÓN Y/O EXTINCIÓN DEL AMPARO .	41

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



15.	CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.....	42
16.	CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN 43	
17.	CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PRESCRIPCIÓN.....	43
18.	CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA - DOMICILIO	43
19.	CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - LÍMITES TERRITORIALES	44
20.	CLÁUSULA VIGÉSIMA - LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE	44
21.	CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO	44
22.	CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - CESIÓN.....	44
23.	CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.....	44
24.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	45
25.	ANEXOS	45
26.	LEGISLACIÓN APLICABLE Y SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	45
27.	DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO	45
28.	LÍNEAS DE ATENCIÓN	46



1. CLÁUSULA PRIMERA. – AMPAROS Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO BÁSICO - MUERTE ACCIDENTAL:

COLSANITAS SEGUROS, RECONOCERÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS EN LOS PORCENTAJES, CONTRACTUALES O DE LEY, LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES SI, COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE AMPARADO, SOBREVIENTE LA MUERTE DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ACCIDENTE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SUJETO A LAS CAUSALES DE EXCLUSIÓN INDICADAS EN LA CLÁUSULA PRIMERA.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA DE MUERTE NO ACCIDENTAL, POR TANTO, EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.2. AMPAROS OPCIONALES:

EN ADICIÓN AL AMPARO PREVISTO EN EL NUMERAL 1.1 ANTERIOR (AMPARO BÁSICO: MUERTE ACCIDENTAL), EL TOMADOR PODRÁ CONTRATAR SI LO DESEA, TODOS O ALGUNO(S) DE LO(S) SIGUIENTE(S) AMPARO(S), LOS CUALES DEBERÁN QUEDAR EXPRESAMENTE INDICADOS COMO CONTRATADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA QUE SE ENTIENDAN OTORGADOS.

1.2.1. MUERTE NO ACCIDENTAL:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO, EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA QUE HAYA SIDO PAGADA O DEBA SER PAGADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA (REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES) Y DEMOSTRACIÓN DEL FALLECIMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HAYA SIDO ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA DISTINTA DE ACCIDENTE O LOS EVENTOS EXCLUIDOS EN LA CLÁUSULA PRIMERA.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL, POR TANTO, EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1.2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE

SI COMO CONSECUENCIA DE UN 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 DE MUERTE ACCIDENTAL, NI CON EL DE MUERTE NO ACCIDENTAL. 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.

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

1.2.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ENFERMEDAD

SI COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD 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

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



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 MUERTE ACCIDENTAL, NI DE MUERTE NO ACCIDENTAL. 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

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



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

1.2.4. INHABILITACIÓN O INVALIDEZ POR ACCIDENTE:

COLSANITAS SEGUROS BAJO EL PRESENTE AMPARO RECONOCERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA FIJADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, PREVIA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA QUE HAYA SIDO PAGADA O DEBA SER PAGADA DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA (REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES), CUANDO EL ASEGURADO SUFRA LESIÓN CORPORAL POR ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE CAUSE UNA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA DE UNO DE SUS MIEMBROS U ÓRGANOS, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA “TABLA DE INDEMNIZACIONES” RELACIONADA EN EL NUMERAL 2.10 DE ESTE DOCUMENTOS ”, ESTIPULADA EN LA CLÁUSULA SEGUNDA “DEFINICIONES” DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CUALQUIER OTRA PÉRDIDA NO ENUMERADA EN LA TABLA SERÁ INDEMNIZADA DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL CALIFICADA QUE DETERMINE LA APLICACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL GENERAL, CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL (DECRETO 1507 DE 2014 O EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO).

1.2.5. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

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 DE INDEMNIZACIONES” RELACIONADA EN EL NUMERAL 2.10 DE ESTE DOCUMENTOS

1.2.6. AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, LOS GASTOS EN QUE SE INCURRA PARA EL TRATAMIENTO,

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



INCLUIDOS LOS COPAGOS A EPS O CUOTAS MODERADORAS DE PLANES ADICIONALES DE SALUD, CUANDO SUFRA UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE MÁS ADELANTE SE INDICAN Y QUE SEAN DIAGNÓSTICOS CONFIRMADOS MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ POR UN MÉDICO AUTORIZADO ESPECIALISTA EN LA PATOLOGÍA, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

1. **POLIOMIELITIS**, ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA AGUDA CAUSADA POR UN POLIO VIRUS QUE INFLAMA Y DAÑA LAS CÉLULAS DEL SISTEMA NERVIOSO ENCARGADAS DEL CONTROL MUSCULAR. LA LESIÓN DE LA MEDULA ESPINAL, SE CARACTERIZA CLÍNICAMENTE POR ATROFIA Y PARÁLISIS IRREVERSIBLE DE LOS MÚSCULOS AFECTADOS, GENERANDO CONTRACCIÓN Y DEFORMIDAD PERMANENTE.
2. **LEUCEMIA**, SE ENTIENDE COMO ENFERMEDAD TUMORAL AGUDA O CRÓNICA CARACTERIZADA POR LA REPRODUCCIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS SANGUÍNEAS INMADURAS (BLASTOS) EN LA MEDULA ÓSEA Y QUE PROLIFERAN Y ACUMULAN EN LA SANGRE, GANGLIOS LINFÁTICOS DEL BAZO.
3. **TÉTANOS**: SE ENTIENDE POR TÉTANOS LA INFECCIÓN AGUDA PRODUCIDA POR UNA BACTERIA (CLOSTRIDIUM TETANI) QUE GENERA UNA TOXINA QUE IRRITA EL SISTEMA NERVIOSO.
4. **ESCARLATINA**, ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA AGUDA, PRODUCIDA POR BACTERIAS ESTREPTOCÓCICAS QUE COLONIZAN LA GARGANTA. SE CARACTERIZA TÍPICAMENTE POR FIEBRE ALTA, ESCALOFRÍOS, DOLOR DE GARGANTA, VÓMITOS, MALESTAR GENERAL Y ERUPCIÓN PUNTIFORME DE LA PIEL EN FORMA DE SALPULLIDO, QUE APARECE INICIALMENTE EN EL CUELLO Y EN EL TÓRAX Y LUEGO SE GENERALIZA POR TODO EL CUERPO.
5. **SIDA**, (SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA): SE ENTIENDE COMO LA ENFERMEDAD INFECCIOSA PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), QUE PROLIFERA EN FORMA CONTINÚA CAUSANDO DESTRUCCIÓN DE LOS LINFOCITOS DE DEFENSA (CD4), ESTA SUPRESIÓN DE LA INMUNIDAD FAVORECE LA APARICIÓN DE INFECCIONES Y NEOPLASIAS CARACTERÍSTICAS DE SIDA. LA ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDE A LA FASE FINAL.
6. **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 DIFERENTE AL ESTADIO I.
7. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**, 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

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



UNA FUENTE EXTRACRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER COMPROBABLE MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGENOLÓGIA 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.

8. **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.
9. **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:
 - DOLOR DE PECHO TÍPICO;
 - NUEVO Y RELEVANTES CAMBIOS EN ELECTROCARDIOGRAMA (ECG);
 - ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
10. **CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA (BYPASS)**, ESTE AMPARO CUBRE LA 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).
11. **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 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.
12. **QUEMADURAS GRAVES**, ESTE AMPARO CUBRE LAS QUEMADURAS DE TERCER (3^{ER}) GRADO QUE ABARQUEN, POR LO MENOS, EL VEINTE POR CIENTO (20%) DE LA

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



SUPERFICIE CORPORAL, MEDIDAS POR LA REGLA DE LOS NUEVE (9) DE LA CARTA DE SUPERFICIE CORPORAL DE LUND BROWDER.

