

BDA - 500034

**HOSPITALIZACION POR
CUALQUIER CAUSA
O POR ENFERMEDADES
GRAVES**

CONDICION PRIMERA - AMPARO

CON SUJECION A LAS CONDICIONES CONTRACTUALES AQUI ESTIPULADAS, Y LO DISPUESTO EN LA SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO, LA COMPAÑIA INDEMNIZARA AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO, SI COMO CONSECUENCIA DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE (HECHO EXTERNO Y SUBITO, INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO), EL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

1. HOSPITALIZACION - RENTA DIARIA DETERMINA EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, MINIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISION DE UN MEDICO LEGALMENTE RECONOCIDO PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESION.

BAJO ESTE AMPARO, LA COMPAÑIA PAGARA UNA SUMA DIARIA POR CADA DIA DE HOSPITALIZACION.

SE ENTIENDE POR CENTRO HOSPITALARIO PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA, UN ESTABLECIMIENTO LEGALMENTE CONSTITUIDO PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, DE ACUERDO CON LA LEGISLACION COLOMBIANA.

NO SON CONSIDERADOS CENTROS HOSPITALARIOS PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA:

- INSTITUCIONES MENTALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS.
- LUGARES DE REPOSO, CONVALESCENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, DROGADICTOS O ALCOHOLICOS.
- LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS.
- CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO.

2. CANCER

PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA DE SEGURO,

SE DEFINE, COMO TODA ENFERMEDAD MANIFESTADA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO INCONTROLABLE, ANORMAL DE CELULAS MALIGNAS CON O SIN COMPROMETER CUALQUIER OTRO ORGANOS DEL CUERPO.

DICHO CANCER, DEBE SER DIAGNOSTICADO POR UN MEDICO CON LICENCIA PERMANENTE Y VALIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA, COMPROBADO Y CLASIFICADO POR UN MEDICO PATOLOGO.

3. INFARTO AL MIOCARDIO

PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA DE SEGURO, SE ENTIENDE COMO LA MUERTE DE UN GRUPO DE CELULAS MIOCARDICAS A CONSECUENCIA DE LA SUPRESION DE LA CIRCULACION QUE LES PERTENECE EN EL MUSCULO CARDIACO. DICHO INFARTO DEBE SER DIAGNOSTICADO, CLINICA, ELECTROCARDIOGRAFICA Y SEROLOGICAMENTE.

4. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O APOPLEJIA PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA DE SEGURO, SE ENTIENDE COMO AQUEL COMPLEJO SINTOMATICO, SECUNDARIO A PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL TROMBOTICA, EMBOLICO, OCLUSIVO Y/O HEMORRAGICO, QUE SE MANIFIESTA CON DEFICIENCIAS MOTORAS Y/O SENSORIALES, CORRESPONDIENTES AL AREA LESIONADA Y EN MUCHOS CASOS, CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE CONCIENCIA.

APOPLEJIA DEBERA SER DIAGNOSTICADA CLINICAMENTE POR MEDICO QUE POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VALIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

SALVO ESTIPULACION EXPRESA EN CONTRARIO LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LOS EVENTOS A CONTINUACION RELACIONADOS, NO OBTANTE PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

1. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, INVASION, HOS-

TILIDADES, REVOLUCION (GUERRA DECLARADA O NO), INSURRECCION MILITAR O USURPACION DEL PODER; INGRESAR VOLUNTARIA U OBLIGATORIAMENTE AL SERVICIO MILITAR CON CUALQUIER FUERZA ARMADA DE CUALQUIER PAIS U ORGANIZACION INTERNACIONAL.

2. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE LOCURA, ASI COMO LAS LESIONES AUTOINFLINGIDAS O CUALQUIER INTENTO ELLO.

3. DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTANAS DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUIAS, ESPELEOLOGIA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES O CARRERAS QUE NO SEAN A PIE.

4. USO DE AREONAVES (INCLUYENDO HELICOPTEROS) A MENOS QUE SEA COMO PASAJERO QUE PAGA BOLETO EN UN AVION DE LINEAS AEREAS O COMPANIAS DE VUELO CON LA DEBIDA AUTORIZACION PARA EL TRANSPORTE FRECUENTE DE PASAJEROS QUE PAGAN BOLETO, O EN UN HELICOPTERO QUE OPERA SOLAMENTE ENTRE AEROPUERTOS O HELIPUERTOS COMERCIALES Y CON LA DEBIDA AUTORIZACION PARA EL TRANSPORTE FRECUENTE DE PASAJEROS.

5. PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN ACTIVIDADES ILICITAS, CONTRARIAS A LA LEY COLOMBIANA O MIENTRAS CONDUZCA CUALQUIER TIPO DE VEHICULO, LA PERSONA ASEGURADA TENGA NIVEL DE ALCOHOL EN LA SANGRE MAS ALTO QUE EL PERMITIDO POR LA LEGISLACION COLOMBIANA O BAJO EL USO DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINOGENOS O DROGAS TOXICAS, EXCEPTO POR PRESCRIPCION MEDICA.

6. HOSPITALIZACION COMO RESULTADO DE UNA INFECCION PRODUCIDA POR EL VIRUS DE

INMUNODEFICIENCIA (HIV) O VARIANTES, INCLUYENDO EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

7. HOSPITALIZACION POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

8. CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA A LAS SEÑALADAS EN EL CAPITULO DE AMPAROS DE ESTA POLIZA; COMO TAMPOCO EL CANCER DE CUELLO (SALVO EL MELANOMA MALIGNO) Y EL CERVICU UTERINO.

9. HOSPITALIZACION PARA CHEQUEOS MEDICOS DE RUTINA U OTROS EXAMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

10. CONDICIONES MEDICAS PRE-EXISTENTES, YA SEA QUE SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O TRATADA O UNA LESION SUFRIDA POR EL ASEGURADO EN LOS DOCE (12) MESES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA DE SEGURO. ESTA CONDICION DESAPARECE CUANDO SE TRATE DE UNA ENFERMEDAD O LESION EN VIRTUD DE LA CUAL, EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO POR ESTA POLIZA POR UN PERIODO DE DOCE (12) MESES CONSECUTIVOS.

11. TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO.

12. HOSPITALIZACION EN UN ESTABLECIMIENTO QUE NO LLENA LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ESTA POLIZA, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCION Y CUIDADO DE UN MEDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

13. TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGIAS CON FINES ESTETICOS.

14. REACCION O RADIACION NUCLEAR, INDE-

PENDIENTEMENTE DE COMO SE HAYA GENERADO.

CONDICION TERCERA - INDEMNIZACIONES

1. El asegurado o beneficiario deberán dar noticia a la Compañía de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes de su conocimiento y ésta suministrará al asegurado en tal momento, la información correspondiente a la documentación necesaria para la formalización de la reclamación.

2. El valor asegurado se indemnizará al asegurado beneficiario, según los valores expresados en la solicitud - certificado de seguro, en la definición de amparos prevista en la condición primera.

3. La Compañía efectuará el pago indemnizatorio dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario haya formalizado la reclamación.

Cualquier recibo de desistimiento que la persona asegurada, sus representantes personales o el afiliado asegurado otorgue a la Compañía para cualquier beneficio pagado bajo esta póliza, será considerado como una exoneración final y completa de toda responsabilidad de la Compañía con respecto a dicho beneficio.

4. La indemnización diaria por hospitalización prevista como valor asegurado en la solicitud - certificado individual de seguro, se pagará al asegurado, desde la fecha de ingreso en el hospital, por un período que no exceda los trescientos sesenta y cinco (365) días, para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión.

5. La indemnización para personas aseguradas mayores de sesenta y cinco (65) años de edad, se realizará así: durante los primeros siete (7) días de hospitalización, el beneficio diario estará limitado a la mitad de la suma estipulada en el certificado del seguro.

6. La hospitalización del asegurado que comience en la vigencia de esta póliza y que se deba a la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización anterior y por la cual se haya pagado indemnización

diaria bajo este plan, sin que exista un período entre ellas de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior, para efectos de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero por la póliza.

Por el contrario, hospitalizaciones separadas por un período igual o superior a doce (12) meses y hospitalizaciones que no tengan una misma causa o causas relacionadas, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo este plan.

7. Requisitos para presentar reclamación formal:

- Formulario de indemnizaciones debidamente diligenciado.
- Fotocopia historia clínica.
- Certificación clínica en papel membreteado donde conste fecha de ingreso y salida.

CONDICION CUARTA - REVOCACION.

El presente seguro podrá ser revocado unilateralmente por la Compañía, mediante noticia enviada al asegurado a su dirección registrada, con una antelación no menor de diez (10) días, contados a partir de la fecha de envío, y por el Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a la Compañía.

