

SOLICITUD PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

No. _____

FECHA DE SOLICITUD

DD

MM

AAAA

Señor(a) asegurado(a) tenga en cuenta lo siguiente:

- Por favor diligencie los datos solicitados en el presente documento en letra legible, sin tachones, rayas ni enmendaduras.
- Este certificado de seguro hace parte de la póliza de seguro en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO PICHINCHA y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- La información incluida en el presente documento debe ser cierta, veraz y comprobable, por tanto conozco que cualquier reticencia, error o omisión genera consecuencias legales del seguro.

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre				Segundo Nombre				Primer Apellido				Segundo Apellido							
Tipo y Número de identificación del Asegurado								Fecha de nacimiento				Lugar de Nacimiento				Nacionalidad		Genero	
C.C.	C.E.	P.S.	No.	DD MM AAAA										M	F				
Departamento				Ciudad				Dirección de residencia				Dirección Laboral							
Teléfono Fijo				No. Celular				E- mail											

DATOS BENEFICIARIO PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Nombre		Documento de Identidad				Parentesco		Porcentaje	

PLANES Y PRIMAS DE SEGURO

COBERTURAS	PROTECCIÓN DE PAGOS		
	Plan: 20 Millones	Plan: 30 Millones	Plan: 50 Millones
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000
INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRACIÓN	\$ 20.000.000	\$ 30.000.000	\$ 50.000.000
ENFERMEDEDES GRAVES	\$ 5.000.000	\$ 7.500.000	\$ 12.500.000
CANASTA POR FALLECIMIENTO	\$ 10.000.000	\$ 15.000.000	\$ 25.000.000
VALOR PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO	\$ 10.900	\$ 16.400	\$ 27.300

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Fecha inicio	Fecha fin	Periodo inicialmente pactado (Meses)
Fecha del Desembolso	Un año o fracción renovable hasta finalizar el periodo inicialmente pactado.	

DECLARACIONES

Por medio de la presente declaración, manifiesto que conozco y acepto las condiciones generales del presente seguro, así como, acepto el contenido de sus amparos, exclusiones, los cuales se encuentran al reverso de la presente Solicitud Póliza. Declaro que soy mayor de 17 años y menor de 75. También declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas, no practico deportes que pongan en peligro mi integridad personal, no padezco ni he padecido enfermedades mentales, psiquiátricas, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, SIDA, enfermedades congénitas o cualquier otra enfermedad que haya afectado mi salud antes de la suscripción de la presente póliza.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. **Compañía del Grupo** significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDASISTENCIA S.A., CESVICOLMBIA S.A. **Compañías Tratantes** significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. **Mis Datos Personales** significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. **Terceras Compañías** significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1296 de 2008; y (v) Fasescolda e Inversta S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones legales y legales. **Declaraciones:** Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente

quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales; (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes; (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento; (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes; (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento; **Autorizaciones:** Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrato, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii)

que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llevo a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales. Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

ACEPTO

NO ACEPTO

AUTORIZACIONES

Autorizo a BANCO PICHINCHA, en adelante BANCO PICHINCHA, a debitar o cargar la suma que corresponda al valor de la prima del seguro adquirido por mí y proceder a su pago a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en adelante MAPFRE, de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud póliza. El débito o cargo automático autorizado se realizará durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo de vigencia del contrato de seguro y sus renovaciones, las cuales se realizarán de manera automática, salvo manifestación en contrario hecha por escrito en la cláusula prevista inmediatamente anterior a la firma de la presente solicitud póliza. Autorizo a efectuar la renovación automática del seguro por periodos iguales al inicialmente pactado y tengo conocimiento que MAPFRE, realizará una revisión de la tasa o prima del seguro, de acuerdo con el resultado técnico del contrato de seguro celebrado entre BANCO PICHINCHA y MAPFRE. Una vez declarado esto, autorizo la actualización del cobro de dicha prima de acuerdo con el plan seleccionado y crédito adquirido.

El cliente acepta que BANCO PICHINCHA sólo actúa como proveedor de su red o aliado comercial, siguiendo exclusivamente las instrucciones otorgadas por MAPFRE. BANCO PICHINCHA no actúa como asegurador, ni como intermediario de seguros y por ende, no asume ninguna obligación o responsabilidad derivada de tales calidades. Con la firma del presente documento, el cliente declara que conoce todas las condiciones de la póliza, sus anexos, la naturaleza de los amparos, sus costos, formas de pago, condiciones y restricciones comerciales, legales y contractuales que ha efectuado una labor diligente de revisión de las mismas que lo han conducido a tomar, de forma autónoma, la decisión de adquirir los respectivos seguros. El cliente declara a su exclusivo cargo el valor de las primas, impuestos, comisiones y demás cargos relacionados con la póliza y, los riesgos derivados del no pago, en el evento que no sea posible cargar dichos costos o en caso de no pago de los mismos.

El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de MAPFRE y por tanto BANCO PICHINCHA no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto de seguro, se resolverá entre el asegurado y MAPFRE, sin responsabilidad alguna por parte de BANCO PICHINCHA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Declaro que he leído, revisado, atendido las condiciones del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada
Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

Firma del Asegurado

No. de Doc. Identidad: _____

Huella Índice Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre del Asesor Comercial:	Código de Oficina:	C.C.:
Código de Puesto de Trabajo	Ciudad:	

- ORIGINAL CLIENTE -

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES BANCO PICHINCHA

MAPPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PERIODOS DE CARENCIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, MAPPFRE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DEL ACCIDENTE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EL FALLECIMIENTO SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

1.2. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRACIÓN

SI EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, SUFRE UNA(S) DE LA(S) LESIÓN(ES) O PÉRDIDA(S) DESCRITA(S) A CONTINUACIÓN, MAPPFRE PAGARÁ EL PORCENTAJE QUE LE CORRESPONDA SOBRE EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA LESIÓN O PÉRDIDA QUE PADEZCA, SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE CON BASE EN LA SIGUIENTE TABLA:

ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE	100%
PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE	100%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DE UNA MANO O DE UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DE UNA MANO O DE UN PIE	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN	20%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DEL DEDO GORDO DE CUALQUIERA DE LOS PIES	10%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%
PÉRDIDA O INTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	5%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%

EN TODOS LOS CASOS SE ENTIENDE TAMBIÉN POR PÉRDIDA, LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

EN CASO QUE EL ASEGURADO SUFRA VARIAS PÉRDIDAS, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE ELLAS, SIN EXCEDER LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL CONTRATADA PARA ESTE AMPARO. LOS EVENTOS O LESIONES QUE NO APARECEN EN EL ANTERIOR LISTADO, NO TIENEN COBERTURA.

1.3. CANASTA POR FALLECIMIENTO

EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 1.1. DE ESTE CLAUSULADO, MAPPFRE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTA COBERTURA. EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO DEL 100% PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA.

1.4. ENFERMEDADES GRAVES

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, Y POR PRIMERA VEZ, ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN, MAPPFRE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER DIAGNÓSTICO SE DE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HAYAN TRANSCURRIDO NOVENTA (90) DESDE EL INICIO DE 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 HODKIN.

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO (TIPO TROMBÓTICO, EMBOLICO O HEMORRÁGICO), QUE ACUSE 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 CARDIACO, 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 INEQUIVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DIAGNOSTICADO POR ESPECIALISTA.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: MAPPFRE CUBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. MAPPFRE, AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTRICTAMENTE INDISPENSABLE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HIGADO O PÁNCREAS TOTAL (SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), (NO ESTÁN INCLUIDOS NI RIÑÓN NI CORNEA) QUE PROVENGA DE UN DONANTE EFECTIVO COMPATIBLE VIVO O MUERTO.

GRAN QUEMADO: MAPPFRE 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 INTELLECTUAL PUESTA DE MANIFIESTO POR EL ESTADO CLÍNICO O POR LOS QUESTIONARIOS 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: BANARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

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

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE LOS SIGUIENTES EVENTOS, NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO EL EVENTO GENERADOR DEL SINIESTRO SEA CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y CANASTA POR FALLECIMIENTO

- SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- HOMICIDIO O SU TENTATIVA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA.
- PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASI COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL, AMATEUR Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASI 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 EMBRIGAGANTES O DE ALUCINOGENOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INMERSO O HAYA SIDO CONDENADO POR UN PROCESO PENAL.

2.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

- 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, ASI COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- LA COLOCACIÓN DE STEN MEDICADO O NO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS 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 A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO Y GENÉTICO.
- 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 I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 NO M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLÁSICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADOS.

3. DEFINICIONES

- **ACCIDENTE:** Hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y que le cause la muerte o lesiones.
- **TOMADOR:** Es la persona natural que contrata el seguro y a quien corresponde el pago de la prima.
- **ASEGURADO:** Es la persona que, para efectos de este seguro, tiene interés asegurable, y ha sido aceptado por MAPPFRE.
- **BENEFICIARIO:** Es la persona o personas a quienes el asegurado principal 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 MAPPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Lesión, enfermedad, o síntoma y/o signos clínicos relacionados con la lesión, enfermedad que se haya manifestado antes de la fecha de inicio de la Póliza, o de la inclusión del Asegurado en la misma.
- **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.
- **EVENTO:** Es la circunstancia que da lugar al pago de la indemnización cubierta por la Póliza.
- **EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Es la edad hasta la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.
- **EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Es la edad a partir de la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.
- **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente contrato de seguro. Una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el seguro se dará por terminado.
- **EXCLUSIONES:** Se refiere a todos aquellos hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el contrato de seguro, y que se encuentran expresamente indicados en las condiciones generales.
- **MÉDICO:** Profesional que cursó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del Asegurado otorgándole el derecho a reclamar una indemnización en virtud del Seguro, no podrá ser el Asegurado, un pariente o un amigo cercano.
- **PERIODO DE CARENCIA:** Es el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el asegurado no estará cubierto, este periodo deberá cumplirse por única vez para cada asegurado.
- **PÓLIZA:** Documento que contiene las Condiciones Generales, que identifican el riesgo.
- **PRIMA:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **PÉRDIDA:** Amputación quirúrgica o traumática de:
 - **Manos:** Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca o por encima de ella.
 - **Pies:** Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo o por encima de él.
 - **Dedos:** Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.
 - **Ojos:** Pérdida total e irreparable de la visión.
- **INTILIZACIÓN:** Inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar sus funciones naturales.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza iniciará con la fecha de desembolso del crédito, por un periodo de un año o la fracción correspondiente, renovable hasta la finalización del periodo de pago inicialmente pactado, con recaudo de primas mensual. El no pago de la prima dentro del plazo otorgado en la cláusula quinta de este condicionado, generará la terminación automática del contrato del seguro.

5. PAGO DE LA PRIMA

Será de máximo sesenta (60) o noventa (90) días calendario (depende de la línea de crédito desembolsado) después de la entrada en vigencia del seguro o del vencimiento de cada cuota, en caso de ser ésta fraccionada. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriera algún siniestro, MAPFRE tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Artículo 1068 del Código de Comercio.

6. VALOR ASEGURADO POR PERSONA

El valor asegurado para cada asegurado corresponderá al plan que haya contratado, el cual quedará definido en la solicitud póliza que el asegurado deberá diligenciar para la contratación del seguro.

7. INCREMENTO DE LAS SUMAS ASEGURADAS

La suma asegurada y el valor de la prima de este producto no se incrementará durante la vigencia de la póliza.

8. LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO

El monto total indemnizable por parte de MAPFRE por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado. De esta manera las sumas a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer.

Límite Agregado de responsabilidad: \$5.000.000.000

9. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos con excepción de Enfermedades Graves, la edad de Ingreso es de mínimo 17 años y máximo 75 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 80 años y 364 días. Para el amparo de Enfermedades Graves la edad de Ingreso es de mínimo 17 años y máximo 69 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días.

10. 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 MAPFRE, 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.

11. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETENCIÓN

El asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La retención o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la inexactitud o la retención provienen de error inculparable del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, 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 la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del código de

comercio. Las sanciones consagradas en el artículo 1058 del código de comercio no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

12. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Se requiere el diligenciamiento de la solicitud de seguro donde se acepte expresamente la aceptación de la póliza.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO

La presente póliza, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Por voluntad de las partes.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.
- Cuando la obligación del asegurado con el tomador se extinga totalmente.
- Por fallecimiento del asegurado.

Los amparos de la presente póliza, terminarán por las siguientes causas:

- A la terminación del seguro.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.
- Cuando MAPFRE realice el pago de la indemnización de alguno de la cobertura al 100%

14. RENOVACIÓN

La presente póliza se renovará con el pago de la prima.

15. REVOCACIÓN

MAPFRE podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado al Tomador por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las reclamaciones causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

16. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: Se realizará un solo pago del valor asegurado contratado a los beneficiarios designados o en su defecto los de ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1142 del código de comercio.

INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRACIÓN: Se realizará el pago del porcentaje correspondiente del valor asegurado contratado, directamente al asegurado.

CANASTA POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: Se realizará un solo pago del valor asegurado contratado a los beneficiarios designados o en su defecto los de ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1142 del código de comercio.

MAPFRE pagará directamente al Tomador y/o asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro del los veinte (20) días calendario siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación. El Tomador o asegurado podrán revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a MAPFRE, 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.

ENFERMEDADES GRAVES: Se realizará el pago del valor asegurado contratado, directamente al asegurado.

17. 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.

18. RECLAMACIONES

El asegurado deberá remitir los documentos y la solicitud de indemnización para acreditar el siniestro; cualquier reclamación fraudulenta quedará automáticamente privada de poder recibir la indemnización a la que tenía derecho.

19. DOCUMENTOS SUGERIDOS EN CASO DE SINIESTRO

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, se podrán aportar documentos tales como:

19.1. PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Registro civil de defunción.
- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.
- Resultado prueba de alcoholemia y psicofármacos.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Certificado de cuenta bancaria de los beneficiarios.

19.2. PARA INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRACIÓN

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Historia Clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando origen, evolución y naturaleza de la Inhabilitación Total y Permanente.
- Certificado de cuenta bancaria del asegurado.

19.3. PARA ENFERMEDADES GRAVES

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos, en original del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina pre-pagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)
- Historia clínica y en el caso de cáncer los estudios patológicos que confirmaron el diagnóstico.
- Certificado de cuenta bancaria del asegurado.

MAPFRE podrá solicitar documentos adicionales en caso de ser necesarios para el estudio de la reclamación.

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



Nacional: **018000 977 025**

Bogotá: **307 7026**

Opción 1: **Orientación o información**

Opción 2: **Reporte e información de Siniestros**

Aviso y formalización de siniestro a través del correo:
zzlaperturasvida@mapfre.com.co

Datos del Defensor del Asegurado

defensoriamapfre@gmail.com

Teléfono fijo: (1) 458 7174

Celular: 315 3278994

Dirección de oficina:

Transversal 17 A Bis # 36-60 Bogotá

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.