13. **AMENIA APLÁSICA**, 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:
- TRASFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE;
 - ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA;
 - AGENTES INMUNOSUPRESORES;
 - TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.
14. **CIRUGÍA DE ENFERMEDAD DE LA AORTA**, 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.
15. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS** 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:
- a. HÍGADO;
 - b. PÁNCREAS;
 - c. CORAZÓN;
 - d. MÉDULA ÓSEA;
 - e. PULMÓN;
 - f. 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.

16. **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).

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



- 17. **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
- 18. **ESTADO DE COMA:** 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.

POR OTRO LADO, EL PRESENTE AMPARO CUBRIRÁ EL ESTADO DE COMA SIEMPRE QUE HAYA DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA.

- 19. **TRAUMATISMO DE CABEZA** EL PRESENTE AMPARO CUBRE EL TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON 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.

Y DEMÁS ENFERMEDADES QUE, DE ACUERDO CON EL ANÁLISIS DEL RIESGO, SE ESTABLEZCAN BAJO CONDICIÓN PARTICULAR.

NOTA IMPORTANTE – PERIODO DE CARENCIA: ESTE AMPARO SOLO OPERARÁ LUEGO DE TRANSCURRIR UN PERIODO DE CARENCIA DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA. POR TANTO, LA COBERTURA PROCEDERÁ CUANDO LAS ENFERMEDADES ANTES MENCIONADAS SEAN DIAGNOSTICADAS AL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS DESDE EL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

1.2.7. GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, LOS GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LA PICADURA DE INSECTOS QUE OCASIONE AL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- 1. MALARIA,
- 2. FIEBRE AMARILLA,
- 3. LEISHMANISIS,
- 4. LEPROA,
- 5. TUBERCULOSIS,
- 6. CÓLERA,
- 7. PÉNFIGO,

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



SIEMPRE QUE EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SE REALICE POR PRIMERA VEZ EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y POR UNA SOLA VEZ POR ASEGURADO.

1.2.8. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL(OS) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO, EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL FALLECIMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE HAYA SIDO ORIGINADA POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTE SEGURO.

NOTA IMPORTANTE: ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y GASTOS FUNERARIOS POR CUALQUIER CAUSA. EN CONSECUENCIA, EN CASO DE SINIESTRO SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS Y SUS VALORES ASEGURADOS NO SON ACUMULABLES.

1.2.9. AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE NO ACCIDENTAL:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE NO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL FALLECIMIENTO, SALVO CUANDO LA CAUSA DE LA MUERTE SEA ENFERMEDAD PREEXISTENTE O SE TRATE DE EVENTO EXCLUIDO CONFORME LA CLÁUSULA PRIMERA.

NOTA IMPORTANTE: ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. EN CONSECUENCIA, EN CASO DE SINIESTRO SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS Y SUS VALORES ASEGURADOS NO SON ACUMULABLES.

1.2.10. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL:

EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO, COLSANITAS SEGUROS REEMBOLSARÁ HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES PREVISTAS PARA ESTE AMPARO, A LA PERSONA QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO FALLECIDO, SIEMPRE Y CUANDO LA MUERTE HAYA SIDO ORIGINADA POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTE SEGURO.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERARÁ EN EXCESO DE LAS SUMAS ASEGURADAS POR LA PÓLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (EN ADELANTE, SOAT).

NOTA IMPORTANTE: ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL, AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y GASTOS FUNERARIOS POR CUALQUIER CAUSA. EN CONSECUENCIA, EN CASO DE SINIESTRO, SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS Y SUS VALORES ASEGURADOS NO SON ACUMULABLES.

1.2.11. GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE NO ACCIDENTAL:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, A LA PERSONA QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO LOS GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO FALLECIDO, SALVO CUANDO LA CAUSA DE LA MUERTE SEA ENFERMEDAD PREEXISTENTE O SE TRATE DE EVENTO EXCLUIDO CONFORME LA CLÁUSULA PRIMERA.

NOTA IMPORTANTE: ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE DEL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. EN CONSECUENCIA, EN CASO DE SINIESTRO, SÓLO SE PAGARÁ UNO DE ELLOS Y SUS VALORES ASEGURADOS NO SON ACUMULABLES.

1.2.12. AUXILIO FUNERARIO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE DOCENTES O PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO SE PRESENTE LA MUERTE ACCIDENTAL DEL DOCENTE O ADMINISTRATIVO VINCULADO LABORALMENTE CON EL TOMADOR.

NOTA IMPORTANTE: ESTE BENEFICIO ESTÁ LIMITADO, POR TRATARSE DE PÓLIZA COLECTIVA O DE GRUPO, A TRES (3) EVENTOS POR TOMADOR EN LA VIGENCIA, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE ASEGURADOS

1.2.13. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

POR CAUSA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA EN ASEGURADO DEBE SER RECLUIDO EN UN HOSPITAL O CLÍNICA, BAJO CUIDADO DE PERSONAL MÉDICO,

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS DE LA HOSPITALIZACIÓN.

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.

1.2.14. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, 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.

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.

1.2.15. RENTA DIARIA POST-HOSPITALIZACIÓN

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, 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.

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.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1.2.16. 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 POR 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.

1.2.17. AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

SI EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD AMPARADO POR 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 OCURRA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

1.2.18. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (ITT) POR ACCIDENTE

SI COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES CAUSADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO PRESENTA UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, QUE NO LE PERMITA CONTINUAR CON SUS LABORES, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. LA INCAPACIDAD TENGA UNA DURACIÓN MÍNIMA DE 4 DÍAS CONTINUOS, AUN CUANDO EL PAGO SE RECONOCERÁ A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE LA INCAPACIDAD.
2. NO HAYA SIDO CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE LA INCAPACIDAD.
3. QUE LA INCAPACIDAD ESTÉ DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO.

EL NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS QUE SE TE PAGARÁN POR ESTE AMPARO SERÁ EL EQUIVALENTE A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS, YA SEA QUE ELLOS OCURRAN EN UNO O VARIOS EVENTOS, SALVO QUE SE ESTIPULE OTRO LÍMITE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

PODRÁN SER INCLUIDAS EN ESTA PÓLIZA LAS PERSONAS QUE CUMPLAN CON TODOS LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1. TRABAJAR DE TIEMPO COMPLETO AL SERVICIO DEL TOMADOR
2. TENER CONTRATO DE TRABAJO;
3. TENER UNA EDAD COMPRENDIDA ENTRE LOS 18 Y 60 AÑOS AL MOMENTO DE INGRESAR AL SEGURO;
4. ESTAR DOMICILIADO EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA;
5. ESTAR AFILIADO Y COTIZANDO A LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, DE ACUERDO CON LO PRECEPTUADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS.
6. ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO DE SALUD, SIN INCAPACIDADES O LIMITACIONES EN SU CAPACIDAD DE TRABAJO EN LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA.