En caso de revocación por parte de la Compañía, ésta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, es decir, aquella que corresponda al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro.

En caso de que sea revocada por el asegurado, la devolución de prima se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

CONDICION QUINTA - COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Asegurado deberá informar por escrito a la Compañía de los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés asegurable, en el término de diez (10) días a partir de su celebración.

Así mismo el asegurado deberá informar a la Compañía, los seguros ya otorgados por otras Compañías sobre el mismo interés asegurable y de igual naturaleza a las coberturas otorgadas por la presente póliza de seguro.

CONDICION SEXTA - REVOCACION AUTOMATICA

Esta póliza de seguro se renovará anualmente de manera automática en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, incrementándose los valores asegurados en los diferentes amparos contratados y consecuentemente las primas, en proporción no mayor al índice de precios al consumidor (IPC).

CONDICION SEPTIMA - INTRANSFERIBILIDAD

Se conviene que la presente póliza no será transferible. Por lo tanto, ningún depósito, fideicomiso, traspaso, acto o contrato semejante producirá efectos respecto a la Compañía, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por el asegurado o por quienes legalmente representen sucesión, cuando aquel haya fallecido.

CONDICION OCTAVA - DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El tomador o el asegurado, según el caso, deberá declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado de riesgo, o cualesquiera otros cuestionarios que hayan servido de base para el otorgamiento del presente seguro. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por la Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirán la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, si la inexactitud o la reticencia son imputables a error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero la Compañía 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 prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

CONDICION NOVENA - MODIFICACIONES ESTADO DE RIESGO

El tomador y/o asegurado según el caso, deberá notificar por escrito a la Compañía, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si éste depende del arbitrio del asegurado y/o del tomador. Si se es extraña, dentro de diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, el cual 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, el Asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

CONDICION DECIMA - TERMINACION DEL CONTRATO

El presente contrato de seguro terminará de manera automática, en los siguientes eventos:

- 1) Cuando el asegurado cumpla la edad de setenta (70) años.
- 2) Cuando los hijos del asegurado cumplan la edad de veintiun (21) años.
- 3) Por falta de pago de la prima por el asegurado.
- 4) Por voluntad de cualquiera de las partes, expresada por escrito.

CONDICION DECIMA PRIMERA - PRESCRIPCION

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 conocimiento del hecho que da base a la acción.

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

CONDICION DECIMA SEGUNDA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., y para todos los efectos, el domicilio principal de la Compañía Aseguradora, es la Calle 72 No. 10 - 51 Piso 7o. de la misma ciudad.

Anexo - Condición Particular:

RENOVACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y AJUSTE DE PRIMAS Y VALOR ASEGURADO

Esta póliza de seguros se renovará anualmente, de manera automática, en la fecha de su vencimiento, por un período igual al inicialmente contratado, si el tomador o asegurado no manifiestan por escrito su deseo de no renovar el contrato, con una anticipación por lo menos de un mes, a la fecha de su vencimiento, de acuerdo al procedimiento establecido en la condición denominada REVOCACION DEL CONTRATO.

La compañía podrá incrementar o disminuir el valor de la prima o de la cobertura, expedida bajo esta póliza, en cualquier fecha, antes del vencimiento pactado para el pago de la prima, después del primer aniversario de la póliza y no más de una vez anual, de acuerdo al indicador utilizado en la cláusula AJUSTE AL VALOR ASEGURADO.



MARTHA EMILIA OSPINA REYES
Firma Autorizada
CIGNA Seguros de Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6

ANEXO A LA POLIZA

DEFINICIONES

1. "Enfermedad": significa cualquier alteración de la salud de una persona, resultado de la acción de agente patógeno con relación al organismo que conduzca a un tratamiento médico o quirúrgico.
2. "Accidente": lesión física resultante de un hecho externo, violento ocasional y súbito, independiente de voluntad del asegurado.
3. "Tratamiento": conjunto de medios por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.
4. "Médico": las personas naturales que, cumpliendo los requisitos legales, estén autorizadas para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.
5. "Beneficio": Son las cantidades máximas que por concepto de indemnización reconoce la Compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en la póliza.
6. "Centro Hospitalario": establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúne las condiciones exigidas para atender a los enfermos. No se considera centro hospitalario para efectos de esta póliza, los siguientes establecimientos: a) instituciones mentales para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. b) lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos. c) lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas.
7. "Diagnóstico": es toda identificación de una enfermedad fundandose en los síntomas manifestados por el enfermo, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas.