



CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE SALUD - PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA PLAN
SALUD ESTADO 19 - BANCO FINANDINA S.A.

EN TU CALIDAD DE TOMADOR Y/O ASEGURADO ENCONTRARÁS EN ESTE DOCUMENTO TODAS LAS CONDICIONES, COBERTURAS (¿QUÉ SE CUBRE?), EXCLUSIONES (¿QUÉ NO SE CUBRE? CLAUSULA 1, NUMERAL 1.1.1.), GARANTIAS (PROMESAS QUE SE DEBEN CUMPLIR), DEFINICIONES (CLÁUSULA 2) DEBERES Y DEMÁS INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL CONTRATO DE SEGURO; POR FAVOR TÓMATE EL TIEMPO PARA LEERLAS CON ATENCIÓN Y DETENIMIENTO, SUMADO A LA EXPLICACIÓN QUE TE BRINDAMOS AL MOMENTO DE HACERTE EL OFRECIMIENTO DE ÉSTA PÓLIZA DE SEGURO Y QUE SE PUEDE COMPLEMENTAR CON CUALQUIER DUDA QUE TENGAS AL RESPECTO, QUE EL TOMADOR, EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS O NOSOTROS, ESTAREMOS ATENTOS A RESOLVER.

LA ASEGURADORA PARA ÉSTA PÓLIZA ES SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (VIDAESTADO) Y EL TOMADOR ES EL BANCO FINANDINA S.A, QUIENES HAN DECIDIDO CONTRATAR ESTE SEGURO DE ACUERDO CON ESTAS CONDICIONES GENERALES CON BASE EN LA INFORMACIÓN Y RESPUESTAS QUE TÚ Y EL BANCO FINANDINA S.A. COMO TOMADOR, NOS HAN DECLARADO.

TE RECORDAMOS QUE EL SEGURO ESTARÁ SUJETO AL LIMITE DE LA SUMA ASEGURADA (ES DECIR LA CANTIDAD MÁXIMA DE DINERO QUE CONTRATASTE Y POR TANTO EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD DE VIDAESTADO), Y AL DEDUCIBLE QUE PUDIERA LLEGAR A SER APLICABLE; DICHOS VALORES LOS ENCONTRARÁS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

SI ENCUENTRAS PALABRAS O TÉRMINOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE ESTÉN EN NEGRILLA, QUIERE DECIR QUE ESTÁN SUJETOS A UNA DEFINICIÓN PROPIA APLICABLE PARA ÉSTE CONTRATO, LA CUAL PODRÁS CONSULTAR EN EL TEXTO DE LA COBERTURA O EN LA CLAÚSULA SEGUNDA DE ÉSTAS CONDICIONES.

TEN PRESENTE QUE, SI LA INFORMACIÓN QUE LE ENTREGAS A VIDAESTADO PARA SER ASEGURADO NO ES EXACTA, COMPLETA, Y VERDADERA Y ES DE AQUELLA QUE DE HABERLA CONOCIDO VIDAESTADO HABRÍA DETERMINADO NO ASEGURAR O HABERLO HECHO CON UNA PRIMA MAYOR, SE TE INFORMA QUE EL CONTRATO DE SEGURO QUEDARÁ SIN EFECTO POR NULIDAD RELATIVA. PARA MÁS INFORMACIÓN DE ESTE ASPECTO, CONSULTA LAS CLÁUSULAS SÉPTIMA Y OCTAVA DE ÉSTE DOCUMENTO.

NOTA IMPORTANTE: SI ERES RESIDENTE EN COLOMBIA, PARA PODER SER ASEGURADO EN ÉSTA PÓLIZA, DEBES ESTAR EN ESTADO ACTIVO COMO AFILIADO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), DE CONFORMIDAD CON LA LEY. TEN PRESENTE QUE, DE NO TENER ESTA AFILIACIÓN O DEJARLA DE TENER VIGENTE EN EL CURSO DEL SEGURO, HABRÁ NULIDAD (INVALIDEZ) DEL CONTRATO DE SEGURO.

RECUERDA QUE COMO ASEGURADO TIENES LA OBLIGACIÓN DE ACUDIR A PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DEBIDAMENTE HABILITADOS, DE ACUERDO CON LA LEY, PARA LAS ACTIVIDADES EN SALUD QUE SON OBJETO DE COBERTURA EN ÉSTE SEGURO.