PARÁGRAFO 1. - INCAPACIDADES SEPARADAS, CONCURRENTES Y SUCESIVAS. LOS BENEFICIOS DE ESTE AMPARO ADICIONAL SON PAGADEROS POR CADA INCAPACIDAD SEPARADA. EL PERÍODO DE BENEFICIOS SE APLICA A CADA UNA DE ELLAS. SI EL ASEGURADO TIENE RECLAMACIONES POR INCAPACIDADES CONCURRENTES O SUCESIVAS QUE SE DEBAN A LA MISMA CAUSA O A UNA CAUSA RELACIONADA, PARA QUE PUEDAN SER CONSIDERADAS COMO INCAPACIDADES SEPARADAS, DEBERÁ REGRESAR AL TRABAJO DE TIEMPO COMPLETO Y EN FORMA CONTINUA DURANTE DOS SEMANAS COMO MÍNIMO. SI EL ASEGURADO TIENE RECLAMACIONES POR INCAPACIDADES CONCURRENTES O SUCESIVAS QUE SE DEBAN A CAUSAS NO RELACIONADAS, PARA QUE PUEDAN SER CONSIDERADAS COMO INCAPACIDADES SEPARADAS, DEBERÁ REGRESAR AL TRABAJO DE TIEMPO COMPLETO Y EN FORMA CONTINUA DURANTE DOS DÍAS COMO MÍNIMO. SI DOS (2) O MÁS INCAPACIDADES CONCURRENTES O SUCESIVAS NO SON CONSIDERADAS COMO INCAPACIDADES SEPARADAS, ELLAS SE TRATARÁN COMO UNA SOLA INCAPACIDAD Y POR LO TANTO:

1. SERÁN REDUCIDAS A UN SOLO PERÍODO DE ESPERA; Y
2. ESTARÁN SUJETAS A TODAS LAS CONDICIONES Y CLÁUSULAS DE ESTA PÓLIZA QUE LIMITAN LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR UNA SOLA INCAPACIDAD.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL 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.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1.2.19. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

SE CUBREN LOS GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE EN QUE INCURRA EL ASEGURADO, CUANDO CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO SE VIERE PRECIDADO A SOMETERSE A ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA, ODONTOLÓGICA, DE FISIOTERAPIA, HOSPITALARIA, FARMACÉUTICA, O TRASLADOS INTERINSTITUCIONALES ENTRE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y/O CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD EN SALUD, QUE SEA MEDICAMENTE PERTINENTE Y DERIVADO DEL EVENTO AMPARADO. EN TAL CASO, COLSANITAS SEGUROS REEMBOLSARÁ, HASTA POR EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES PARA ESTE AMPARO, LOS GASTOS QUE INCURRA EL ASEGURADO POR ESTE CONCEPTO, INCLUIDOS LOS COPAGOS A EPS O CUOTAS MODERADORAS DE PLANES ADICIONALES DE SALUD.

ES ENTENDIDO, QUE COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ EN VIRTUD DE ESTE AMPARO, CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SÓLO EN EXCESO DE LOS VALORES RECONOCIDOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (EN ADELANTE, SOAT).

1.2.20. GASTOS MÉDICOS POR RIESGO BIOLÓGICO

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, LOS GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE UN ACCIDENTE POR RIESGO BIOLÓGICO EN EL QUE EL ASEGURADO SEA CONTAGIADO EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS, CON UN MICROORGANISMO (BACTERIA, VIRUS, HONGOS) PARA EFECTUAR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PROFILÁCTICO POST EXPOSICIÓN. EL PROCESO DE ATENCIÓN DEBERÁ CUMPLIR EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES POR RIESGO BIOLÓGICO DE COLSANITAS SEGUROS ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA SEGUNDA “DEFINICIONES”.

1.2.21. GASTOS MÉDICOS POR RIESGO QUÍMICO

COLSANITAS SEGUROS REEMBOLSARÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, POR LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA QUE SE PRESTE AL ASEGURADO POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR LA EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DEL ASEGURADO A AGENTES QUÍMICOS EN ACTIVIDADES PROPIAS DEL TOMADOR, LOS CUALES LE PRODUZCAN EFECTOS AGUDOS O CRÓNICOS.

1.2.22. AUXILIO POR TRASLADO O DESPLAZAMIENTO POR ACCIDENTE:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



PARTICULARES, LOS GASTOS DE TRANSPORTE EN QUE INCURRA, CUANDO SEA NECESARIO TRASLADAR AL ASEGURADO DEL SITIO DEL ACCIDENTE A ALGÚN CENTRO ASISTENCIAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO INICIAL POR ACCIDENTE AMPARADO EN LA PRESENTE PÓLIZA.

ES ENTENDIDO QUE CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTE AMPARO OPERARÁ EN EXCESO DE LAS SUMAS ASEGURADAS POR EL SOAT.

1.2.23. AUXILIO POR TRASLADO O DESPLAZAMIENTO POR ENFERMEDAD

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, LOS GASTOS DE TRANSPORTE EN QUE INCURRA CUANDO SEA NECESARIO TRASLADAR AL ASEGURADO POR UN EVENTO QUE SE ORIGINE DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL TOMADOR, POR CUALQUIER CAUSA DIFERENTE DE ACCIDENTE, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.2.24. AUXILIO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE LOS PADRES DEL ALUMNO ASEGURADO:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, EN CASO DE QUE UNO (1) DE LOS PADRES DEL ASEGURADO, FALLEZCA DE MANERA ACCIDENTAL DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE FALLECIMIENTO SIMULTÁNEO O SUCEDÁNEO DE LOS DOS (2) PADRES DEL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ES ENTENDIDO QUE ESTE AMPARO NO SE DUPLICARÁ, ES DECIR, SE RECONOCERÁ UNA (1) SOLA VEZ.

1.2.25. AUXILIO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE LOS PADRES DEL ALUMNO ASEGURADO

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, POR UNA SOLA VEZ POR ASEGURADO, EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE UNO DE LOS PADRES DEL ASEGURADO (PADRE O MADRE, EXCLUYENTE UNO DEL OTRO) OCURRIDO POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ASEGURADO AL MOMENTO EN QUE TAL CIRCUNSTANCIA SE PRODUZCA.

SE ENTIENDE POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO, LA PÉRDIDA SÚBITA Y NO PROVOCADA DEL EMPLEO POR PARTE DE UNO DE LOS PADRES DEL ASEGURADO, DE LA QUE SE

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



EXCLUYEN LAS CIRCUNSTANCIAS QUE APARECEN EN EL NUMERAL 1.3.1 Y 1.3.2.6 DE EXCLUSIONES.

1.2.26. AUXILIO DE MATRÍCULA POR ACCIDENTE DEL ALUMNO ASEGURADO:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, UN AUXILIO POR EL VALOR DE LA MATRÍCULA O PENSIÓN PARA EL PRÓXIMO PERIODO ACADÉMICO DE LA MISMA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, SIN EXCEDER EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, CUANDO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO EL ASEGURADO SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, QUE LE IMPIDA ASISTIR A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A SUS ACTIVIDADES ACADÉMICAS, POR MÁS DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS.

1.2.27. AUXILIO POR NACIMIENTO DE HIJO DEL ASEGURADO(A)

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO(A) LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, POR UNA (1) SOLA VEZ, INDEPENDIENTE DEL NÚMERO DE HIJOS NACIDOS EN EL PARTO, PREVIA ACREDITACIÓN CON CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Y COPIA DE HISTORIA CLÍNICA, SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE EL INGRESO A LA PÓLIZA. ES NECESARIO QUE PARA EL MOMENTO DEL PARTO EL ASEGURADO(A) SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA PÓLIZA.

