

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE
ENFERMEDADES GRAVES Y ASISTENCIAS
CLIENTES JURISCOOP**

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN 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

MAPFRE CUBRE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SIEMPRE Y CUANDO ESTE HECHO OCURRA ESTANDO VIGENTE LA PÓLIZA, DENTRO DEL CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

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

1.2. 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, MAPFRE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER DIAGNÓSTICO SE DÉ DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SERÁN OBJETO DE COBERTURA:

CÁNCER: 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 HODKING.

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO (TIPO TROMBOTICO, 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 CARDÍACO, 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 INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DIAGNOSTICADO POR ESPECIALISTA.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: MAPFRE CUBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. LA COMPAÑÍA, AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO O PÁNCREAS TOTAL (SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), (NO ESTÁN INCLUIDOS NI RIÑÓN NI CORNEA) QUE PROVENGA DE UN DONANTE EFECTIVO COMPATIBLE VIVO O MUERTO.

GRAN QUEMADO: MAPFRE OTORGA COBERTURA A PACIENTES CON QUEMADURAS MAYORES AL 20% DE EXTENSIÓN Y PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS Y PERINÉ.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DETERIORO O PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL PUESTA DE MANIFIESTO POR EL ESTADO CLÍNICO O POR LOS CUESTIONARIOS ESTANDARIZADOS ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER O COMPORTAMIENTO ANORMAL POR ALTERACIONES ORGÁNICAS IRREVERSIBLES QUE CAUSAN DETERIORO IMPORTANTE DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y QUE OBLIGAN A LA SUPERVISIÓN CONTINUA DEL ASEGURADO.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: ENFERMEDAD LENTAMENTE DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O PÉRDIDA DE LAS NEURONAS PIGMENTADAS DE LA SUSTANCIA NEGRA. ÚNICAMENTE ESTÁ CUBIERTA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA. EL PAGO DEL AMPARO ESTARÁ CONDICIONADO A QUE LA ENFERMEDAD NO PUEDA CONTROLARSE CON MEDICACIÓN, MUESTRE SIGNOS DE EVOLUCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL Y HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

ESTADO DE COMA: ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIONES O RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE LA VIDA POR UN PERIODO DE AL MENOS 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBER SER CONFIRMADO POR UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO Y HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

PARÁLISIS: PERDIDA DEFINITIVA DE LA CAPACIDAD DE MOVIMIENTO DE DOS O MÁS MIEMBROS DEL CUERPO PRODUCIDA POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD. DEBERÁ HABER EVIDENCIA DE FALLO TOTAL Y PERMANENTE DE LA CONDUCTIVIDAD DE LA MÉDULA ESPINAL POR SECCIÓN DE LA MISMA. EN CASO DE DIAGNOSTICO DE MAS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS EN LA COBERTURA, SE DARÁ COBERTURA UNICAMENTE A LA DE MAYOR SEVERIDAD, ES DECIR, NO SON ACUMULATIVAS.

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

1.2.1. ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CANCER IN SITU

MAPFRE ANTICIPARÁ AL ASEGURADO, EL 50% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, EN CASO DE DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE CÁNCER IN SITU DE SENO, PRÓSTATA O MATRIZ.

LA SUMA DE DINERO PAGADA A TÍTULO DE ANTICIPO SE RESTARÁ DEL VALOR TOTAL QUE, POSTERIORMENTE, PUDIERA CAUSARSE EN LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES (AMPARO 1.2.).

EL PAGO DE ESTE ANTICIPO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA DENOMINADA "ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER IN SITU".

