



Mi Bienestar Protegido
El apoyo que necesitas
en momentos difíciles.

Este seguro te acompaña y te respalda desde el primer diagnóstico de una **enfermedad grave**.

Banca 
El Banco de los que crecen

Fundación
BBVA Microfinanzas

 **SBS**
Seguros Colombia

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES “MI BIENESTAR PROTEGIDO”

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

1. ¿QUÉ TE CUBRIMOS?

1.1. AMPARO BÁSICO

SBS SEGUROS TE CUBRE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SIEMPRE Y CUANDO ESTE HECHO OCURRA ESTANDO VIGENTE LA PÓLIZA, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

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

1.2. COBERTURAS ADICIONALES

1.2.1. ENFERMEDADES GRAVES

SI ERES DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN EN EL PAÍS, Y POR PRIMERA VEZ, DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN, SBS SEGUROS TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER DIAGNÓSTICO SE DÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SERÁN OBJETO DE COBERTURA:

- CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS DE DIFERENTES ÓRGANOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA

LEUCEMIA Y EL LINFOMA DE HODGKIN O NO HODGKING.

- ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO (TIPO TROMBÓTICO, EMBÓLICO O HEMORRÁGICO), QUE CAUSE LESIONES IRREVERSIBLES.
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DAÑO BILATERAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL (PERITONEAL O HEMODIÁLISIS) O UN TRASPLANTE RENAL.
- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO.
- CIRUGÍA ARTERIO - CORONARIA: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, QUE SE REALIZA PARA CORREGIR LA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, QUE NO RESPONDEN A TRATAMIENTO MÉDICO Y EN CONSECUENCIA ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO.
- ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA. DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE HECHO POR ESPECIALISTA.
- TRASPLANTE DE ÓRGANOS: SBS SEGUROS CUBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. LA COMPAÑÍA AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Estrictamente INDISPENSABLE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO O PÁNCREAS

TOTAL (SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), QUE PROVENGAN DE UN DONANTE EFECTIVO COMPATIBLE VIVO O MUERTO. NO ESTÁN INCLUIDOS NI RIÑÓN NI CORNEA.

- GRAN QUEMADO: SBS SEGUROS OTORGA COBERTURA A PACIENTES CON QUEMADURAS MAYORES AL 20% DE EXTENSIÓN Y PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS Y PERINÉ.
- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DETERIORO O PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL PUESTA DE MANIFIESTO POR EL ESTADO CLÍNICO O POR LOS CUESTIONARIOS ESTANDARIZADOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER O COMPORTAMIENTO ANORMAL POR ALTERACIONES ORGÁNICAS IRREVERSIBLES QUE CAUSAN DETERIORO IMPORTANTE DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y QUE OBLIGAN A LA SUPERVISIÓN CONTINUA DEL ASEGURADO.
- ENFERMEDAD DE PARKINSON: ENFERMEDAD LENTAMENTE DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O PÉRDIDA DE LAS NEURONAS PIGMENTADAS DE LA SUSTANCIA NEGRA. ÚNICAMENTE ESTÁ CUBIERTA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA. EL PAGO DEL AMPARO ESTARÁ CONDICIONADO A QUE LA ENFERMEDAD NO PUEDA CONTROLARSE CON MEDICACIÓN, MUESTRE SIGNOS DE EVOLUCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL Y HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.
- ESTADO DE COMA: ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIONES O RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE LA VIDA POR UN PERÍODO DE AL MENOS 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT

NEUROLÓGICO PERMANENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE 3 MESES CONSECUTIVOS.

- TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBER SER CONFIRMADO POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO Y HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.
- PARÁLISIS: PÉRDIDA DEFINITIVA DE LA CAPACIDAD DE MOVIMIENTO DE DOS O MÁS MIEMBROS DEL CUERPO PRODUCIDA POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD. DEBERÁ HABER EVIDENCIA DE FALLO TOTAL Y PERMANENTE DE LA CONDUCTIVIDAD DE LA MÉDULA ESPINAL POR SECCIÓN DE LA MISMA.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO RENAL. DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE UN REUMATÓLOGO, CON REGISTRO DE POR LO MENOS DOS EPISODIOS DE ATAQUE DEL SISTEMA DE DEFENSA AL TEJIDO CONECTIVO, CON PRESENCIA DE AL MENOS 4 DE 11 SIGNOS COMUNES DE LA ENFERMEDAD Y PRUEBA POSITIVA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (AAN) Y PRUEBAS INMUNOLÓGICAS COMPLEMENTARIAS QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO. EL DIAGNÓSTICO SE HACE A PARTIR DE LA CLÍNICA, EXAMEN FÍSICO Y PRUEBAS DE LABORATORIO. PUEDE AFECTARSE CUALQUIER PARTE DEL ORGANISMO - PIEL, ARTICULACIONES, PULMONES, VASOS SANGUÍNEOS, RIÑONES, HÍGADO, SISTEMA NERVIOSO Y/O APARATO REPRODUCTOR CON DETERIORO FUNCIONAL, CON UNA DURACIÓN CONTINUA NO INFERIOR A CIENTO OCHENTA (180) DÍAS Y CON UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

- ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA - INSUFICIENCIA HEPÁTICA, HEPATITIS B Y C, CIRROSIS HEPÁTICA.: PROCESO PATOLÓGICO DEL HÍGADO QUE IMPLICA UN PROCESO DE DESTRUCCIÓN Y REGENERACIÓN PROGRESIVA DEL PARÉNQUIMA HEPÁTICO QUE CONDUCE A FIBROSIS Y CIRROSIS, CON DURACIÓN DE UN PERÍODO DE SEIS MESES, QUE INCLUYEN INFLAMACIÓN (HEPATITIS CRÓNICA), CIRROSIS HEPÁTICA Y CARCINOMA HEPATOCELULAR. EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE MAS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, SE DARÁ COBERTURA ÚNICAMENTE A LA DE MAYOR SEVERIDAD, ES DECIR, NO SON ACUMULATIVAS.

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

1.2.2. ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER IN SITU

SBS SEGUROS TE ANTICIPARÁ EL 50% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, EN CASO DE DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE CÁNCER IN SITU DE SENO, PRÓS-TATA O MATRIZ.

LA SUMA DE DINERO PAGADA A TÍTULO DE ANTICIPO SE RESTARÁ DEL VALOR TOTAL QUE, POSTERIORMENTE, PUDIERA CAUSARSE EN LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES (AMPARO 1.2.1.).

EL PAGO DE ESTE ANTICIPO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA DENOMINADA “ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER IN SITU”.

1.2.3. RENTA POR MEDICAMENTOS

SBS SEGUROS REALIZARÁ UN PAGO ÚNICO DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ, DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.2.1.

EL PAGO DE ESTA RENTA GENERARÁ

LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA DENOMINADA “RENTA POR MEDICAMENTOS”.

2. ¿QUÉ NO TE CUBRIMOS?

2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE FALLECIMIENTO POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ACCIDENTE, ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- LA COLOCACIÓN DE STEN MEDICADO O NO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO TIPO DE PRÓTESIS ENDOVASCULAR.

- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO Y GENÉTICO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA PÓLIZA O SOPORTADA A TRAVÉS DE HISTORIA CLÍNICA CON FECHA DE DIAGNÓSTICO (PREEXISTENCIA).
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
- CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
- LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACIÓN TNM (TUMOR NÓDULO METÁSTASIS) CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO 1 Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA.
- CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 NO MO (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO

TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.