1.2.28. MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS(AS):

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, POR UNA SOLA VEZ POR ASEGURADO EN LA VIGENCIA, EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL DE UNO (1) SÓLO DE LOS HIJOS(AS) DEL ASEGURADO OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

NOTA IMPORTANTE: ESTE AMPARO ESTÁ LIMITADO, POR TRATARSE DE PÓLIZA COLECTIVA O DE GRUPO, A TRES (3) EVENTOS POR TOMADOR, EN LA VIGENCIA, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE ASEGURADOS.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1.2.29. AMPARO RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE:

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SE PRESENTA EL FALLECIMIENTO DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE DEBIDAMENTE ACREDITADO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO, COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ LA SUMA MENSUAL INDICADA EN LA CARÁTULA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, HASTA EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR UN PERIODO MÁXIMO DE SEIS (6) MESES.

NOTA IMPORTANTE: ESTE AMPARO ESTÁ LIMITADO, POR TRATARSE DE PÓLIZA COLECTIVA O DE GRUPO, A TRES (3) EVENTOS POR TOMADOR EN LA VIGENCIA, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE ASEGURADOS.

1.2.30. REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL:

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, POR UNA SOLA VEZ POR ASEGURADO, LOS GASTOS POR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO DEBIDO AL ACCESO CARNAL VIOLENTO O ABUSIVO QUE LLEGUE A SUFRIR POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

1.2.31. AUXILIO EDUCATIVO COMO CONSECUENCIA DE MUERTE ACCIDENTAL

COLSANITAS SEGUROS RECONOCERÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, UN AUXILIO PARA QUE SE CONTINÚE PAGANDO LOS ESTUDIOS DEL ALUMNO ASEGURADO, EN CASO QUE UNO (1) DE LOS PADRES DEL ASEGURADO FALLEZCA DE MANERA ACCIDENTAL DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EL AUXILIO SE RECONOCERÁ BAJO LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

- **PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE NO SON DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y QUE COBRAN PENSIÓN MENSUAL**

EN ESTA HIPÓTESIS, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ DIRECTAMENTE A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE TOMÓ LA PÓLIZA, EL VALOR DE LA PENSIÓN DEL ALUMNO ASEGURADO HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO POR EL NÚMERO DE MESES RESTANTES DEL PERIODO EN CURSO, CONTADOS DESDE LA PENSIÓN SIGUIENTE AL FALLECIMIENTO DEL PADRE O MADRE DEL ALUMNO ASEGURADO Y HASTA LA TERMINACIÓN DEL AÑO LECTIVO, ESCOLAR O EDUCATIVO "CULMINACIÓN DE CLASES".

- **PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



EN ESTA HIPÓTESIS, SIEMPRE QUE EL ALUMNO ASEGURADO DEMUESTRE CONTINUAR SUS ESTUDIOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE TOMÓ LA PÓLIZA, COLSANITAS SEGUROS INDEMNIZARÁ EL VALOR CORRESPONDIENTE AL COSTO DEL SIGUIENTE PERIODO ACADÉMICO SEGÚN CORRESPONDA, MÁXIMO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO POR EL NÚMERO DE MESES QUE LO CONFORMAN.

- PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE NO COBRAN PENSIÓN MENSUAL

EN ESTA HIPÓTESIS, COLSANITAS SEGUROS PAGARÁ DIRECTAMENTE A QUIEN DEMUESTRE TENER LA PATRIA POTESTAD DEL ALUMNO ASEGURADO, HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO POR EL NÚMERO DE MESES RESTANTES, CONTADOS DESDE EL MES SIGUIENTE AL FALLECIMIENTO DEL PADRE O MADRE DEL ALUMNO ASEGURADO Y HASTA LA TERMINACIÓN DEL AÑO LECTIVO, ESCOLAR O EDUCATIVO "CULMINACIÓN DE CLASES"

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE FALLECIMIENTO SIMULTÁNEO O SUCEDÁNEO DE LOS DOS (2) PADRES DEL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ES ENTENDIDO QUE ESTE AMPARO NO SE DUPLICARÁ, ES DECIR, SE RECONOCERÁ UNA (1) SOLA VEZ. ESTE AMPARO ESTÁ LIMITADO, POR TRATARSE DE PÓLIZA COLECTIVA O DE GRUPO, A TRES (3) EVENTOS POR TOMADOR EN LA VIGENCIA, SIN IMPORTAR EL NÚMERO DE ASEGURADOS.

1.2.32. REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE

COLSANITAS SEGUROS REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, LOS GASTOS DE LAS ASISTENCIAS TENDIENTES A SU REHABILITACIÓN QUE MÁS ADELANTE SE LISTAN, SI EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, QUEDARE EN ESTADO DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO, LA FECHA DE SINIESTRO), OCURRA DENTRO DE LA VIGENCIA Y LA INVALIDEZ NO SEA PROVOCADA VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO. A CONTINUACIÓN, SE LISTAN LAS ASISTENCIAS TENDIENTES A LA REHABILITACIÓN DEL ASEGURADO CUYOS GASTOS SE REEMBOLSARÁN, SUJETO AL LÍMITE ASEGURADO:

- CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA.
- VALORACIÓN NUTRICIONAL.
- VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA Y APOYO FAMILIAR.
- MANEJO POR TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, DEL LENGUAJE Y RESPIRATORIA.
- EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO
- NEUROELECTROFISIOLÓGICOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS.
- ATENCIÓN GRUPAL DE APOYO.
- ORIENTACIÓN FAMILIAR.
- SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y UBICACIÓN LABORAL.
- CURACIONES.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



- SUMINISTRO DE INSUMOS PARA CURACIONES Y TERAPIAS RESPIRATORIAS.

PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ, EL ASEGURADO DEBERÁ ACREDITAR MEDIANTE DICTAMEN EN FIRME EMITIDO POR ENTIDAD COMPETENTE CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL (DECRETO 1507 DE 2014 O EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DEL SINIESTRO), UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%).

1.2.33. 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.

1.3. EXCLUSIONES:

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁ AQUELLOS EVENTOS O CIRCUNSTANCIAS, EN LOS CUALES NO SE BRINDA COBERTURA. LÉALAS POR FAVOR CON ATENCIÓN:

1.3.1. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

COLSANITAS SEGUROS NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES, PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, CUANDO LOS EVENTOS AMPARADOS OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA (VOLUNTARIO O NO).
2. LA PARTICIPACIÓN EN GUERRA INTERNA, CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O AL MARGEN DE LA LEY, CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE.
3. ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE QUE TAL CIRCUNSTANCIA SEA LA CAUSA DEL ACCIDENTE.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