1. CLÁUSULA PRIMERA - AMPAROS Y EXCLUSIONES (¿QUÉ SE CUBRE Y QUÉ NO?)

A CONTINUACION PODRAS CONOCER QUÉ TE CUBRE EL SEGURO DE SALUD, ES DECIR EL ALCANCE, LA FORMA Y EL OBJETO DE CADA COBERTURA.

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



1.1 RENTA POR HOSPITALIZACIÓN INTRAMURAL EN PISO Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO POR DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID19: SUJETO AL PERIODO DE CARENCIA (INDICADO EN EL NUMERAL 16 DE ESTE CONDICIONADO), **VIDAESTADO** TE RECONOCERÁ COMO ASEGURADO LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, POR CONCEPTO DE RENTA DE PAGO ÚNICO, EN CASO QUE COMO ASEGURADO INGRESES A MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN PISO Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO, COMO CONSECUENCIA DE LA **ENFERMEDAD COVID19** Y ESTÁ SEA LA CAUSA PRINCIPAL DE DICHO MANEJO INTRAHOSPITALARIO.

PARA RECONOCERTE EL PRESENTE AMPARO COMO ASEGURADO, ES NECESARIO QUE EXISTA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO CONFIRMADO DE COVID19 OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, COMO **ENTIDAD PATOLÓGICA** EN HISTORIA CLÍNICA, JUNTO CON EL RESULTADO CONFIRMADO DE PRUEBA MOLECULAR POSITIVA (REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA O PCR) Y/O PRUEBA RÁPIDA POR INMUNOGLOBULINA (EFECTUADAS POR IPS DEBIDAMENTE HABILITADOS Y AUTORIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAS PRUEBAS).

SE DEFINE LA HOSPITALIZACIÓN INTRAMURAL EN PISO Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO COMO LA INTERNACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN DICHOS SERVICIOS QUE SE EFECTÚE EN UN HOSPITAL O CLINICA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO -REPS- DEL MINISTERIO DE SALUD.

1.2 RENTA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO POR DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID19: **VIDAESTADO** TE RECONOCERÁ COMO **ASEGURADO** LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO, POR CONCEPTO DE RENTA DE PAGO ÚNICO, EN CASO DE QUE TU COMO ASEGURADO INGRESES A MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, COMO CONSECUENCIA DE LA **ENFERMEDAD COVID19** Y ESTA SEA LA CAUSA PRINCIPAL DE DICHO MANEJO INTRAHOSPITALARIO.

PARA RECONOCERTE EL PRESENTE AMPARO COMO ASEGURADO, ES NECESARIO QUE EXISTA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO CONFIRMADO DE COVID19 OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, COMO **ENTIDAD PATOLÓGICA** EN HISTORIA CLÍNICA, JUNTO CON EL RESULTADO CONFIRMADO DE PRUEBA MOLECULAR POSITIVA (REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA O PCR) Y/O PRUEBA RÁPIDA POR INMUNOGLOBULINA (EFECTUADAS POR PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDAMENTE HABILITADOS Y AUTORIZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAS PRUEBAS).

SE DEFINE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO COMO LA INTERNACIÓN INTRAHOSPITALARIA EN DICHA UNIDAD QUE SE EFECTÚEN EN HOSPITAL O CLINICA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO -REPS- DEL MINISTERIO DE SALUD.

NOTA IMPORTANTE: **VIDAESTADO** NO TENDRÁ RESPONSABILIDAD CON EL **ASEGURADO** DE COORDINAR NI ASIGNAR NINGÚN TIPO DE SERVICIO SANITARIO ASISTENCIAL INTRAHOSPITALARIO NI AMBULATORIO, ASÍ COMO DE TRASLADO BÁSICO O MEDICALIZADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA. **LAS COBERTURAS AQUÍ DEFINIDAS OPERAN POR MODALIDAD DE RECONOCIMIENTO DE RENTA ÚNICA (EN DINERO).**

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



1.2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS (¿QUÉ NO SE CUBRE?):