1.3. INCAPACIDAD TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL TOMADOR EL VALOR ASEGURADO QUE CORRESPONDE AL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO, CUANDO EL ASEGURADO PADEZCA UNA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CAUSADA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, Y QUE LE IMPIDA AL ASEGURADO EJECUTAR SUS TAREAS Y LABORES DIARIAS Y MIENTRAS PERMANEZCA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD O HASTA ALCANZAR EL NÚMERO DE CUOTAS DE LA COBERTURA CONTRATADA, DENTRO DE LAS CONDICIONES Y TIEMPOS ESTIPULADOS EN ESTE DOCUMENTO, Y EN TODOS LOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO, HASTA MÁXIMO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, POR CADA PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS EN EL QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA EN ESTADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, HASTA MÁXIMO EL NÚMERO DE CUOTAS CONTRATADAS Y EL VALOR CONTRATADO.

EN LOS CASOS EN LOS CUALES YA NO EXISTA DEUDA CON EL TOMADOR, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR DE LAS CUOTAS DEL CRÉDITO DIRECTAMENTE AL ASEGURADO HASTA COMPLETAR LAS MENSUALIDADES CONTINUAS CONTRATADAS O HASTA QUE EL ASEGURADO DEJE DE ESTAR INCAPACITADO (CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO); LO ANTERIOR SOLO SI LA FECHA EN QUE OCURRIÓ LA INCAPACIDAD, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA CON LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES.

ESTE AMPARO SE OTORGA A AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EJERCENDO UNA ACTIVIDAD REMUNERADA COMO TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O INDEPENDIENTES NO SUJETOS A UN PATRONO.

1.4. ASISTENCIAS

LA COMPAÑÍA OFRECE A LOS ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA, LAS ASISTENCIAS DEFINIDAS EN EL ANEXO 1. DEL PRESENTE DOCUMENTO.

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE FALLECIMIENTO POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ACCIDENTE, ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- CÁNCER DE SENO O ÚTERO
- LA ANGIOPLASTIA O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.
- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.
- 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.
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS.
- TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 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 O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

2.3. EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TEMPORAL

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

- GUERRA (HAYA SIDO O NO DECLARADA), GOLPE DE ESTADO, ESTADO DE CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, REBELIÓN, SEDICIÓN, TERRORISMO, REVOLUCIÓN, INCLUYENDO DAÑOS OCASIONADOS, POR ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA INMEDIATA O A LARGO PLAZO.

- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE, FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- EL ASEGURADO DEJA DE SER RESIDENTE COLOMBIANO.
- EL ASEGURADO NO ACREDITA HABER ESTADO EJERCIENDO SU ACTIVIDAD ECONÓMICA, DURANTE AL MENOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO PREVIOS A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
- ENCONTRARSE INTERNO EN ANCIANATOS HOTELES, ASILOS, CASAS DE REPOSO O CONVALENCIA, CLÍNICAS NEUROPSIQUIÁTRICAS, INSTITUCIONES DEDICADAS AL TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LAS DROGAS O AL ALCOHOL.
- LAS CONDICIONES PREEXISTENTES ESTARÁN EXCLUIDAS ÚNICAMENTE DURANTE LOS PRIMEROS DOCE (12) MESES DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES AUTOINFLINGIDAS CAUSADAS EN ESTADO DE DEMENCIA O DE SANIDAD MENTAL.
- CONSUMO VOLUNTARIO DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O EMBRIAGANTES Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.
- CUALQUIER ACCIDENTE QUE SURJA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PELIGROSAS O ILEGALES.
- CEFALEAS O ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DESÓRDENES MENTALES, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A ESTRÉS O CONDICIONES RELACIONADAS, DIAGNOSTICADA POR UN PSIQUIATRA.
- LA INCAPACIDAD ES EL RESULTADO DE LA NEGLIGENCIA DEL ASEGURADO EN CUANTO AL RECHAZO INJUSTIFICADO A BUSCAR DIAGNÓSTICO MÉDICO, NO SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS O SOMETERSE A PROCEDIMIENTOS MÉDICOS SIN SUPERVISIÓN MÉDICA, EXCEPTUANDO AQUELLOS QUE ESTÉN RELACIONADOS CON SALVAR LA VIDA DEL ASEGURADO.
- EL ASEGURADO PRACTIQUE O EJERZA ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES EXCLUIDAS: DEPORTISTA PROFESIONAL, MILITAR DE CARRERA O PRESTA EL SERVICIO MILITAR OBLIGATORIO, PENSIONADO, PILOTO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN, MIEMBRO DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD INCLUYENDO VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA, ACTIVIDAD MINERA, DOBLE CINEMATOGRAFICO, CORRESPONSAL DE GUERRA Y MANIPULADOR DE EXPLOSIVOS.
- DOLORES DE ESPALDA O CONDICIONES RELACIONADAS CUANDO NO EXISTAN LAS EVIDENCIAS MEDICAS APROPIADAS PARA DETERMINAR UNA ANORMALIDAD, TALES COMO RAYOS X, RESONANCIA ELECTROMAGNÉTICA, TOMOGRAFÍA, O CUALQUIER OTRO EXAMEN RADIOLÓGICO, APORTADO POR UN MÉDICO.
- INCAPACIDADES DERIVADAS DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ELECTIVO.
- INCAPACIDAD COMO CONSECUENCIA DE PARTO, EMBARAZO NORMAL O INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, Y SUS CONSECUENCIAS.
- LESIONES DERIVADAS DE ACCIDENTES AÉREOS EN AERONAVES MILITARES O PRIVADAS QUE NO CUENTEN CON LICENCIA PARA LLEVAR PASAJEROS.