4. HERNIAS DE CUALQUIER CLASE, EVENTRACIONES Y OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURAS DE ANEURISMAS, LOS CALAMBRES, LOS ATAQUES CARDIACOS, DE APOPLEJÍA, SÍNCOPEs, CONVULSIONES, VÉRTIGOS, CRISIS EPILÉPTICAS, DESMAYOS, LIPOTIMIA, EPILEPTOIDES O SONAMBULISMO.
5. CUANDO EL ASEGURADO ACTÚE COMO PILOTO O HAGA PARTE DE LA TRIPULACIÓN DE UNA AERONAVE O MIENTRAS SE ENCUENTRE EN AERONAVES QUE NO SEAN DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS INCLUYENDO EL USO DE CUALQUIER TIPO DE PLANEADORES Y COMETAS.
6. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X Y CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
7. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O PELEAS, SALVO CUANDO SE TRATE DE MENORES DE CATORCE (14) AÑOS.
8. LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO PARTICIPE ACTIVAMENTE DEL HECHO QUE CAUSÓ LA MUERTE O LESIONES.
9. LA MUERTE O LESIONES CAUSADAS EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS, DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO.
10. LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTOS O POR LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES A NIVEL PROFESIONAL TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, RAFTING, PUENTING, BUNGEE JUMPING, CICLOMONTAÑISMO, RAPPEL, CANOTAJE, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUÍ, PATINAJE SOBRE HIELO, HOCKEY, SURF, SNOWBOARD, MOTOCROSS, SKATEBOARD, KITESURF, ALA DELTA, CUATRICICLOS, MOTO NÁUTICA, WINDSURF, PARKOUR.
11. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.
12. CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
13. LAS PATOLOGÍAS DE LA ESFERA MENTAL O PSIQUIÁTRICAS Y/O REQUERIMIENTO DE MANEJO PSICOLÓGICO, SALVO QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
14. LAS AGRAVACIONES, RECAÍDAS, O REINCIDENCIAS DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES AL ACCIDENTE.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



15. VIRUS O BACTERIAS TRASMITIDOS POR PICADURA DE INSECTOS Y LAS ENFERMEDADES O COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS MISMOS, SALVO QUE SE CONTRATE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES TROPICALES DE ACUERDO A SU ALCANCE Y CONTENIDO.
16. PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, ENDEMIAS, EPIDEMIA O PANDEMIA LOCALIZADA, REGIONAL O GLOBAL.
17. LAS LESIONES O ALTERACIONES DE FIBRAS MUSCULARES NO ASOCIADAS A TRAUMA Y QUE SEAN DERIVADAS DE SOBRECARGA MUSCULAR LLAMADAS COMÚNMENTE CONTRACTURAS, ESPASMOS, TIRONES Y/O CALAMBRES.
18. FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.
19. ACTIVIDADES TERRORISTAS “NBQR”, ES DECIR, ACTIVIDADES TERRORISTAS PRODUCIDAS POR MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.

CUALQUIER EVENTO OCURRIDO FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.3.2. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARA EL PADECIMIENTO O DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS INDICADAS QUE SEAN A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LOS PACIENTES VIH POSITIVOS DE FASE INICIAL O CRÓNICA QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS O DIAGNÓSTICOS ANTES MENCIONADOS Y, EN TODOS LOS CASOS, DEBE EXISTIR DIAGNÓSTICO COMPROBADO POR PRUEBAS DE LABORATORIO TALES COMO ELISA Y WESTERN BLOT.
2. TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO.

1.3.3. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE MUERTE NO ACCIDENTAL

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARA LA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA RESPECTIVA, EN LA MEDIDA EN QUE LOS HECHOS CIERTOS NO SON RIESGOS ASEGURABLES.
2. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ENTENDIDAS COMO AQUELLAS QUE SE MANIFIESTAN DESDE EL NACIMIENTO DEL ASEGURADO RESPECTIVO, YA SEAN PRODUCIDAS POR UN TRASTORNO OCURRIDO DURANTE EL DESARROLLO

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



EMBRIONARIO, DURANTE EL PARTO, O COMO CONSECUENCIA DE UN DEFECTO HEREDITARIO.

1.3.4. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD DE TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL PROPIO ASEGURADO.

1.3.5. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARAN LOS GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LOS GASTOS DE TRANSPORTE QUE SE GENEREN CON POSTERIORIDAD AL ACCIDENTE, COMO EL TRANSPORTE EN QUE SE INCURRA PARA CONTROLES MÉDICOS, TERAPIAS, EXÁMENES Y OTROS SERVICIOS.
2. LA MOVILIZACIÓN QUE SE PUEDA GENERAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA DERIVADA DE CUALQUIER ENFERMEDAD

1.3.6. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS DE TRASLADO POR ENFERMEDAD

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARAN LOS GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE TRATAMIENTO MÉDICO.

1.3.7. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO DE LOS PADRES DEL ALUMNO ASEGURADO

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARA EL DESEMPLEO INVOLUNTARIO QUE SEA A CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



1. CUANDO EL PADRE O LA MADRE DEL ASEGURADO SEA EMPLEADO PÚBLICO CUYO CARGO SEA DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.
2. CUANDO EL TRABAJADOR TERMINE UNO DE LOS CONTRATOS DE TRABAJO Y HAYA SUSCRITO VARIOS CONTRATOS DE TRABAJO SIMULTÁNEAMENTE, PERMANECIENDO UNO O VARIOS DE ELLOS VIGENTES.
3. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA.
4. LOS SEGUROS ADQUIRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA DECLARATORIA DE LIQUIDACIÓN, PROCESO DE REORGANIZACIÓN EMPRESARIAL O FUSIÓN DE LA EMPRESA EN LA CUAL LABORA EL PADRE O LA MADRE DEL ASEGURADO.
5. DESEMPLEO DEL PADRE O LA MADRE DEL ASEGURADO POR EL RECONOCIMIENTO DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN, VEJEZ O INVALIDEZ.
6. QUE EL PADRE DEL ASEGURADO SEA LLAMADO A PRESTAR EL SERVICIO MILITAR.
7. DESPIDO POR PARTE DEL EMPLEADOR, CON JUSTA CAUSA. SI NO SE ACEPTA LA JUSTA CAUSA DEBERÁ ACREDITARSE LA PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA LABORAL RESPECTIVA.

1.3.8. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS, NO SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. CUALQUIER ACTO DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, DECLARADA O NO DECLARADA, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, ACTOS TERRORISTAS, ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN HUELGAS O MANIFESTACIONES CALLEJERAS DE CUALQUIER CLASE.
2. EL USO DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.
3. ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



4. ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE INICIEN U OCURRAN MIENTRAS EL CONTRATO DE TRABAJO DEL ASEGURADO ESTÉ SUSPENDIDO TEMPORALMENTE O MIENTRAS LA EMPRESA SE ENCUENTRE EN UNA SITUACIÓN DE PARO LABORAL, HUELGA O CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ HACIENDO USO DE UN PERÍODO DE LICENCIA, REMUNERADO O NO REMUNERADO, EXCEPTO EN EL CASO QUE LA LICENCIA REMUNERADA HAYA SIDO OTORGADA POR EL EMPLEADOR PARA QUE EL TRABAJADOR SE CAPACITE O ENTRENE.
5. ENFERMEDADES O CONDICIONES PREEXISTENTES SEGÚN LA DEFINICIÓN INCLUIDA EN LA PÓLIZA, PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O CRÓNICOS, LAS COMPLICACIONES DEBIDAS A TRANSPLANTES DE ÓRGANOS, CIRUGÍAS O ACTIVIDADES MÉDICAS O NO MÉDICAS EXPERIMENTALES, ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO O ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA O LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS; EL CÁNCER DE TODO TIPO O LAS ENFERMEDADES MENTALES O EPISODIOS PSICÓTICOS.
6. EMBARAZO, ALUMBRAMIENTO, ABORTO VOLUNTARIO O NO, NI LAS COMPLICACIONES DE TALES EVENTOS. TRATAMIENTOS O CURAS DE REPOSO, DE INFERTILIDAD, ESTERILIDAD, INMUNIZACIONES, REVERSIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN, CAMBIO DE GÉNERO O PARA MEJORAR LA FUNCIÓN SEXUAL. CHEQUEOS O DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, TRATAMIENTOS COSMÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS O CUALQUIER COMPLICACIÓN RESULTANTE DE ESTOS, LOS EVENTOS QUIRÚRGICOS O TRATAMIENTOS ELECTIVOS O AQUELLOS EVENTOS QUIRÚRGICOS VOLUNTARIOS NORECONSTRUCTIVOS.
7. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER CLASE DE RIÑAS O EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO TIPIFICADO POR LA LEY PENAL O MIENTRAS SE ENCUENTRE DEDICADO A CUALQUIER OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ILEGAL.
8. LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO.
9. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE CARÁCTER PROFESIONAL O POR LA PRÁCTICA, EN CALIDAD DE PROFESIONAL, AFICIONADO O ACOMPAÑANTE, DE DEPORTES CATALOGADOS NORMALMENTE COMO