3.DEFINICIONES

- Accidente: es el hecho externo, imprevisible, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause al asegurado la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o internas, médicamente comprobadas.
- Asegurado: las personas naturales sobre cuya vida se estipula el seguro.
- Beneficiario: persona o personas a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que se designe.
- Compañía: entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza y que para efectos de este contrato será SBS SEGUROS
- Póliza: se trata del presente documento, el cual establece los derechos y obligaciones de SBS SEGUROS y del asegurado, en relación al seguro contratado.
- Prima: precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.
- Tomador del seguro: para el caso de la presente póliza, se trata de BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCA-MIA, a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y Beneficiario.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de ingreso es de mínimo 18 años y máximo 79 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 80 años y 364 días

5.VIGENCIA

La vigencia de la póliza individual, que deberá pactarse vía carátula de la póliza o certificado individual de seguro, podrá ser:

- Igual a la vigencia del crédito otorgado por el Banco.
- El Periodo adicional acordado a la vigencia del crédito inicialmente otorgado, en caso de que el asegurado no tenga créditos con el Banco y decida adquirir el seguro a través de otro producto financiero.

6. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a SBS SEGUROS, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso o de permanencia a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

7. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Por la voluntad del Tomador o Asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando SBS SEGUROS indemnice por el amparo de Fallecimiento Accidental o el amparo de Enfermedades Graves.
- Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

8. REVOCACIÓN

El Tomador y/ Asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante notificación previa a SBS SEGUROS, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

La recepción por parte de SBS SEGUROS de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de la misma procediendo la compañía a reembolsar la suma recibida.

9. RETICENCIA O INEXACTITUD

La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro. En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar Lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

10. AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

SBS SEGUROS pagará directamente al Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro de los veinticinco (25) días calendarios siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación y se radique el último documento que acredite ocurrencia y cuantía.

12. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

13. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

Documentos sugeridos en caso de siniestro:

- a. Fallecimiento Accidental:
 - Documento Identidad Asegurado

- Historia Clínica antes del ingreso e historia clínica actual, detallada y completa.
- Certificación cuenta bancaria no mayor a 30 días de expedida a nombre del beneficiario del pago. Numero Nequi o Daviplata hasta los topes permitidos por la entidad.
- Formulario Sarlaft para cada beneficiario.
- Documento de Identidad Beneficiario.
- Protocolo de Necropsia.
- Epicrisis o Acta de Levantamiento.

b. Enfermedades Graves o Cáncer In situ:

- Documento Identidad Asegurado.
- Historia Clínica antes del ingreso e historia clínica actual, detallada y completa.
- Certificación cuenta bancaria no mayor a 30 días de expedida a nombre del beneficiario del pago. Numero Nequi o Daviplata hasta los topes permitidos por la entidad.
- Documento de Identidad Beneficiario.

14. NORMAS SUPLETORIAS

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

ANEXO ASISTENCIA MI BIENESTAR PROTEGIDO

El presente Anexo hace parte del SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES “MI BIENESTAR PROTEGIDO”. A través de este Anexo, SBS SEGUROS, por medio de una COMPAÑÍA DE ASISTENCIA designada para el efecto, pone a su disposición, durante la vigencia de la póliza, las asistencias que a continuación se relacionan:

¡TEN PRESENTE! SBS SEGUROS PRESTARÁ, POR INTERMEDIO DE UNA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, LAS COBERTURAS ENUNCIADAS, LAS CUALES EN NINGÚN MOMENTO APLICARÁN POR REEMBOLSO O INDEMNIZACIÓN.

LAS COBERTURAS OTORGADAS POR SBS SEGUROS NO CONSTITUYEN UN SEGURO MÉDICO, NI UNA EXTENSIÓN Y/O SERVICIO COMPLEMENTARIO A LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL, MEDICINA PREPAGADA, NI A LOS AMPAROS CORRESPONDIENTES A LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS LABORALES.

1.¿QUE CUBRIMOS?

