

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: PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SE ENTIENDE POR CÁNCER LA ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR LA MULTIPLICACIÓN RÁPIDA E INCONTROLADA DE CÉLULAS ANORMALES, CON LA CONSECUENTE FORMACIÓN DE TUMORES MALIGNOS DE CUALQUIER LOCALIZACIÓN, QUE SE EXTIENDEN MÁS ALLÁ DEL TEJIDO O CAPA EN DONDE SE ORIGINAN, INVADEN TEJIDOS ADYACENTES O PRODUCEN METÁSTASIS A OTROS ÓRGANOS.

EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ACTIVO DEBERÁ ESTAR RESPALDADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA Y SUSTENTADO EN RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y/O HISTOPATOLOGÍA, ASÍ COMO EN LA HISTORIA CLÍNICA CORRESPONDIENTE.

- **ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES:** PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APOORTE 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 APOORTE 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.

PARA LA COBERTURA DE CÁNCER, CONFORME LA LEY 2475 DE 2025, LOS ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS QUE HAYAN CUMPLIDO EL TIEMPO DE LEY NO AFECTARÁN SU ASEGURABILIDAD NI SUS COBERTURAS. EVALUAREMOS SU RIESGO RESPETANDO SU DERECHO AL OLVIDO.

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, PRÓSTATA 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

SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN LA LEY 2475 DEL 2025 Y SUS MODIFICACIONES, QUEDAN EXCLUIDAS DE TODOS LOS AMPAROS LOS EVENTOS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CASOS:

- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA
- 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.
- QUEDA EXCLUIDO DE ESTE AMPARO CUALQUIER DIAGNOSTICO O MANIFESTACION DE CÁNCER QUE SE PRODUZCA EN UNA FECHA ANTERIOR A LA FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE CARENCIA INDICADO

EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

- LESIONES DESCRITAS HISTOLÓGICAMENTE COMO PRE-MALIGNAS, NO-INVASIVAS O COMO CÁNCER IN-SITU EN CUALQUIER ÓRGANO, CÁNCER DE PIEL DISTINTOS DEL MELANOMA MALIGNO, CUALQUIER NEOPLASIA INTRACERVICAL (NIC I NIC II Y NIC III) ASÍ COMO LESIONES ASOCIADAS AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH), CÁNCER METASTÁSICO ACTIVO QUE AFECTE UNO O VARIOS ORGANOS, EXISTENTE, CONOCIDO O EN RECAIDA AL INICIO DE LA COBERTURA.
- 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.

3. DEFINICIONES

- Accidente: es el hecho externo, imprevisto, 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 BANCAMIA, 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.
- Un año adicional 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. PAGO DE LA PRIMA

El asegurado deberá pagar la prima completa de su seguro dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al inicio de vigencia o extensión correspondiente.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE.

¡MUY IMPORTANTE! Salvo lo establecido en la ley 2475 de 2025 y sus modificaciones, usted tiene la obligación legal de declarar de manera completa, veraz y sincera todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo al momento de contratar este seguro. La omisión, inexactitud o falsedad en esta declaración podrá generar las consecuencias previstas en la ley, incluida la terminación del contrato de seguro o el ajuste de las condiciones contractuales cuando la información omitida hubiese llevado a SBS SEGUROS a no asegurarlo o a hacerlo en condiciones diferentes.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.