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



PELIGROSOS, INCLUYENDO, PERO SIN CARÁCTER LIMITATIVO, EL AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, PARACAIDISMO, VUELO EN PLANEADOR, ESQUÍ, BUCEO, ESCALAR MONTAÑAS, SALTOS CON CUERDAS, POLO, BOXEO, ALA DELTA PARAPENTE Y ARTESMARCIALES.

10. TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS O CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE. PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DEFINICIONES:

Para efectos del presente contrato y donde quiera que se utilicen, las siguientes expresiones significarán:

2.1. TOMADOR

Es la persona natural y/o jurídica que contrata la presente póliza, traslada un riesgo propio o de un tercero y es responsable del pago de la prima.

2.2. ASEGURADO

Persona natural o jurídica que puede resultar afectada por cualquiera de los eventos amparados por una póliza de seguros.

2.3. GRUPO ASEGURABLE

Es el conjunto de personas individuales que tienen un vínculo o interés en común con el Contratante, independiente de la celebración del Contrato de Seguro y que forman parte del Grupo especificado en la Solicitud del Seguro.

El número mínimo de asegurados para esta póliza es de veinte (20) asegurados. En caso de que COLSANITAS SEGUROS lo acepte expresamente, se podrá suscribir el seguro con un número menor, tomando como prima mínima el valor correspondiente al número mínimo de asegurados establecido.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



2.4. BENEFICIARIO:

El beneficiario de este seguro será el asegurado y/o los beneficiarios de ley. Es la persona que puede reclamar el pago del valor del seguro.

Para los efectos del amparo de gastos de carácter patrimonial previstos en el numeral 1.2 (AMPAROS OPCIONALES) de la cláusula primera (AMPAROS), el beneficiario será la persona que demuestre haber sufragado los gastos objeto de cobertura.

2.5. ACCIDENTE:

Es entendido para efectos de esta póliza, como el hecho violento, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en su integridad física, como consecuencia de un evento de trauma o herida que ocurra en cualquier parte del cuerpo producto del efecto mecánico de un agente y/u objeto externo, evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente comprobadas.

Extensión de definición como amparos por accidente (aplica únicamente para asegurados). Se incluye para efectos de esta póliza la muerte o lesiones que sean consecuencia directa de:

- A. La práctica de cualquier deporte en calidad de aficionado que cause un accidente amparado bajo la definición y alcance antes indicado.
- B. Picaduras o mordeduras de animales.
- C. Insolación o congelación involuntaria, electrocución involuntaria o por rayo, caídas involuntarias al agua, o aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- D. Hurto calificado.
- E. Infecciones microbianas o septicemia siempre y cuando el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente póliza.
- F. Ahogamiento accidental.
- G. Intoxicación accidental por alimentos.
- H. Homicidio o tentativa de homicidio.

2.6. ENFERMEDAD

Es la alteración del estado de salud del organismo humano, caracterizado por la manifestación de signos y síntomas claros que enmarcan un proceso patológico definido y clasificado científicamente y cuyo diagnóstico debe ser realizado por un médico

2.7. TRATAMIENTO

Conjunto de medios terapéuticos por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



2.8. MÉDICO

Es entendido como la persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, esté autorizada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial por la autoridad competente en Colombia.

2.9. PREEXISTENCIA.

Corresponde a cualquier enfermedad, patología y/o condición de salud del asegurado que haya sido conocida por este y le haya sido diagnosticada médicamente con anterioridad a la solicitud y suscripción del contrato.

2.10. TABLA DE INDEMNIZACIONES

Para efectos de lo indicado en el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente, de la cláusula primera, se establece la siguiente tabla:

EVENTO	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta	100%
Parálisis o invalidez total y permanente	100%
Ceguera completa en ambos ojos	100%
La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	100%
Sordera total bilateral 100%	100%
Pérdida del habla 100%	100%
Pérdida del brazo o de la mano derecha	60%
Pérdida completa de la visión de un (1) ojo	50%
Sordera total unilateral	50%
Pérdida del brazo o de la mano izquierda	50%
Pérdida de una (1) pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida de un (1) pie	40%
Pérdida completa del uso de la cadera	30%
Fractura no consolidada de una pierna	30%
Pérdida del dedo pulgar derecho	25%
Pérdida total de tres (3) dedos de la mano derecha o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	25%
Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	25%

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



Pérdida del dedo pulgar izquierdo	20%
Pérdida total de tres (3) dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	20%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho	20%
Pérdida completa del uso de alguna rodilla	20%
Fractura no consolidada de una (1) rodilla	20%
Pérdida del dedo índice derecho	15%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	15%
Pérdida completa del uso del tobillo	15%
Pérdida del dedo índice izquierdo	12%
Pérdida del dedo anular derecho	10%
Pérdida del dedo medio derecho	10%
Pérdida del dedo anular izquierdo	8%
Pérdida del dedo medio izquierdo	8%
Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	8%
Pérdida del dedo meñique derecho	7%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5%

Parágrafo 1: Las pérdidas no enumeradas en la tabla anterior serán indemnizadas de acuerdo con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de la calificación en firme, realizada con aplicación del régimen de seguridad social general.

Parágrafo 2: La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados antes del accidente no podrá dar lugar a indemnización, sino por la diferencia entre el estado de invalidez que presentará antes y después del accidente.

Parágrafo 3: La indemnización total que corresponda a varias pérdidas sufridas en un mismo accidente se obtiene por la suma de los porcentajes fijados a cada una de ellas, sin que la suma total exceda del valor de la indemnización por desmembración e inhabilitación permanente. Cuando varias circunstancias derivadas de un mismo accidente afecten a un mismo miembro u órgano, no se acumularán entre sí, sino que la indemnización se determinará por la mayor de dichas inhabilidades. En caso de constar que el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

2.11. CENTRO HOSPITALARIO (HOSPITAL O CLÍNICA)

Establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúne las condiciones exigidas para atender a los enfermos. No se consideran como centro hospitalario, para efectos de esta póliza, los siguientes

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



establecimientos: a) instituciones mentales para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, b) lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, personas farmacodependientes y/o alcoholismo) lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o medicina alternativa.

2.12. AGENTE QUÍMICO

Cualquier elemento o compuesto químico, por si solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido, que se haya elaborado o no de forma intencional y tenga o no comercialización.

2.13. RIESGO BIOLÓGICO

Se define como la posibilidad de que ocurra un evento perjudicial para la salud del alumno asegurado con cualquier microorganismo (bacteria, virus, hongos etc., con inclusión de los genéticamente modificados) sus productos o derivados, cultivos celulares o endoparásitos y cualquier otro tipo de origen biológico, capaz de producir cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad en humanos.

2.14. AGENTE BIOLÓGICO

Corresponde a los microorganismos (bacterias, virus, hongos etc.), capaces de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad en un organismo que se ha expuesto a ellos.

2.15. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ACCIDENTES POR RIESGO BIOLÓGICO

1. EL ALUMNO ASEGURADO SERÁ ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD:
 - a. La institución de Salud o el alumno asegurado se deberá comunicar con las siguientes líneas de asistencia, en Bogotá 601 739 8939; Fuera de Bogotá 01 8000 931011 donde podrá ubicar la entidad especializada que manejará el riesgo biológico.
 - b. La entidad especializada realizará la evaluación inicial y clasificación del tipo de accidente
2. EN EL LABORATORIO SE LE TOMARÁN LOS SIGUIENTES EXÁMENES:
 - Anticuerpo contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
 - Antígeno de superficie para la hepatitis B (HBsAg).
 - Anticuerpo anti antígeno de superficie para la hepatitis B (ANTI-HBsAg) cuantitativo.
 - Anticuerpos contra hepatitis C.
 - Serología (VDRL).

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



Los anteriores exámenes de laboratorio se tomarán, independientemente de los que el Médico ordene.

3. SI EL ASEGURADO ES POSITIVO PARA VIH, HEPATITIS C, HEPATITIS B O LA SEROLOGÍA, SERÁ REMITIDO PARA EVALUACIÓN Y MANEJO POR SU EPS.
4. EN CASO DE CONOCERSE, QUE LA FUENTE ES UN PACIENTE HUMANO, SE PODRÁ, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y SU ASISTENCIA VOLUNTARIA, LA TOMA DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES:
 - Anticuerpo contra VIH.
 - Antígeno de superficie para la hepatitis B (Ag HBs).
 - Anticuerpos contra hepatitis C.
5. PARA EL ALUMNO ASEGURADO CON TIPO DE EXPOSICIÓN II Y III, CON PACIENTE FUENTE VIH (+) O FUENTE DESCONOCIDA, SE LE ENTREGARÁ EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INICIAL DEL ACCIDENTE:

a. Terapia básica (tratamiento biconjugado):

- ZIDOVUDINA (AZT) TAB * 300 mg, No. 60. 300mg CADA 12 HORAS POR 4 SEMANAS
-
- LAMIVUDINA (3TC) TAB * 150 mg No. 60 150 mg CADA 12 HORAS POR 4 SEMANAS

Estos dos medicamentos se pueden dar en presentación combinada o individual.

b. Terapia ampliada (tratamiento triconjugado):

- TERAPIA BÁSICA MÁS.
- EFAVIRENZ CAPS * 600 mg No. 30. 600 mg UNA VEZ AL DÍA POR 4 SEMANAS.
- KALETRA TAB 200/50 mg
2 TABLETAS CADA 12 HORAS POR 4 SEMANAS, EN CASOS INDICADOS POR INFECTOLOGÍA, Y CON PREVIA AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO AUDITOR DE COLSANITAS SEGUROS

NOTA: CUANDO SE SEPA QUE LA FUENTE TIENE RESISTENCIA A ESTOS ANTIRRETROVIRALES, O EL ESTUDIANTE ASEGURADO TENGA CONTRAINDICACIONES PARA RECIBIR ESTOS MEDICAMENTOS, SERÁ EVALUADO POR EL INFECTÓLOGO, QUIEN DEFINIRÁ LA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN A UTILIZAR.

6. UN MES DESPUÉS DE FINALIZADA LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL SE EVALUARÁ LA FUNCIÓN HEPÁTICA Y LA FUNCIÓN RENAL, CON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

- Cuadro hemático.
- Transaminasas.
- Bilirrubinas.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



- Fosfatasa alcalina.
- Creatinina.
- Parcial de orina.

7. CUANDO LA FUENTE DE EXPOSICIÓN PRESENTE PRUEBA DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B (HBsAg) POSITIVO O LA FUENTE ES DESCONOCIDA PERO ALTAMENTE SOSPECHOSA DE SER POSITIVA (PROCEDENTE DE ZONAS ENDÉMICAS, TRABAJADOR SEXUAL, ETC.) Y:

a. EL ALUMNO ASEGURADO EXPUESTO NO ESTÁ VACUNADO:

Se debe aplicar una dosis de inmunoglobulina específica para hepatitis B (IGHB) a dosis de 0.06 ml/kg vía intra muscular ó intra venosa en las primeras 24 horas, máximo 5 mililitros, e iniciar esquema de vacunación para hepatitis B dentro de los primeros 7 días (esquema 0, 1, 6 meses).

b. EL ALUMNO ASEGURADO EXPUESTO SÍ ESTÁ VACUNADO:

Se debe realizar titulación de anticuerpo anti antígeno de superficie para hepatitis B (ANTI-HBsAg). si se encuentra igual o mayor a 10 UI/ml (persona vacunada con repuesta adecuada) no se requiere tratamiento y debe hacerse educación al paciente.

Si la prueba de anti-hbsag es negativa o la titulación es menor de 10 UI/ml (persona vacunada con respuesta no adecuada) debe aplicarse una dosis de IGHB e iniciar esquema de vacunación para hepatitis B dentro de los primeros 7 días (esquema 0, 1, 6 meses). si no se dispone de IGHB puede aplicarse la inmunoglobulina standard.

NOTA: Si el estudiante expuesto tiene positivo el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) no debe aplicarse vacuna y se le debe aconsejar normas de bioseguridad, y debe ser valorado por su EPS.

8. SI LA SEROLOGÍA (VDRL) DEL PACIENTE-FUENTE ES POSITIVA, ADMINISTRAR PENICILINA BENZATÍNICA 2'400.000 UNIDADES, DOSIS ÚNICA IM.

9. LOS SIGUIENTES EXÁMENES DE CONTROL SE TOMARÁN AL MES Y MEDIO (6 semanas), A LOS 3 Y A LOS 6 MESES PREVIA AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO AUDITOR DE COLSANITAS SEGUROS

- Anticuerpo contra VIH.
- Anticuerpos contra hepatitis C.
- Anticuerpo anti antígeno de superficie para la hepatitis B (ANTI-HBsAg) cuantitativo, únicamente a los 2 meses después de completar el esquema de vacunación.

NOTA: SI LA FUENTE ES NEGATIVA PARA VIH, HEPATITIS B Y HEPATITIS C, Y SIN FACTORES DE RIESGO PARA PATÓGENOS SANGUÍNEOS, EL CASO NO REQUIERE SEGUIMIENTO PARA ESTAS PATOLOGÍAS.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



SI LA FUENTE ES VIRUS DE LA HEPATITIS C (+), O HAY CO-INFECCIÓN DE 2 O MÁS PATOLOGÍAS DE ESTAS, O SI EL ACCIDENTE SE CALIFICÓ COMO SEVERO, SE HARÁ CONTROL DE LABORATORIOS A LOS 12 MESES.

3. CLÁUSULA TERCERA - RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL VALOR ASEGURADO

En el evento de haber efectuado los pagos de prima correspondientes al amparo de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y una vez agotado el límite del valor asegurado contratado según lo establecido en la carátula de la póliza, los valores asegurados se restablecerán automáticamente.