1.1.ORDEN DE EXÁMENES PREVENTIVOS - HERRAMIENTA

SBS SEGUROS PONE A TU DISPOSICIÓN UNA ORDEN DE EXÁMENES PREVENTIVOS PERSONALIZADOS, DISEÑADA PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. ESTAS ÓRDENES SE GENERAN MÁXIMO 1 VEZ AL AÑO DE MANERA INDIVIDUALIZADA, CONSIDERANDO LA EDAD, EL PESO, EL GÉNERO Y LA ESTATURA DE CADA PERSONA. EL OBJETIVO ES PROMOVER LA CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS EXÁMENES PREVENTIVOS REGULARES Y PROPORCIONAR ORIENTACIÓN SOBRE CUÁNDO Y POR QUÉ DEBEN REALIZARSE ESTOS.

ESTE SERVICIO NO REQUIERE AGENDAMIENTO, Y ESTÁ DISPONIBLE EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE SERVICIO A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA DIGITAL (URL).

CANTIDAD DE CONSULTAS: 1 ANUAL.

1.2.SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA - AGENDABLE

SBS SEGUROS TE OFRECE LA POSIBILIDAD DE OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN ÁREAS CLAVE COMO ONCOLOGÍA, UROLOGÍA Y GINECOLOGÍA, A TRAVÉS DE CONSULTAS VIRTUALES CON ESPECIALISTAS DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA. ESTE SERVICIO TE PROPORCIONA LA OPORTUNIDAD DE CONFIRMAR DIAGNÓSTICOS, EXPLORAR OPCIONES DE TRATAMIENTO Y RECIBIR ORIENTACIÓN ADICIONAL DE EXPERTOS EN TU CONDICIÓN, BRINDANDO MAYOR SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LAS DECISIONES DE SALUD.

DURANTE LA CONSULTA, DEBERÁS PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA RELEVANTE, INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE EXÁMENES Y EL DIAGNÓSTICO PREVIO, PARA QUE LA CONSULTA SE AJUSTE DE MANERA PRECISA A TU SITUACIÓN MÉDICA.

LA OPORTUNIDAD DE ENCONTRAR UNA AGENDA DISPONIBLE PARA ESTE SERVICIO ES DE UN MÁXIMO DE ENTRE 48 Y 60 HORAS, SIN IMPORTAR EL PROFESIONAL, Y LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN SERÁ DE 30 MINUTOS.

ESTE SERVICIO REQUIERE UN AGENDAMIENTO PREVIO A LA CONSULTA EN LA PLATAFORMA, Y ESTARÁ DISPONIBLE EN EL SIGUIENTE HORARIO: DE LUNES A DOMINGO, DE 9:00 A.M. A 10:00 P.M. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE SERVICIO A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA DIGITAL (URL).

1.3.SMATCHCHECK- HERRAMIENTA

SBS SEGUROS PONE A TU DISPOSICIÓN UNA HERRAMIENTA QUE UTILIZA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA LECTURA DE MÁS DE 10 SIGNOS VITALES, DISEÑADA PARA PROMOVER LA PREVENCIÓN Y EL CUIDADO DE LA SALUD DE MANERA EFECTIVA. A TRAVÉS DE ESTA TECNOLOGÍA, TE EMPODERA PARA QUE COMPRENDAS LA IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES REGULARES, CUÁNDO

Y POR QUÉ REALIZARTE ESTOS EXÁMENES, Y TOMES MEDIDAS PROACTIVAS PARA PRESERVAR TU BIENESTAR. CON ELLO, CONTRIBUIMOS A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES, MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA Y PROMOVIENDO EL BIENESTAR GENERAL. ESTE SERVICIO NO REQUIERE AGENDAMIENTO, Y ESTÁ DISPONIBLE EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS. PODRÁS ACCEDER A ESTE SERVICIO A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA DIGITAL (URL).