3. DEFINICIONES

- 3.1. **Accidente:** Es el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause al asegurado la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o internas, médicamente comprobadas.
- 3.2. **Asegurado:** Las personas naturales sobre cuya vida se estipula el seguro.
- 3.3. **Beneficiario:** Persona o personas a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que se designe.
- 3.4. **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 MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A
- 3.5. **Póliza:** Se trata del presente documento, el cual establece los derechos y obligaciones de MAPFRE y el asegurado, en relación con el seguro contratado.
- 3.6. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- 3.7. **Tomador del seguro:** Para el caso de la presente póliza se trata JURISCOOP, a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y Beneficiario.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza individual podrá ser:

- Igual a la vigencia del crédito, incluyendo las nuevas vigencias de las pólizas de los créditos otorgados por el Banco con fecha futura correspondiente a la póliza inicial.
- Un año o seis (6) meses contados a partir de la contratación de la póliza en caso de que el asegurado no tenga obligaciones con la Entidad.

5. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador deberá pagar dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir del inicio de vigencia del correspondiente certificado de cobro.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Accidental	18 años	65 años y 364 días.	69 años y 364 días.
Enfermedades Graves, Cáncer in Situ e Incapacidad Temporal	18 años	60 años y 364 días.	64 años y 364 días.

7. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a 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.

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando MAPFRE indemnice el amparo de Fallecimiento Accidental
- Cuando MAPFRE indemnice el 100% del Valor asegurado en el amparo de Inhabilitación Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

9. RENOVACIÓN

Vigencia de la póliza grupo: El presente contrato es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

10. REVOCACIÓN

El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a La Compañía por escrito, 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.

11. AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a MAPFRE, de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

12. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

MAPFRE pagará directamente al Tomador y/o asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro de los veinticinco (25) días calendarios siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación y se radique el último documento.

13. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

14. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

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

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por fallecimiento accidental son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia del registro civil de defunción del asegurado.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Acta de Levantamiento del cadáver.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia.
- Prueba de alcoholemia
- Certificación bancaria de los beneficiarios.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Enfermedades Graves o Cáncer In situ son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia de historia clínica completa
- Certificación bancaria del asegurado.

15. EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro comuníquese a:

Nacional: 018000 519 991

Bogotá: 601 307 7024

Cel: #624

WhatsApp: 317 366 57 62 (Para envío de información)

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

16. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO

defensoriamapfre@gmail.com

Teléfono fijo: (601) 4587174

Celular: 312 3426229

Dirección de oficina:

Carrera 13 # 29-21 Oficina 221 Bogotá.