4. CLÁUSULA CUARTA - VIGENCIA DEL SEGURO O PERIODO DEL SEGURO

La vigencia del presente seguro corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

La protección que brinda este seguro se extiende durante las 24 horas del día, a partir de la fecha y hora en que la presente póliza haya entrado en vigencia.

5. CLÁUSULA QUINTA. - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Esta póliza no limita edades de ingreso y permanencia.

6. CLÁUSULA SEXTA LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada asegurado corresponde al valor indicado para cada uno de los amparos en la carátula y/o sus condiciones particulares para los amparos que tengan carácter indemnizatorio, conforme con lo señalado en el artículo 1141 del Código de Comercio, se entenderá límite indemnizatorio.

COLSANITAS SEGUROS no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado en la carátula de la presente póliza. Si la totalidad de las sumas que individualmente tendría que pagar COLSANITAS SEGUROS a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado límite agregado de responsabilidad, COLSANITAS SEGUROS pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



7. CLÁUSULA SÉPTIMA - INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS

EL tomador deberá avisar por escrito a COLSANITAS SEGUROS de cualquier cambio que se registre por razón de ingresos y retiros de asegurados en un término no mayor a treinta (30) días.

COLSANITAS SEGUROS, se reserva el derecho de admitir o rechazar el ingreso de nuevos asegurados a la póliza.

Queda entendido y convenido que COLSANITAS SEGUROS no asume responsabilidad alguna por evento o accidente ocurrido antes de haber aceptado el ingreso del respectivo asegurado a la póliza.

8. CLÁUSULA OCTAVA - DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por COLSANITAS SEGUROS. 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, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero COLSANITAS SEGUROS sólo 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, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican 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.

se pone de presente, que el tomador – asegurado podrá entregar a COLSANITAS SEGUROS toda la información y documentación que considere necesaria para poder evaluar el estado del riesgo, tales como, historia clínica, entre otros.

9. CLÁUSULA NOVENA - MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a COLSANITAS SEGUROS los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



en el inciso 1º del artículo 1058 del Código de Comercio, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, COLSANITAS SEGUROS podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a COLSANITAS SEGUROS para retener la prima no devengada.

Así mismo, el tomador o los asegurados podrán, durante la vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto COLSANITAS SEGUROS, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada según la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

PARÁGRAFO: Para los efectos de la presente cláusula se entiende como modificación material del riesgo el cambio de ocupación de la persona asegurada.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del Código de Comercio el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - INAPLICACIÓN DE SANCIONES TRATÁNDOSE DE UN SEGURO COLECTIVO.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1064 del Código de Comercio, si por ser colectivo, el seguro versa sobre un conjunto de personas o intereses debidamente identificados, el contrato subsistirá con todos sus efectos, con respecto a aquellas personas que fueran extrañas a las infracciones indicadas en las cláusulas octava: Declaraciones inexactas o reticentes y cláusula novena: Modificación Material del Riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, si entre las personas aseguradas, existe una comunidad tal, que permita considerarlas como un solo riesgo, a la luz de la técnica aseguradora, las sanciones de que tratan los artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio, inciden sobre todo el contrato.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



COLSANITAS SEGUROS pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

Para obtener el pago de los valores del seguro estipulados en la presente póliza, el Beneficiario deberá presentar la reclamación, acompañada de las pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro y la calidad de beneficiario.

COLSANITAS SEGUROS podrá hacer examinar médicamente al asegurado bajo su costo cuando lo estime conveniente, sin que ello lo releve del cumplimiento de sus deberes y obligaciones de acuerdo con la Ley.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por COLSANITAS SEGUROS, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el tomador - asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a COLSANITAS SEGUROS

En el primer caso, la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

14. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - EXPIRACIÓN Y/O EXTINCIÓN DEL AMPARO

Sin perjuicio de lo previsto en la cláusula Décima Sexta (Deducciones y reglas para el pago de las indemnizaciones) los amparos concedidos a cualquier asegurado por la presente póliza y sus anexos terminan por las siguientes causas:

- a. En la fecha en que termine la vigencia señalada en la póliza.
- b. Cuando el asegurado deje de pertenecer a la entidad tomadora por cualquier causa.
- c. Por falta de pago de la prima individual.
- d. Cuando el tomador o el asegurado, por escrito solicite la exclusión del asegurado.
- e. A la finalización de la vigencia de la póliza en curso.
- f. Al momento en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia estipulada en las condiciones particulares.
- g. Tratándose de amparos opcionales, una vez se haya pagado el límite asegurado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares.

En caso de siniestro que pudiera dar lugar a una afectación de esta póliza, el tomador, el asegurado y/o el beneficiario, según corresponda, estarán obligados a cumplir con las siguientes obligaciones:

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



De acuerdo con lo previsto en artículo 1075 del Código de Comercio deberá darse aviso de siniestro dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a que se conoció o debió conocer.

Para los amparos de carácter indemnizatorio, se debe declarar la existencia de seguros coexistentes.

El incumplimiento de obligación prevista en los párrafos anteriores, legitimará a COLSANITAS SEGUROS, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

El incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes para los amparos de carácter indemnizatorio conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

En adición a lo previsto en la Cláusula sexta de esta póliza, los límites y sublímites de cobertura de los amparos que se contraten se sujetarán a las siguientes reglas especiales:

- a. En caso de que se haya contratado el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente previsto en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos) cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo básico. Por tanto, una vez pagado el equivalente al cien por ciento (100%) de la suma Asegurada, COLSANITAS SEGUROS, estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.
- b. En caso de que se haya contratado el amparo de enfermedades amparadas previstas en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos), cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico.
- c. Si la póliza tiene el amparo de enfermedades amparadas previsto en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos) e incapacidad total y permanente por enfermedad no preexistente previsto en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos), y en virtud de cualquiera de ellos COLSANITAS SEGUROS ha efectuado un pago. Dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.
- d. En caso que se hayan contratado los amparos de enfermedades amparadas previsto en el 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos) e inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente previsto en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos), y en virtud de cualquiera de ellos COLSANITAS SEGUROS ha efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.
- e. En caso de que se haya contratado el amparo de enfermedades Tropicales previstas en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos), cualquier

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.

- f. En caso de que se haya contratado el amparo de riesgo químico previstas en el numeral 1.2 (Amparos Opcionales) de la cláusula primera (Amparos), cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, éste pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

- a. Cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
- b. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes respecto de los amparos de carácter indemnizatorio sobre los mismos bienes e intereses asegurados.
- c. No tendrá derecho a reclamar la suma asegurada el beneficiario que, como autor o como cómplice, haya causado intencional e injustificadamente la muerte del asegurado o atentado gravemente contra su vida.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad que figure como de expedición en la carátula de la póliza.

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



19. CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares, a menos que se defina de otra manera.

En caso que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el asegurado y COLSANITAS SEGUROS con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ante justicia ordinaria o ante la arbitral, si se pacta cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llega a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - CESIÓN

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de COLSANITAS SEGUROS

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomador y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por COLSANITAS SEGUROS y, que resulta de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador/ asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a COLSANITAS SEGUROS, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomador y/o asegurado

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D001

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que COLSANITAS SEGUROS suministrará para tal efecto.

24. 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 surtirse 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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:

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001



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

28. LÍNEAS DE ATENCIÓN

Para tramitar cualquier solicitud, queja o reclame, 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

20/08/2024-1433-P-31-APTRADICIONAL001-D00I

20/08/2024-1433-NT-31-APTRADICIONAL001

