TEMPORAL REVALORIZABLE AL IPC

CONDICIONES GENERALES

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y ASEGURADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL SE ENTIENDEN INCORPORADA 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 SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA PÓLIZA, SI EL ASEGURADO FALLECE POR CUALQUIER CAUSA, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

LA RECLAMACIÓN POR ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

1.2. EXCLUSIONES

LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA EL SUICIDIO, ENTENDIÉNDOSE POR TAL, EL FALLECIMIENTO CAUSADO CONSCIENTE Y VOLUNTARIAMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LOS PRIMEROS DOS (2) AÑOS DE VIGENCIA DEL SEGURO.

2. AMPAROS ADICIONALES

EL TOMADOR Y ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR SI LO DESEA Y LA COMPAÑÍA ACEPTA DE FORMA EXPRESA LA CONTRATACIÓN, TODOS O ALGUNO(S) DEL(OS) SIGUIENTE(S) AMPARO(S):

2.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA PÓLIZA, CUANDO DENTRO DE LA VIGENCIA LE SEA DECLARADA UNA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE DE POR VIDA LE IMPIDA DESEMPEÑAR UNA ACTIVIDAD LABORAL, QUE DICHA INVALIDEZ HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, LA CUAL SE TOMARÁ COMO FECHA DE SINIESTRO Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, EL ASEGURADO APORTARÁ A LA COMPAÑÍA LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y EL DICTAMEN DE

CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE DEMUESTRE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) CERTIFICADA POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ. EN CASO DE DESACUERDO CON EL DICTAMEN APORTADO POR EL ASEGURADO, TENDRÁ VALOR DEFINITIVO EL DICTAMEN EMITIDO POR LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, LA PARÁLISIS TOTAL PERMANENTE Y COMPLETA DE HEMICUERPO Y DEL CUERPO ENTERO. LA PÉRDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS (A NIVEL DE LA MUÑECA), DE AMBOS PIES (A NIVEL DE TOBILLO), DE UNA MANO Y UN PIE (A NIVEL DE LA MUÑECA Y EL TOBILLO), LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS Y LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA E INCURABLE.

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

2.1.1. EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1.1.1 LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA, DEMENCIA O INCONCIENCIA.
2.1.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
2.1.1.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.
2.1.1.4. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.
2.1.1.5. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
2.1.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
2.1.1.7. 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.
2.1.1.8. LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
2.1.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

2.2. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 3.8 DEL PRESENTE CLAUSULADO, EL ASEGURADO FALLECE, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE Y EL ACCIDENTE OCURRE DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO.

LA COMPAÑÍA CUBRE EL DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CATÁSTROFES NATURALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS,

DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA.

2.2.1. EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.2.1.1. SUICIDIO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
2.2.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
2.2.1.3. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
2.2.1.4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.
2.2.1.5. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.
2.2.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
2.2.1.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
2.2.1.8. 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.
2.2.1.9. HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR CONTRATADO PARA EL AMPARO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, CUANDO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE Y POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS Y HAYAN TRASCURRIDO SEIS (6) MESES DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE ESTE AMPARO. EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DEBERÁ ESTAR BASADO EN EVIDENCIAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TALES PRUEBAS, ASÍ COMO DE EXAMINAR AL ASEGURADO LAS VECES NECESARIAS. LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS SON:

2.3.1 CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE SER TUMORAL O NO, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL MAL DE HOGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER APOYADO CON EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE MALIGNIDAD.

2.3.2 ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO, QUE CAUSE

LESIONES IRREVERSIBLES Y PERMANENTES TALES COMO PÉRDIDA PERMANENTE DEL CONOCIMIENTO, PENSAMIENTO, LENGUAJE O SENSACIÓN, PUEDE SER CAUSADO POR TROMBOSIS, EMBOLIA, ESTENOSIS DE UNA ARTERIA DEL CEREBRO O HEMORRAGIA CEREBRAL. DEBE SER DIAGNOSTICADO MEDIANTE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA REALIZADAS POR EL NEURÓLOGO, LUEGO DE TRANSCURRIR COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS, CONTADAS A PARTIR DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

2.3.3 **INFARTO DE MIOCARDIO**: MUERTE O NECROSIS DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDIACO, OCASIONADA POR UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE POR OBSTRUCCIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. EN LA HISTORIA MÉDICA DEL DIAGNÓSTICO DEBERÁ APARECER: DOLOR PRECORDIAL, CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA INDICATIVOS DE INFARTO, AUMENTO DE ENZIMAS CARDIACAS.

2.3.4 **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**: DAÑO BILATERAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.

2.3.5 **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, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.

2.3.6 **TRASPLANTE DE ÓRGANOS**: 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), QUE PROVENGAN DE UN DONANTE VIVO O MUERTO.

2.3.7 **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. EL PAGO DEL AMPARO ESTARÁ CONDICIONADO A QUE LA ENFERMEDAD HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

2.3.8 **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. HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL

ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

2.3.9 PARÁLISIS: SIGNIFICA LA PARÁLISIS TOTAL Y PERMANENTE 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 ESTA. DEBERÁ SER OBVIA LA RELACIÓN TIEMPO CAUSA CON EL DAÑO.

2.3.10. EXCLUSIONES

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

2.3.10.1 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.

2.3.10.2. 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.

2.3.10.3. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.

2.3.10.4. EL CÁNCER DE SENO, O ÚTERO Y ANEXOS (TROMPAS DE FALOPIO Y OVARIOS).

2.3.10.5. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA Y TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL, CÁNCER INSITU, NO INVASIVO O CIRCUNSCRITOS AL ÓRGANO SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.

2.3.10.6. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CUANDO SEA INDUCIDA POR MEDICAMENTOS O TÓXICOS.

2.3.10.7. LA NEUROSIS Y LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y/O PSICOLÓGICAS.

2.3.10.8. 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.

2.3.10.9. CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CONSUMO DE ALCOHOL O DE DROGAS

2.4. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE INTERNADO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA. EL PAGO SE EFECTUARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA INCAPACIDAD SE HAYAN PRODUCIDO UNA VEZ TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER (3) DÍA CONTINUO DE HOSPITALIZACIÓN, CUBRIÉNDOSE MÁXIMO NOVENTA (90) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO Y HASTA TRES (3) EVENTOS POR AÑO.

2.4.1. EXCLUSIONES

NO SE EFECTUARÁ PAGO ALGUNO POR ESTE AMPARO CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN TENGA ORIGEN O RELACIÓN CON:

2.4.1.1 LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE COMO CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

2.4.1.2 LESIONES CORPORALES INFRINGIDAS A SI MISMA POR EL ASEGURADO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE LOCURA O BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS SICOTROPICAS.

2.4.1.3 LICENCIAS POR MATERNIDAD.

2.4.1.4 HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.

2.4.1.5 ABORTO PROVOCADO.

2.4.1.6 CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SE PRACTIQUEN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

2.4.1.7 CUANDO EL ASEGURADO SEA INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS O POR CUALQUIER ESTADO SIQUIÁTRICO.

2.4.1.8 TRATAMIENTOS TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

2.4.1.9 POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O POR CUALQUIER TIPO DE ADICCIÓN.

2.4.1.10 ACCIDENTES DE TRÁNSITO DONDE LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DROGAS, A MENOS QUE DICHAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS MEDICAMENTE.

2.4.1.11 LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SIDA, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H. O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ESTE.

2.4.1.12 CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TAL LA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO TRATAMIENTO O UNA RECOMENDACIÓN DE TRATAMIENTO POR UN MÉDICO CALIFICADO LEGALMENTE, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PÓLIZA.

2.4.1.13 TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

2.4.1.14 DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

2.4.1.15 TRATAMIENTOS DE ESTERILIDAD, FERTILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

2.4.1.16 FISIOTERAPIA.

2.4.1.17 EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.

2.4.1.18 CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.

2.4.1.19 PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO PROPIO DE DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN

HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEA A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.

2.4.1.20 LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.

2.4.1.21 RIÑAS O ACTOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD.

2.4.1.22 EL INGRESO VOLUNTARIO U OBLIGADO DEL ASEGURADO AL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIER FUERZA ARMADA DE CUALQUIER PAÍS U ORGANISMO NACIONAL (FUERZA PÚBLICA).

2.4.1.23 POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.

2.4.1.24 LAS DERIVADAS DE UNA CATÁSTROFE NATURAL TALES COMO TERREMOTOS, TEMBLORES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, HURACANES, TORNADOS, INUNDACIONES, ENTRE OTRAS.

2.4.1.25 FUSIÓN O FISIÓN NUCLEAR.

2.4.1.26 LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA DECLARADA O NO, REBELIÓN REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR.

2.4.1.27 ACTOS DEL ASEGURADO EN VIOLACIÓN DE LAS LEYES CON O PARTICIPACIÓN EN ACTOS TERRORISTAS.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

3.1. Tomador del seguro: Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y a quien corresponde el pago de la prima.

3.2. Asegurado: Persona natural sobre quien recaen los riesgos y se estipula el seguro, y deberá aceptar expresamente el mismo.