ANEXO 1.

ASISTENCIA

PRIMERA: OBJETO DEL ANEXO

En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la puesta a disposición del Cliente del JURISCOOP de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, cuando éste se encuentre en dificultades como consecuencia de cualquier incidente, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Se deja establecido que el servicio que prestará la Compañía a través de sus proveedores de asistencia es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

SEGUNDA: COBERTURAS

1. TELEMEDICINA

Telemedicina Médico General: La Compañía pone a disposición del Cliente y sus beneficiarios (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente), el servicio de orientación médica básica virtual las 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que atienden la videollamada, según la sintomatología dada por el Cliente, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalario de emergencia médica.

Los servicios de Telemedicina se relacionan a continuación:

- a) Video consulta sobre urgencias médicas y primeros auxilios.
- b) Orientación sobre medicación, efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.
- c) Envío de Recetas Médicas.
- d) Solicitud de exámenes complementarios de acuerdo con la evaluación del médico.
- e) Generación de incapacidades médicas.
- f) Acceso al historial clínico desarrollado en video consulta y que podrá ser ampliado con la información que el asegurado desee incluir como alergias, enfermedades preexistentes, plan de vacunación, medicaciones actuales, patologías familiares y personales, recetas médicas emitidas por otros especialistas y demás información que considere el Asegurado relevante para la evaluación del médico en la video consulta.
- g) Video consulta programada de acuerdo con las especialidades acordadas en este anexo.

El Cliente puede, no obstante, plantear preguntas relativas a cuestiones de salud no incluidas en la lista anterior a las que la Compañía dará una respuesta siempre y cuando cuente con los recursos necesarios para poder contestar a la consulta planteada.

El operador médico orientará al afiliado o a quién solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional directo médico- paciente.

Telemedicina Médico Especialista: La Compañía pone a disposición del Cliente y sus beneficiarios (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente), el servicio de orientación médica especializada virtual entre las 7:00 am y 7:00 pm de lunes a viernes.

La Compañía pone a disposición del Cliente y sus Beneficiarios (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente) el servicio de video consulta especializada, el cual se coordinará por agendamiento de cita en el aplicativo de consulta médica, de acuerdo con la disponibilidad de los especialistas. Las especialidades a las cuales podrá solicitar consulta médica virtual son:

- a) Nutricionista
- b) Psicología
- c) Ginecología

Exclusiones de la Cobertura en Telemedicina

No son objeto de la cobertura de asistencia, las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia, diferentes a los señalados en la cobertura del anexo.
- b) 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. Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado).
- c) Para los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del anexo; como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del asegurado, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del anexo.
- d) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos. La asistencia médica que requiera el paciente cuando sea consecuencia de estados postquirúrgicos y los controles derivados de estos.
- e) No se prestará video consulta, cuando se trate de chequeos médicos de rutina, control de peso, toma de muestras y lecturas de exámenes de laboratorio, control de tensión y en general cualquier control médico que requiera el paciente.
- f) La asistencia médica que requiera el paciente y sea consecuencia o que corresponda a: eventos agudos y/o controles derivados de cirugías estéticas, tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

Obligaciones del Cliente en relación con el servicio de Telemedicina:

En caso de evento cubierto por el presente anexo, el Cliente Asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por video consulta a la compañía de asistencia, debiendo ingresar o informar:

- Nombre del Titular o Asegurado.
- Destinatario de la prestación.
- Número de la cédula de ciudadanía, o documento de identidad registrado.
- Lugar donde se encuentra.
- Número de teléfono.
- Tipo de asistencia que precisa.
- Datos médicos como: Peso, talla, hábitos y antecedentes personales.

TERCERA: LIMITES POR PLAN

COBERTURAS	LIMITES DE EVENTOS POR VIGENCIA ANUAL		
	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Telemedicina, psicología, nutrición, ginecología, médico general. Para titular y 4 beneficiarios	2	3	6