CANTIDAD DE CONSULTAS: ILIMITADAS

¿QUÉ LOGRAS CON ESTA HERRAMIENTA?:

MONITOREO DE SIGNOS VITALES A TRAVÉS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL:

- SENSORES: LOS SENSORES DEL SMARTCHECK CAPTURAN INFORMACIÓN DE FORMA NO INVASIVA, POR MEDIO DE LA CÁMARA DEL DISPOSITIVO.
- RECOPIACIÓN DE DATOS: LOS SENSORES RECOPIAN INFORMACIÓN EN TIEMPO REAL Y LO ENVÍAN A UN SISTEMA CENTRAL PARA EL PROCESAMIENTO.
- PROCESAMIENTO DE DATOS: LOS ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL ANALIZAN LOS DATOS PARA IDENTIFICAR POSIBLES ANOMALÍAS O PROBLEMAS DE SALUD.
- INTERPRETACIÓN Y ALERTAS: LA HERRAMIENTA ARROJA E INTERPRETA LOS RESULTADOS EN FORMA DE UN SEMÁFORO:
 - VERDE: SIGNOS NORMALES
 - AMARILLO: ATENCIÓN Y PRECAUCIÓN
 - ROJO: RIESGO Y REVISIÓN.

1.4. TELEMEDICINA MEDICINA GENERAL - ATENCIÓN PRIORITARIA 24/7.

SBS SEGUROS PONE A TU DISPOSICIÓN EL SERVICIO DE TELEMEDICINA EN MEDICINA GENERAL ILIMITADA, A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA (CONSULTA VIRTUAL POR VIDEO). ESTE SERVICIO TIENE COMO OBJETIVO ATENDER CONSULTAS VIRTUALES PARA VALORAR, DIAGNOSTICAR Y OFRECER RECOMENDACIONES MÉDICAS NECESARIAS Y APROPIADAS, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA INFORMADA POR EL USUARIO DURANTE LA CONSULTA. ADEMÁS, SE BRINDARÁ INFORMACIÓN OPORTUNA Y PERTINENTE PARA ABORDAR INQUIETUDES RELACIONADAS CON TEMAS GENERALES DE SALUD, PREVENCIÓN Y/O SÍNTOMAS QUE NO ESTÉN ASOCIADOS A SITUACIONES DE EMERGENCIA O ACCIDENTES QUE REQUIERAN ATENCIÓN INMEDIATA PRESENCIAL, SIN QUE ESTO IMPLIQUE UNA OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN O TRATAMIENTO.

BAJO ESTE SERVICIO SE REALIZARÁN EVALUACIONES O VALORACIONES VIRTUALES, BASADAS EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL USUARIO; LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÁ ENCAMINADA A BRINDAR RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS A SEGUIR EN RELACIÓN CON EL CASO DESCRITO POR EL MISMO.

EL TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO BAJO ESTA MODALIDAD DE ATENCIÓN INMEDIATA ES DE 15 MINUTOS, Y EL TIEMPO DE LA ATENCIÓN NO ESTÁ RESTRINGIDO; ESTÁ SUJETO A LA PERTINENCIA MÉDICA DETERMINADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

ESTE SERVICIO NO REQUIERE AGENDAMIENTO, Y ESTÁ DISPONIBLE EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE, A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA DIGITAL (URL)

CANTIDAD DE SERVICIOS: ILIMITADOS.

1.5. TRASLADO DE AMBULANCIA - SERVICIO PRESENCIAL 24/7

SBS SEGUROS A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, PONE A TU DISPOSICIÓN EL SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA, CON EL PROPÓSITO DE ATENDER AQUELLOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO SUFRAN UN ACCIDENTE O URGENCIA MÉDICA, QUE REQUIERA A CRITERIO DEL MÉDICO, UNA ATENCIÓN PRESENCIAL. DE ESTA MANERA, SE GESTIONARÁ Y CUBRIRÁ EL COSTO DEL TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO MÁS CERCANO, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA LA INFRAESTRUCTURA PRIVADA QUE LO PERMITA. LA AFILIACIÓN A UNA EPS ES UN REQUISITO PARA PODER ACCEDER AL SERVICIO.