3.3. Beneficiario: Persona(s) a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe. El beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir, aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado, razón por la cual éste lo podrá cambiar en cualquier momento, dicha modificación surtirá efecto en la fecha de notificación por escrito a la Compañía. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. Cuando no se designe beneficiario o la designación sea ineficaz o nula por cualquier causa, se aplicará lo contenido en el artículo 1142 del Código de Comercio.

3.4. Compañía: Entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza que para efectos de este contrato será MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

3.5. Póliza: Documento que contiene las condiciones generales, especiales y particulares que identifican el riesgo.

3.6. Prima: Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

3.7. Valores Garantizados: Se conocen con este nombre los valores de seguros saldado, prorrogado, anticipo y rescate a que tiene derecho el tomador de la póliza siempre y cuando el asegurado sobreviva el segundo año de vigencia totalmente trascurrido y pagado.

3.8. Accidente: Es el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado que le cause la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o internas, médicamente comprobadas.

3.9. Médico: Persona autorizada para ejercer la medicina y cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente. Debe estar asociado a la EPS o medicina prepagada donde se encuentre inscrito el asegurado del presente anexo.

3.10. Institución Hospitalaria: Establecimiento registrado y autorizado por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social de acuerdo con la legislación colombiana para la atención de enfermos. No son consideradas como instituciones hospitalarias para efectos de esta póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio o los lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o de estética.

3.11. Hospitalización: Cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de 24 horas continúas.

3.12. Edad Actuarial: Es el parámetro de edad tomado para aplicar la tarifación, se obtiene tomando la edad correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior).

3.13. Prima de inventario: Resulta de sumar a la prima pura o prima de riesgo el recargo por gastos de administración.

4. EDADES

Para el amparo de fallecimiento por cualquier causa, la edad mínima de ingreso a la póliza es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es sesenta (60) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los setenta (70) años (edad actuarial).

Para los amparos adicionales de fallecimiento accidental e invalidez total y permanente, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es sesenta (60) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los sesenta y cinco (65) años (edad actuarial).

Para los amparos adicionales de enfermedades graves y renta diaria por hospitalización, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es cincuenta y nueve (59) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los sesenta (60) años (edad actuarial).

5. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra con base en los datos facilitados por el tomador y/o asegurado, declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por la Compañía, con lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente, quedando obligados a comunicar a la Compañía cualquier modificación del estado del riesgo.

Tanto el tomador como el asegurado se encuentran obligados a notificar por escrito a la Compañía, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo. La notificación debe hacerse con una antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del tomador o asegurado, o es conocida por alguno de ellos. Si le es extraña la modificación del riesgo, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes en que tenga conocimiento de ella deberá avisarla por escrito a la Compañía, se presume que se tuvo conocimiento de la misma por parte del

tomador o asegurado transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación. Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, la Compañía podrá modificar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de dicha modificación por parte de la Compañía.

6. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El tomador y/o asegurado, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o inexactitud, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto sí el tomador y/o asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador y/o asegurado, el contrato no será nulo, pero la Compañía sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje del valor asegurado, equivalente al que la tarifa o prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio. Esta sanción no se aplica si la Compañía, 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.

7. VIGENCIA

El presente seguro entrará en vigor a las 24:00 horas del día en que la Compañía haya recibido el pago de la prima en su totalidad o de la primera cuota, si el pago es fraccionado. La vigencia de la póliza quedará definida en las condiciones particulares de la póliza.

8. PAGO DE LA PRIMA

El valor de la prima y la forma de pago será el indicado en la carátula de la póliza.

8.1. Periodicidad: Las primas son de vigencia anual.

8.2. Plazo para el pago de la prima: Será máximo de treinta (30) días calendario después de la entrada en vigor del seguro. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente si hay lugar a ello. El no pago de la prima vencido el pazo de gracia producirá la terminación automática del contrato, según lo establecido en el artículo 1152 del código de comercio.

8.3. Exigibilidad de las primas fraccionadas: En caso de siniestro que dé origen al pago de la prestación establecida en el contrato, se descontarán las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibidas por la Compañía.

9. AVISO DEL SINIESTRO

El tomador, el asegurado o los beneficiarios según sea el caso, deberán dar aviso a La Compañía de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado a petición de la Compañía deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

10. PAGO DEL VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará el valor asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza, al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso.

La Compañía efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del tomador, siempre que las obligaciones sean compensables.