A CONTINUACION PODRAS CONOCER QUE NO TE CUBRE O QUE NO HACE PARTE DEL SEGURO DE SALUD EN EL CUAL ESTAS ASEGURADO, POR TANTO, **VIDAESTADO** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS, CUANDO EL EVENTO RECLAMADO OCURRA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE LAS CAUSALES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1. TRATAMIENTO HOSPITALARIO POR CAUSA DIAGNÓSTICA PRINCIPAL CONFIRMADA DIFERENTE A COVID19.
2. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE COVID19 SIN DIAGNÓSTICO CONFIRMADO Y/O EL DIAGNOSTICADO CONFIRMADO DE COVID19 ANTES DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
3. HOSPITALIZACIONES Y/O SERVICIOS ASISTENCIALES SANITARIOS POR ANTECEDENTE DE COVID19, INICIADOS ANTES DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
4. SERVICIOS MÉDICOS/SANITARIOS CONSIDERADOS EXTRAHOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y/U HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA POR COVID19.
5. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID19 DERIVADO O A CONSECUENCIA DE CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS CON FIN ESTÉTICO/COSMÉTICO.
6. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID19 EFECTUADO AL **ASEGURADO** POSTERIOR AL FALLECIMEINTO.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DEFINICIONES

2.1. EL TOMADOR.

Es el Banco Finandina S.A., que actuando por cuenta propia o ajena conforme a lo previsto en el artículo 1039 del C de Co., traslada el riesgo que puede afectar a una persona y es el responsable del pago de las primas.

2.2. ASEGURADO.

Se entiende por **asegurado** la persona natural cliente del Banco Finandina S.A. designada en la carátula de la póliza o en sus anexos, titular del interés asegurable y sobre la cual puede recaer la realización del riesgo amparado.

2.3. COVID19.

Se entiende por **COVID19** a la **enfermedad** y/o **entidad patológica** causada por la infección del coronavirus SARS CoV2 adquirida mayormente por vía respiratoria, en donde los síntomas más frecuentes son la fiebre cuantificada, tos y dificultad para respirar. Esta entidad no sólo puede generar alteración respiratoria, sino que puede manifestarse en lesión a otros órganos y tejidos, según sea el caso, bajo diagnóstico clínico y paraclínico. **NOTA:** Si requieres alguna explicación más detenida de esta definición u otra, nos la puedes solicitar a través de los canales de contacto.

2.4. GRUPO ASEGURABLE.

Clientes de **BANCO FINANDINA S.A** conformado por el grupo de personas naturales que indique el tomador por escrito, que tienen una situación contractual, legal o reglamentaria con éste, cuyo vínculo no tiene el propósito exclusivo de la toma del seguro y que sean aceptados por **VIDAESTADO**.

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



2.5 ENFERMEDAD.

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

2.6 MÉDICO.

La persona natural que, cumpliendo los requisitos legales, esté autorizada y habilitada para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

2.7 PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD/CENTRO HOSPITALARIO (HOSPITAL O CLÍNICA).

Establecimiento legalmente registrado, autorizado y habilitado que reúna las condiciones exigidas para atender a los enfermos de acuerdo con la ley colombiana. 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, personas farmacodependientes y/o alcoholismo. c) lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o medicina alternativa.

2.8 DIAGNÓSTICO.

Es toda identificación de una **enfermedad** o lesión por **accidente** fundándose en los signos o síntomas manifestados por el enfermo, confirmadas por evidencias clínicas y/o paraclínicas realizadas por un **Médico** o **Centro Hospitalario** habilitados.

2.9 PREEXISTENCIA.

Corresponde a cualquier enfermedad, patología y/o condición de salud del Asegurado (en especial de COVID 19) que haya sido conocida por este y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro y que no haya sido declarada a VIDAESTADO.

2.10 ACTO MÉDICO O PARAMÉDICO.

Es aquel acto diagnóstico, terapéutico, rehabilitador o preventivo que dentro de la cobertura ejecute un médico o paramédico en el ejercicio de su actividad profesional a un paciente y que se ajusta a las disposiciones científicas y legales avaladas por las sociedades competentes.

2.11 PROFESIONAL DE LA SALUD.

Para efectos de las presentes condiciones se considerará como Profesional de la Salud a la persona natural que tenga como título de pregrado el de medicina general y/o médico y cirujano, médico especialista, odontólogo y/u odontólogo general, odontólogo especialista, enfermera profesional y/o auxiliar de enfermería, que a su vez se encuentre debidamente inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) o la denominación que llegue a tener, del Ministerio de Salud como médico, odontólogo o enfermera.

2.12 HOSPITALIZACIÓN.

La permanencia en un hospital, para la atención médica de una enfermedad o accidente siempre que cause pensión hospitalaria o uso de sala de cirugía.

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



2.13 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Es el lugar de cuidado especializado intrahospitalario, dotado con recursos humanos idóneos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico y acorde con las disposiciones legales vigentes.

2.14 URGENCIAS.

Es la alteración física y/o psiquiátrica dictaminada por un médico producida por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la atención inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La urgencia en todos los casos debe ser atendida en una institución hospitalaria, que en los servicios que ofrece contemple el servicio de urgencia.

2.15 ENTIDAD PATOLÓGICA.

Es la definición de una enfermedad específica que cursa con sintomatología y signos clínicos inequívocos, que permiten diferenciarla de otras enfermedades o alteraciones de un paciente, confirmado por historia clínica bajo el análisis realizado por un profesional de la salud.

3. CLÁUSULA TERCERA - VIGENCIA DEL SEGURO

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones, siempre y cuando el documento no haya sido rechazado por **VIDAESTADO** por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia. El seguro podrá ser renovado a solicitud del tomador del seguro.

4. CLÁUSULA CUARTA. - EDADES DE INGRESO, PERMANENCIA Y ASEGURADOS ADICIONALES (GRUPO FAMILIAR)

Podrás obtener los amparos a los que se refiere esta póliza, siempre y cuando cumplas con los siguientes requisitos:

- A) Edad Mínima de Ingreso para todos los Amparos: Cero (0) años.
- B) Edad Máxima de ingreso para todos los Amparos: Sesenta y cuatro (64) años cumplidos.
- C) Edad Máxima de Permanencia para todos los Amparos: Ilimitada.

El **Tomador** podrá solicitar la inclusión de nuevos asegurados durante la vigencia de la póliza y en caso de ser aceptados su ingreso se efectuará a partir de las 00:00 horas del día siguiente de la solicitud de inclusión/vinculación a la póliza.

5. CLÁUSULA QUINTA - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Y SUMA ASEGURADA

La suma asegurada (dinero que se te reconocerá en caso de siniestro) corresponde al valor indicado para cada uno de los amparos en la carátula según el plan seleccionado, conforme el siguiente cuadro:

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



AMPAROS PLAN SALUD ESTADO 19	PLAN ALFA	PLAN DELTA	PLAN GAMMA
RENTA POR HOSPITALIZACIÓN INTRAMURAL EN PISO Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO POR DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID19	\$ 7.500.000	\$ 10.000.000	\$ 12.500.000
RENTA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO POR DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID19	\$ 15.000.000	\$ 20.000.000	\$ 25.000.000
PRIMA ANUAL POR ASEGURADO	\$ 386.747	\$ 515.663	\$ 644.579

VIDAESTADO no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite de responsabilidad estipulado en la carátula de la presente póliza según el plan seleccionado.

Cada uno de los pagos que están en el cuadro antes visto, son excluyentes entre sí, es decir que se te indemnizará una suma o la otra (en este caso la de mayor valor a la que tengas derecho en tu plan y de acuerdo a los documentos que hayas aportado) dependiendo si ingresaste a una atención intramural en clínica u hospital como hospitalización en piso, unidad de cuidado intermedio y/o unidad de cuidado intensivo, de acuerdo a las definiciones y alcances de los amparos (ver la cláusula primera de éste documento). Si llegares a tener nuevamente la enfermedad COVID-19, así como un nuevo evento de atención en hospitalización por culpa de esta y ya se te ha reconocido una primera indemnización previa de esta póliza, no podrás como asegurado solicitar un pago adicional.

Todos los montos no empleados durante la vigencia respectiva no generan cúmulo para la siguiente vigencia o renovación (en caso de que quieras seguir con la póliza en una nueva vigencia).

6. CLÁUSULA SEXTA - PAGO DE LA PRIMA Y MORA

EL TOMADOR (Banco Finandina S.A.) está obligado al pago de la prima. Se realizará el pago dentro de los sesenta (60) días corrientes siguientes al envío del anexo de cada facturación, con aplicación a la póliza matriz (la póliza principal en la que tú estarás vinculado como asegurado por parte del Tomador). A su vez se efectuarán reuniones de la dirección de cartera, consolidaciones y comisiones entre el día quince (15) y el día veinte (20) de cada mes (fechas ajustables según necesidad y disposición de las partes).

La mora en el pago de la prima produce la terminación AUTOMÁTICA (inmediata) del seguro.

Los valores de prima podrán ser fraccionados para facturación mensual, pero, en todo caso, el **Tomador Banco Finandina S.A.** será el responsable del pago total del valor anual de prima por cada asegurado.

7. CLÁUSULA SÉPTIMA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador (Banco Finandina S.A.) y tú como ASEGURADO están obligados a declarar sincera y verazmente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por VIDAESTADO. La reticencia o la inexactitud (ocultamiento o presentación incorrecta) sobre hechos o circunstancias que, conocidos por VIDAESTADO, lo hubieren determinado no celebrar el contrato o inducido a cobrar una prima mayor (es decir no haber dado la opción de seguro o haberlo hecho con un valor de tarifa superior), producen la nulidad relativa del seguro.

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si se han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo (es decir que el riesgo sea realmente mayor).

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador o asegurado, el contrato no será nulo, pero VIDAESTADO sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la suma asegurada, de acuerdo con la tarifa o la prima que debió aplicarse realmente, excepto lo previsto en la cláusula novena de este condicionado.

Las sanciones no se aplican si VIDAESTADO, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias no declaradas o presentadas inexactamente, o si, ya celebrado el contrato, los acepta o subsana expresa o tácitamente.

De acuerdo con lo previsto del artículo 1158 del C. de Co., en relación con los amparos de esta póliza, se aclara que, aunque VIDAESTADO prescinda de realizar el examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de la obligación de declarar en forma sincera y veraz su estado del riesgo), ni de las sanciones respectivas.

8. CLÁUSULA OCTAVA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicará la siguiente consecuencia:

- A) Si tú edad verdadera como **asegurado** está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **VIDAESTADO** conforme las edades establecidas en la cláusula cuarta edades de ingreso, permanencia y asegurados adicionales (grupo familiar), el contrato quedará sujeto a la sanción por reticencia e inexactitud descrita en la cláusula séptima de este condicionado.

9. CLÁUSULA NOVENA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD – GARANTÍAS

El Tomador y tu como asegurado deben cumplir con los requisitos de asegurabilidad que a continuación se señalan, so pena de dar aplicación a la Ley ante su infracción (nulidad o terminación del contrato de seguro:

- A) El presente seguro está dirigido única y exclusivamente a clientes del Banco Tomador y se validará su identidad por parte del Banco para así cumplir con el requisito de interés asegurable.
- B) Las grabaciones del Call Center del Banco Tomador utilizado en la comercialización de los productos para los seguros de VIDAESTADO, las cuales serán custodiadas por el Banco hasta la finalización total de la campaña y de la gestión del proceso de eliminación de información.
- C) Tú como asegurado deberás atender y responder las preguntas que por vía telefónica te haremos y que están relacionadas con validación de identidad, confirmación de valor asegurado escogido y autorización de tratamiento de datos personales, las cuales son requisito para la suscripción de la póliza. Entre dichas preguntas estarán las siguientes, que, de ser positivas, impedirán la validez y/o continuidad del seguro:

1. ¿Usted ha tenido o tiene un resultado positivo para la prueba de COVID19 o un médico le ha aconsejado aislamiento como resultado de algún síntoma?

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



2. En el último mes ¿Se le ha aconsejado aislamiento por COVID-19 (excluyendo la recomendación del gobierno de quedarse en casa o aislamiento preventivo obligatorio) o tuvo tos persistente, fiebre (temperatura elevada cuantificada) u otro síntoma asociado?
 3. ¿En el último mes ha estado usted en contacto con alguna(s) persona(s) con diagnóstico sospechoso (presuntivo) y/o confirmado de COVID-19?
 4. ¿Su actividad o fuente de recursos es ilícita?
- D) Encontrarte como afiliado vigente y activo al régimen contributivo o de excepción del Sistema de Seguridad Social en Salud al momento de ingresar a la póliza, conforme lo señalado en el numeral 15 de este clausulado.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS

Los amparos que te protegen en la presente póliza y sus anexos terminarán por las siguientes causas:

- A. Por mora en el pago de la prima.
- B. En la fecha en que termine la vigencia señalada en la póliza.
- C. Cuando se haya indemnizado el valor total asegurado en cualquiera de sus amparos.
- D. Cuando las partes contractuales lo revoquen por escrito de acuerdo con la Ley.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza, tu y/o el **tomador**, según sea el caso, tienen la obligación de:

12.1 Dar aviso a **VIDAESTADO**, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

12.2 Procedimiento en caso de siniestro:

12.2.1 CANALES PARA RADICACIÓN DEL SINIESTRO

- Página Web **Seguros de Vida del Estado** (www.segurosdevidadelestado.com), módulo siniestros
- Oficina: Sucursal Bogotá, Seguros de Vida del Estado, Carrera 13 No 96 – 74, Teléfono: 2180903 Ext-148 / 142 / 151

12.2.2 DOCUMENTOS SUGERIDOS EN CASO DE SINIESTRO

Con el propósito de orientar al beneficiario que desee presentar la reclamación, sin afectar la libertad probatoria, se relacionan los siguientes documentos sugeridos por cada amparo:

- Comunicación escrita dirigida a **VIDAESTADO**, mediante la cual se detallen, los hechos que dan lugar al aviso o reclamación, (Tiempo, Lugar, Circunstancias y número de póliza).

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



- Debe mencionar: Nombre del asegurado Dirección de correspondencia, número de teléfono, correo electrónico.
- Aportar Historia clínica completa incluyendo resultado positivo confirmatorio de prueba de laboratorio molecular y/o rápida COVID19.
- Certificación medica donde se especifiquen los motivos de la hospitalización, fecha de ingreso y egreso de la estancia hospitalaria.
- Documento de identidad del asegurado.
- Resultado de los exámenes realizados.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

VIDAESTADO pagará, por conducto del **tomador**, al **asegurado**, o a los **beneficiarios**, o directamente a estos, la indemnización a que esté obligada por la póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, en un periodo de (20) días contados a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia y cuantía del evento según lo establece el artículo 1077 del código de comercio.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - AFILIACIÓN AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

El Tomador o Asegurado se obligan a informar a **VIDAESTADO** al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S. en la cual se encuentra asegurado y a sustentar esta mediante la presentación de copia del carné de afiliación o en su defecto de la copia de la autoliquidación de aportes, soporte de validación de estado activo en el régimen contributivo en Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o incluso con la presentación de una declaración juramentada bajo la presunción de buena fe.

Si el Tomador o asegurado, se encuentran dentro de los regímenes de excepción contemplados en la Ley, deberá declararlo a **VIDAESTADO** en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece, aportando su respectivo soporte de estado activo en dicho régimen.

En caso de cambio de E.P.S o retiro del régimen de excepción, del Tomador o Asegurado, durante la vigencia de la póliza, deberá informar este hecho a **VIDAESTADO**, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud E.P.S. del régimen contributivo a la cual pertenece.

De conformidad con la Ley, **VIDAESTADO** quedará exceptuada de esta obligación cuando el afiliado se retire del régimen contributivo de salud, con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato.

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	



14. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - PERIODO DE CARENCIA

Todas las coberturas a las cuales tienes derecho por ser asegurado y que viste en la cláusula primera de éste documento (amparo 1.1.1) estarán sujetas a un periodo de tiempo donde no se brinda cobertura, hasta que completes mínimo 2 días continuos de manejo intrahospitalario de hospitalización intramural (dentro del Hospital) en piso y/o unidad de cuidado intermedio por Covid-19.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado (asegurado o beneficiario) 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 persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El **tomador** y/o **asegurado** se comprometen a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración del contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por **VIDAESTADO** 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.

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 **VIDAESTADO** suministrará para tal efecto.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, que, en este caso, será la República de Colombia, sumado a que estará regido por la Ley colombiana.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA - DOMICILIO

El lugar donde se expida la póliza se tomará como el domicilio para los efectos de éste contrato, sin perjuicio de la Ley.

Condicionado	12/04/2021	1419	P	35	0000000E-VH-007B	0R00
Nota Técnica	30/09/2011	1419	NT-P	35	0000000E-VH-007A	