1.5.1. ACTIVACIÓN DEL SERVICIO TRASLADO EN AMBULANCIA:

DEBES ACCEDER AL ECOSISTEMA UTILIZANDO TU PERFIL Y, UNA VEZ DENTRO DE LA PLATAFORMA, DIRIGIRTE A LA SECCIÓN DE “ATENCIÓN INMEDIATA CON MÉDICO GENERAL”. EN ESTE ESPACIO, EL PROFESIONAL DE LA SALUD LLEVARÁ A CABO UNA VALORACIÓN A TRAVÉS DE UNA VIDEO CONSULTA Y, EN CASO DE SER NECESARIO SEGÚN SU DIAGNÓSTICO, ACTIVARÁ EL SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA HASTA EL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO.

ESTE PROCESO PUEDE DEMANDAR UN TIEMPO ESTIMADO DE 2 A 5 HORAS, DESDE QUE EL MÉDICO ACTIVA EL SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA HASTA QUE SE CONCLUYE TODO EL PROCEDIMIENTO NECESARIO PARA GARANTIZAR TU RECOGIDA PARA SU POSTERIOR TRASLADO AL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE ESTE TIEMPO PUEDE SER MENOR, DEPENDIENDO DE LA UBICACIÓN DONDE TE ENCUENTRES Y LA DISPONIBILIDAD DE AMBULANCIAS EN ESTA ÁREA DE ATENCIÓN.

ESTE SERVICIO SE ACTIVARÁ DESDE LA ATENCIÓN DE FILA ÚNICA Y ES EL MÉDICO POR VIDEO- CONSULTA QUIEN DETERMINARÁ Y ACTIVARÁ EL ENVÍO DE UNA AMBULANCIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO (TAB), SEGÚN TU CONDICIÓN. TENDRÁS DISPONIBILIDAD EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS. PODRÁS ACCEDER A ESTE SERVICIO A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA DIGITAL (URL).

CANTIDAD DE SERVICIOS: HASTA 4 EVENTOS SEGÚN EL PLAN DEFINIDO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

1.6. WIKIDOC - HERRAMIENTA

SBS SEGUROS PONE A TU DISPOSICIÓN RECURSOS INFORMATIVOS Y EDUCATIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD Y EL BIENESTAR A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA, CON EL FIN DE PROMOVER LA EDUCACIÓN EN SALUD, EMPODERAR A LAS PERSONAS PARA TOMAR DECISIONES INFORMADAS SOBRE SU BIENESTAR, FOMENTAR LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, Y BRINDAR APOYO PARA EL AUTOCUIDADO; PERMITIENDO A LAS PERSONAS COMPRENDER Y GESTIONAR SUS CONDICIONES DE SALUD DE MANERA EFECTIVA, MEJORANDO ASÍ SU CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR GENERAL.

ESTE SERVICIO NO REQUIERE AGENDAMIENTO, Y ESTÁ DISPONIBLE EN EL HORARIO DE LUNES A DOMINGO, 24 HORAS. SE PODRÁ ACCEDER A ESTE SERVICIO A TRAVÉS DEL ECOSISTEMA DIGITAL (URL).

CANTIDAD DE CONSULTAS: ILIMITADOS.

2. COBERTURA GEOGRÁFICA DEL SERVICIO

LA COBERTURA DE LAS ASISTENCIAS DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO,

INCLUYE EL PERÍMETRO URBANO DE LAS CIUDADES Y MUNICIPIOS LISTADOS A CONTINUACIÓN. NO OBSTANTE, NO SE EXTIENDE A ZONAS DE CONFLICTO ARMADO, ÁREAS CON PROBLEMAS DE ORDEN PÚBLICO, PRESENCIA DE PANDILLAS O CUALQUIER OTRA ÁREA INSEGURA QUE PONGA EN RIESGO LA INTEGRIDAD DEL EQUIPO MÉDICO:

ANTIOQUIA MEDELLÍN, BELLO, ENVIGADO, ITAGÜÍ, RIO NEGRO, SABANETA, COPACABANA, APARTADÓ, LA ESTRELLA, BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, SOACHA, CHICA, MOSQUERA, GIRARDOT, FACATATIVÁ, ZIPAQUIRÁ, FUNZA, CAJICÁ, MADRID, FUSAGASUGÁ, COTA, LA CALERA, VALLE DEL CAUCA CALI, PALMIRA, JAMUNDÍ, YUMBO, CARTAGO, BUGA, TULUÁ, ATLÁNTICO BARRANQUILLA, SOLEDAD, CÓRDOBA, CANDELARIA, MALAMBO, BOLÍVAR CARTAGENA, BUCARAMANGA, FLORIDABLANCA, BARRANCABERMEJA, GIRÓN, PIE DE CUESTA, SAN GIL, NORTE DE SANTANDER, CÚCUTA, LOS PATIOS, VILLA DEL ROSARIO, PAMPLONA, OCAÑA, META, VILLAVICENCIO, ACACIAS, RESTREPO, CUMARAL, PUERTO GAITÁN, PUERTO LÓPEZ, TOLIMA, IBAGUÉ, ESPINAL, MELGAR, MONTERITA, CERETÉ, CALDAS, MANIZALES, CHINCHINÁ, HUILA, NEIVA, PITALITO, CAMPO ALEGRE, GARZÓN, RIVERA, RISARALDA, PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA DE CABAL, LA VIRGINIA, MAGDALENA, SANTA MARTA, BOYACÁ, TUNJA, DUITAMA, SOGAMOSO, CIÉNAGA, CHIQUINQUIRÁ, QUINDÍO, ARMENIA, CALARCÁ, CAUCA, POPAYÁN, CESAR, VALLEDUPAR, AGUACHICA, SAN MARTÍN, AGUSTÍN CODAZZI, CASANARE, YOPAL, AGUAZUL, SINCELEJO, COROZAL, NARIÑO, PASTO, IPIALES, TUMACO.

3.¿QUÉ NO CUBRIMOS?

QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE LOS SERVICIOS PRESENCIALES LOS SIGUIENTES EVENTOS:

EXCLUSIONES GENERALES

1. ACCIDENTES, U OTROS CASOS QUE REQUIERAN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA PRESENCIAL.
2. TRATAMIENTOS Y/O ESPECIALIDADES NO CONTEMPLADAS O ESPECIFICADAS EN ESTE DOCUMENTO.
3. LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO TELEMEDICINA O TELEORIENTACIÓN VIRTUAL.
4. SE EXCLUYE LA TRANSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES, LOS MEDICAMENTOS Y LOS EXÁMENES QUE SE HAYAN PODIDO FORMULAR.
5. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN DE URGENCIA O EVALUACIÓN PRESENCIAL.
6. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE NECESITEN UNA GESTIÓN CONTINUADA Y PRESENCIAL SEGÚN LAS PAUTAS MÉDICAS ESTÁNDAR.
7. PROBLEMAS DE SALUD QUE REQUIERAN PRUEBAS FÍSICAS O DIAGNÓSTICOS QUE NO PUEDAN REALIZARSE DE MANERA REMOTA.
8. MEDICAMENTOS CONTROLADOS QUE REQUIEREN UNA EVALUACIÓN FÍSICA ANTES DE LA PRESCRIPCIÓN Y, POR LO TANTO, NO PUEDEN SER MANEJADOS COMPLETAMENTE A TRAVÉS DE LA TELEMEDICINA.
9. LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA COMPRA DE MEDICAMENTOS O LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO SE HAYAN PODIDO FORMULAR.

EXCLUSIONES APLICABLES A LOS SERVICIOS PRESENCIALES:

1. ACCIDENTES OCASIONADOS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL, DROGAS Y CUALQUIER CLASE DE NARCÓTICOS Y CUANDO SE ENCUENTRE CONDUCIENDO UN VEHÍCULO DE TRACCIÓN - SÓLO SE CUBRE A QUIEN NO ESTÁ CONDUCIENDO (COPILOTO Y PASAJEROS). ASIMISMO, ACCIDENTES OCASIONADOS POR INFRINGIR LA LEY.

2. GASTOS INCURRIDOS EN CUALQUIER TIPO DE PRÓTESIS, INCLUIDAS LAS DENTALES, LENTES, AUDÍFONOS, SILLAS DE RUEDA, MULETAS, ANTEOJOS, ETC.
3. LOS PARTOS, ESTADOS DE EMBARAZO, CONTROLES GINECOLÓGICOS, EXÁMENES RELACIONADOS CON LOS MISMOS. LOS ABORTOS, O LAS PÉRDIDAS CUALQUIERA SEA SU ETIOLOGÍA U ORIGEN.
4. ASIMISMO, TODAS LAS COMPLICACIONES RESULTANTES DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.
5. LOS EVENTOS Y LAS CONSECUENCIAS DE DESENCADENAMIENTO DE FUERZAS NATURALES, TSUNAMIS, TEMBLORES, TERREMOTOS, TORMENTAS, TEMPESTADES, HURACANES, CICLONES, INUNDACIONES, EVENTOS DE RADIACIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO FENÓMENO NATURAL O NO, CON CARÁCTER EXTRAORDINARIO O EVENTO QUE, DEBIDO A SUS PROPORCIONES O GRAVEDAD, SEA CONSIDERADO COMO DESASTRE NACIONAL REGIONAL O LOCAL O CATÁSTROFE, SISMOS, HURACANES, INUNDACIONES ETC.
6. EL SUICIDIO, O EL INTENTO DE SUICIDIO O LAS LESIONES INFRINGIDAS A SÍ MISMO POR PARTE DEL USUARIO Y/O SU FAMILIA, ASÍ COMO CUALQUIER ACTO DE MANIFIESTA IRRESPONSABILIDAD O IMPRUDENCIA GRAVE POR PARTE DEL USUARIO DE LA ASISTENCIA.
7. LOS TRATAMIENTOS QUE A CAUSA DE UN ACCIDENTE PRECISE DEL CONTROL DE ENFERMEDADES DERIVADAS O DEBIDAS O CONSECUENTES DE LAS DEFORMACIONES CONGÉNITAS, ENFERMEDADES PREEXISTENTES O CRÓNICAS, CONOCIDAS O NO POR EL USUARIO.
8. EXÁMENES Y/U HOSPITALIZACIONES PARA PRUEBAS DE ESFUERZO, TODO TIPO DE CHEQUEOS PREVENTIVOS, HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, DE CURACIÓN TOTAL, O EXÁMENES Y/O HOSPITALIZACIONES DESPUÉS DE SUPERADA LA EMERGENCIA.
9. RIESGOS PROFESIONALES: SI EL MOTIVO DEL SERVICIO DEL USUARIO FUESE LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS O TAREAS QUE INVOLUCREN UN RIESGO PROFESIONAL, ASÍ COMO LAS LESIONES CLASIFICADAS COMO LESIONES POR ESFUERZOS REPETITIVOS, ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AL TRABAJO, LESIÓN POR TRAUMA CONTINUADO O CONTINUO, ETC., O SIMILARES, TANTO COMO SUS CONSECUENCIAS POST TRATAMIENTO INCLUSIVE QUIRÚRGICOS EN CUALQUIER TIEMPO.
10. NO SE BRINDARÁ ASISTENCIA DE NINGÚN TIPO AL USUARIO EN SITUACIÓN MIGRATORIA O LABORAL ILEGAL.

TODAS LAS DEFINICIONES, CONDICIONES Y LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA LE SERÁN APLICABLES AL PRESENTE ANEXO, EXCEPTO AQUELLAS QUE SE DEFINAN ESPECÍFICAMENTE EN EL CUERPO DEL ANEXO.