La Compañía pagará la indemnización a que esté obligada, dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro deberá aportar documentos tales como:

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Fallecimiento del asegurado:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia del registro civil de defunción.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Fotocopia de la historia clínica completa.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento.
- Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.
- Certificación bancaría del(os) beneficiarios (no puede ser una cuenta compartida).

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave del asegurado:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia de la Historia clínica completa.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad. (en caso de reclamación por enfermedades graves)
- Dictamen de calificación de invalidez total y permanente con calificación superior o igual al cincuenta por ciento (50%) (en caso de reclamación por el amparo Invalidez Total y Permanente)
- Certificación bancaría del asegurado.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Renta Diaria por Hospitalización y Cirugía del asegurado:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia de la Historia clínica completa.
- Certificado de incapacidad emitida por la Institución y médico adscrito a la EPS o Medicina Prepagada, especificando causa fecha de emisión y número de días de hospitalización.
- Certificación bancaría del asegurado.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

11. DEDUCCIONES

Cuando la Compañía haya indemnizado por el amparo básico fallecimiento por cualquier causa, se generará la terminación automática del contrato de seguro.

Cuando la Compañía haya realizado un pago por el amparo de enfermedades graves, el valor asegurado del amparo básico será reducido al cincuenta por ciento (50%) a partir de la fecha del pago del siniestro y hasta por los siguientes 365 días contados a partir de esa fecha. Una vez cumplido el día 365, el valor asegurado del amparo básico se restituirá al cien por ciento (100%). De la misma forma una vez pagada la indemnización por enfermedades graves el contrato quedará automáticamente sin los demás amparos adicionales vigentes a la fecha de la indemnización.

12. REDUCCIÓN O PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN

Si el tomador, asegurado o beneficiario, incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, la Compañía sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

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.

13. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para la Compañía de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

14. INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO

El valor asegurado del amparo básico y los amparos adicionales se incrementarán en cada renovación de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.) acumulado anual con fecha de corte noviembre.

15. DURACION DEL CONTRATO

El término de vigencia de la presente póliza será el que aparezca relacionado en las condiciones particulares de la póliza, salvo que el tomador o asegurado manifiesten expresamente su intención de revocar el seguro.

Los amparos adicionales respecto de cada asegurado solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que la Compañía comunique su aprobación al Tomador, mediante escrito de aceptación, expedición de la póliza o anexo correspondiente, o envío de certificado de cobro. Si dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, la Compañía no se hubiere pronunciado, se considerará como no aprobada.

16. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza podrá ser revocada por el tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito emitido a la Compañía, surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación o la reserva matemática según corresponda.

17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y AMPAROS ADICIONALES

El seguro de cualquiera de las personas amparadas terminará por cualquiera de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Por el no pago de la prima o su cuota vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Cuando el tomador o asegurado revoquen por escrito la póliza.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida por la Compañía, en el amparo básico.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico de fallecimiento o por el amparo adicional de invalidez total y permanente.

Los amparos adicionales terminarán por cualquiera de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice algún amparo adicional a excepción de renta diaria por hospitalización y cirugía.

18. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Se establece como obligación del tomador, asegurado o beneficiario aportar la información veraz y verificable definida por la Compañía bajo los lineamientos establecidos por la Superintendencia Financiera de Colombia en la Parte I, Título IV Capitulo IV de la circular básica jurídica o la disposición vigente; así como actualizar sus datos por lo menos una vez al año, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según el producto o servicio. En el evento en que se incumpla con la presente obligación, la Compañía hará uso de su facultad de no renovación del contrato de seguro, en los casos en que a ello hubiere lugar.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario autoriza a la Compañía para que con fines estadísticos, de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

20. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se deriven del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento

del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

21. NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados de este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el Código de Comercio, y demás normas concordantes.

22. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción colombiana y será competencia del juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

23. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia

24. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, sólo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio de la Compañía. Las comunicaciones de la Compañía al Tomador, Asegurado o Beneficiarios del seguro sólo producirán efecto si se han dirigido al último domicilio registrado en la misma.

25. AVISO 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

26. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO

Defensor principal MAPFRE
Dr. Manuel Guillermo Rueda Serrano
Dirección: Carrera 13A # 28-38 Oficina 221 Bogotá.
Teléfono Celular: 312 3426229
Correo: defensoriamapfre@gmail.com
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm jornada continua.

Defensor suplente MAPFRE
Dr. Jorge Humberto Martínez Luna
Dirección: Calle 141 # 7B-25 Bogotá.
Teléfono Celular: 310 2234304
Correo: martiluabog@cable.net.co
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm jornada continua.