

Póliza de Seguro de Vida Individual Oncológico



Contenido

1. ¿Qué te cubrimos?	3
2. ¿Qué no te cubrimos?	4
3. Condición médica preexistente para el amparo del primer diagnóstico por cáncer	5
4. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro	5
5. Prohibición de modificación unilateral	6
6. Declaración del estado de salud y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración	6
7. ¿Cuándo se termina tu seguro?	7
8. ¿Qué hacer en caso de siniestro?	8
9. Primas y valor asegurado	9
10. Definiciones que debes tener en cuenta para tu seguro	9
11. Asistencias de tu producto	10

1- ¿Qué te cubrimos?

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

SI TÚ COMO ASEGURADO FALLECES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO.

1.2. AMPARO DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:

SI COMO ASEGURADO TE DIAGNOSTICAN CLÍNICAMENTE CÁNCER POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO.

1.3. AMPARO OPCIONAL DE ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER "IN SITU":

SI A TI COMO ASEGURADO TE DIAGNOSTICAN CLÍNICAMENTE CÁNCER "IN SITU" POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA TE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO. ESTA SUMA SE PAGA COMO ANTICIPO DE LA COBERTURA DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER QUE EQUIVALE AL 20% DE LA MISMA.

Muy importante

Para que operen los amparos contratados, se requiere que se cumplan las siguientes condiciones:

- a.** El diagnóstico debe ser efectuado por un médico y fundamentado con los resultados de un examen de patología.
- b.** El diagnóstico debe presentarse en una fecha posterior a treinta (30) días contados a partir del inicio de la vigencia de este seguro.
Es importante que tengas presente que este periodo solo se aplica una vez, a excepción de las renovaciones.



2- ¿Qué no te cubrimos?

PARA NINGUNO DE LOS AMPAROS SE CUBRIRÁN HECHOS DERIVADOS DE HOMICIDIO O SUICIDIO, ACAECIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGURO, AUN EN GRADO DE TENTATIVA.

2.1. EN NINGUNO DE LOS AMPAROS:

- a. DOLO O CULPA GRAVE DEL ASEGURADO.
- b. LOS RIESGOS DESCRITOS EN LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA QUE NO APAREZCAN INCLUIDOS O AMPARADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES GENERALES.

2.2. EN ADICIÓN A LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 2.1. ANTERIOR TAMPOCO TE CUBRIMOS PARA LOS AMPAROS DE PRIMER DIAGNÓSTICO POR CÁNCER O POR CÁNCER "IN SITU":

- a. LAS PATOLOGÍAS O AFECCIONES DIAGNOSTICADAS, MANIFIESTAS O PREEXISTENTES CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO, O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO. CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUÍDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.
- b. CÁNCER DE PIEL DIFERENTE DEL MELANOMA MALIGNO.

2.3. EN ADICIÓN A LO SEÑALADO EN LOS NUMERALES 2.1. Y 2.2 ANTERIORES TAMPOCO TE CUBRIMOS PARA EL AMPARO DE PRIMER DIAGNÓSTICO POR CÁNCER:

- a. CÁNCER IN-SITU

3- Condición médica preexistente para el amparo de **primer diagnóstico por cáncer**

Se entenderá como condición médica preexistente para este beneficio todo cáncer cuyos signos y síntomas se hayan manifestado antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo los que se manifiesten dentro del periodo de espera; así como los padecimientos diagnosticados o por los cuales haya tenido el asegurado que consultar a un médico y realizarse estudios de laboratorio antes de la fecha de término del periodo de espera.

4- Edades para **ingresar al seguro** y edades hasta las cuales existe **cobertura del seguro**

Ten en cuenta que para ingresar a este seguro debes tener **mínimo 18 años** de edad y **máximo un día antes de cumplir los 61 años** de edad.

Así mismo, tu seguro estará vigente hasta un día antes de que cumplas 66 años, fecha en la cual termina este seguro.

18
Años
|
Edad mínima
de ingreso

**Un día antes de cumplir
los 61 años**
|
Edad máxima
de ingreso



5- Prohibición de modificación unilateral



BBVA Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme el Parágrafo 1. Art. 2.31.2.2.2 del D. 2555 de 2010.

6- Declaración del estado de salud y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración.

Muy importante



Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente el estado de salud y cualquier otro hecho o circunstancia que permita determinar el estado del riesgo, independientemente de que LA COMPAÑÍA decida o no realizar exámenes médicos.

Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a LA COMPAÑÍA a no asegurarlo o a hacerlo en condiciones más onerosas, cesará la responsabilidad de LA COMPAÑÍA.



7- ¿Cuándo se termina tu Seguro?

En adición a las causales que fija la ley, tu seguro terminará:

- a.** Cuando cumplas la edad máxima de permanencia prevista en la condición cuarta de esta póliza.
- b.** Cuando fallezca el asegurado, o cuando se pague la cobertura de primer diagnóstico de cáncer.

8- ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Reporta fácil y en línea tu siniestro mediante:

Correo electrónico: **siniestros.co@bbva.com**

Línea nivel nacional: **018000934020**

Línea en Bogotá: **3078080**

Si reportas tu siniestro por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad te recomendamos que en el asunto identifiques tu correo como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo haz una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, donde nos dejes claro la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que te asiste, podrás suministrar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Documentos*	Fallecimiento	Cáncer
Pruebas patológicas (documento que contiene los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico, donde conste la fecha y forma del médico autorizado para ejercer la especialidad de oncología).		X
Certificado médico donde conste el diagnóstico de cáncer.		X
Registro Civil de Defunción.	X	
Acta de levantamiento de cadáver (muerte accidental).	X	
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento.	X	
Documentos de los beneficiarios de ley (demostrando parentesco).	X	

*BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier documento necesario para el trámite de la reclamación.

9- Primas y valor asegurado

El valor asegurado, y por consiguiente el valor de la respectiva prima del seguro, se reajustará en la renovación de cada póliza con base en el IPC del año inmediatamente anterior fijado por el DANE, la edad alcanzada y de acuerdo a las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación.

10- Definiciones que debes tener en cuenta para tu seguro

Asegurado

Es el cliente titular del seguro.

Beneficiario

Persona natural o jurídica, a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

Cáncer

Es la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido.

Cáncer IN SITU

Es todo tumor que no traspasa la capa basal del órgano afectado según la TNM (clasificación para estadificar tumores) cáncer in situ es estadio T0.

Prima

Costo final del seguro.

Primer diagnóstico

Para efectos de este seguro se entenderá como primer diagnóstico, aquel diagnóstico clínico de cáncer que se haya dictaminado al asegurado para determinar por primera vez la existencia de cualquier tipo de cáncer, en cualquier parte del cuerpo.

POP

Post-operatorio.

Preexistencias

Es el diagnóstico de una enfermedad conocida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.

Valor asegurado

Valor máximo que se paga por la ocurrencia del siniestro, y corresponderá al vigente a la ocurrencia del mismo. Se encuentra reflejado, para cada amparo, en la póliza de seguro.

11- Asistencias de tu producto

Ámbito territorial

El derecho a las prestaciones señaladas se extiende a los beneficiarios que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura de las ciudades de Bogotá D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar, Cúcuta, Tunja, Ibagué y Popayán.

La cobertura para los asegurados que estén localizados en ciudades diferentes a las antes mencionadas, se otorgará sujeto al cumplimiento de las condiciones estipuladas en lo referente a "REEMBOLSOS" del presente condicionado.

Coberturas

Auxilio para hospitalización por diagnóstico positivo de cáncer

Si como resultado de diagnóstico de un profesional especializado expedido durante la vigencia de la póliza, el asegurado es diagnosticado por cualquier tipo de cáncer por primera vez y requiera hospitalización por dicha patología, la Compañía asumirá los gastos correspondientes al auxilio por hospitalización y hasta por la suma definida en cada plan, según tabla anexa.

En todo caso, las coberturas se harán efectivas a los treinta (30) días posteriores a la adquisición del producto y al diagnóstico de cáncer, en todo caso el auxilio solo aplicará para internación hospitalaria en las instalaciones y en el área de hospitalización (piso) de la institución escogida por el beneficiario del servicio.

El límite de esta cobertura es hasta 150 SMDLV y hasta por un evento al año.

Para acceder a esta cobertura la persona beneficiaria del servicio o contacto, presentará a la Compañía la certificación de la institución hospitalaria, junto con la historia clínica del paciente en donde se informe el diagnóstico de cáncer por primera vez, dicha información será avalada por el área médica de la Compañía para que la cobertura pueda ser efectiva hasta los montos contratados.

Acompañamiento de enfermería durante el post-operatorio inmediato.

Cuando a consecuencia de una intervención quirúrgica por cáncer diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la póliza, sin que existan antecedentes previos y el beneficiario requiera de una asistencia de auxiliar de enfermería, la Compañía pondrá a tu disposición un profesional de esta rama, según el plan contratado y límites establecidos y, posterior al alta hospitalaria, para que en horario diurno comprendido entre las 6:00 a.m. y las 6:00 p.m., te acompañe, asista y apoye en las actividades básicas diarias concernientes al plan médico de recuperación determinado en el domicilio y cuando tu condición clínica te impida desempeñar adecuadamente por lo menos tres de las cinco actividades básicas de la vida diaria.

A través del prestador del servicio, la familia recibirá la capacitación necesaria para que asuma el cuidado del asegurado o beneficiario, una vez finalice el periodo de cuidado contratado.

El límite para esta cobertura será hasta de 5 días por evento y un evento al año.

Apoyo psicológico

La Compañía brindará, mediante conferencia telefónica, orientación psicológica relativa al bienestar emocional de la persona beneficiaria del servicio, cuando esta lo requiera.

Este servicio es de medio y no de resultado y constituye una herramienta para aclarar situaciones de tipo emocional con el fin de orientar a la persona asegurada, sobre las conductas que debe adoptar y el profesional que debe consultar para obtener la ayuda apropiada según el caso planteado.

El límite para esta cobertura será hasta de 5 sesiones por evento y máximo 1 evento al año.

Orientación nutricional telefónica

Dependiendo del diagnóstico médico, el titular podrá solicitar orientación telefónica respecto a las mejores prácticas alimenticias según el tratamiento, intervenciones, medicamentos y demás indicados por su médico.

Consulta por clínica de dolor

Cuando a consecuencia de una intervención quirúrgica por cáncer diagnosticado por primera vez y sin que existan antecedentes previos y el beneficiario del servicio requiera de consulta por clínica de dolor, la Compañía podrá coordinar y cubrirá citas médicas con los nombres y teléfonos de los especialistas en dicho ramo o las instituciones hospitalarias que manejen dicha especialidad. El límite será hasta por dos consultas al año.

Exclusiones generales

No son objeto de la cobertura de este anexo las prestaciones y hechos siguientes:

a- Los servicios que el beneficiario haya contratado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía.

b- Los gastos de asistencia médica dentro del territorio de Colombia, derivados de la atención previa, manejos clínicos y quirúrgicos propios de la patología oncológica.

c- La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.

d- Las enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza, conocidas o no por el beneficiario.

Límite de responsabilidad

La Compañía responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato. En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.

Obligaciones del beneficiario

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados, debiendo informar el nombre de beneficiario, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

Reembolsos

El beneficiario deberá solicitar antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización de la Compañía, la cual deberá pedirse por teléfono, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia.

Una vez reciba la solicitud previa, la Compañía le dará al beneficiario un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso la Compañía realizará un reembolso sin que el beneficiario haya remitido las facturas originales correspondientes y estas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.

De cualquier manera la Compañía se reserva el derecho de prestar directamente la asistencia objeto del presente anexo en aquellas ciudades donde lo estime conveniente.



Todo lo no previsto en esta póliza se regulará por las disposiciones del Código de Comercio.

Para mayor información de nuestros productos y servicios, puedes comunicarte al **01 8000 934 020** a nivel nacional, al **307 8080** en Bogotá, para asistencia al **#370** desde un celular, escribirnos al buzón clientes@bbvaseguros.com.co o ingresar a nuestra página web www.bbvaseguros.com.co