

Accidentes Personales

SOLICITUD PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - CLIENTES TRIPLE A

Fecha de Solicitud:

DD MM AAAA

Solicitud N°

DATOS DEL TOMADOR / ASEGURADO

Nombres:	Apellidos:
T. Doc.: Número de Documento: Genero: Fecha de Nacimiento: C.C. C.E. M F DD MM AAAA	No. de Póliza - Suscriptor: Barrio: Dirección:
Teléfono: Celular: Correo electrónico: Profesión:	

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	PARENTESCO	%
1.	C.C. C.E. T.I. R.C.			
2.	C.C. C.E. T.I. R.C.			
3.	C.C. C.E. T.I. R.C.			

PLANES PERSONALES (marque con una x el plan elegido)

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS		
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Fallecimiento Accidental	25.000.000	40.000.000	50.000.000
Inhabilitación Total y Permanente por Accidente	25.000.000	40.000.000	50.000.000
Accidentes Menores	300.000	400.000	500.000
Prima Mensual por Asegurado	<input type="radio"/> \$ 11.100	<input type="radio"/> \$ 17.400	<input type="radio"/> \$ 21.700

Si usted es arrendatario, le recordamos la obligación de informar la adquisición de este producto al propietario del inmueble.

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 EXCEPCIONALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA 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 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 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales 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 celebran las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, 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 y 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 lleve a contratar con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales o 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

Declaración de asegurabilidad

Manifiesto que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia, defecto o limitación física preexistente que pueda ocasionarme un accidente. También manifiesto que el estado de salud de mi cónyuge y el de mis hijos es normal, que no padecen ni han padecido enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia, defecto o limitación física preexistente que pueda ocasionarles un accidente (aplica únicamente para el plan familiar).

La vigencia de la póliza será anual con un pago fraccionado de la prima, el no pago de una fracción mensual de la prima dentro del término pactado genera la terminación automática del contrato del seguro. La vigencia de este contrato para el amparo de Fallecimiento Accidental e Inhabilitación Total y Permanente inicia a las cero 00:00 horas del día siguiente de haber realizado el pago de la prima del seguro resultante del proceso de afiliación. Para el amparo de Incapacidad Temporal por Accidente inicia trascurridos treinta (30) días contados a partir de las 00:00 horas del día de realizado el pago de la prima del seguro resultante del proceso de afiliación. Declaro que el origen de mis recursos no provienen de actividad ilícita contemplada en la Legislación Penal Colombiana vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de seguros de toda responsabilidad. Autorizo a los hospitales y/o médicos que me han atendido a suministrar los datos que posean sobre mi estado de salud aún después de mi fallecimiento. La aseguradora MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que, antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la verdad.

La EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS actúa como facilitador para la labor de la incorporación de la prima mensual del seguro en la facturación del servicio público así como, facilitador en la labor de pago del cliente a través de los diferentes canales de recaudo dispuestos para el pago de su factura de servicio público.

La EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS no se responsabiliza por los procesos de reclamaciones, quejas, derechos de petición, recursos y demás acciones legales interpuestas por los clientes en cuanto a la venta del servicio y las condiciones pactadas con las diferentes aseguradoras y demás inconformidades que puedan presentar los clientes.

!!!!RECUERDE!!!!
 ESTO NO ES UNA ENCUESTA
 ESTO NO ES UNA ACTUALIZACIÓN DE DATOS
 ESTO NO ES UNA AUTORIZACIÓN PARA
 EL ASESOR NO ESTÁ AUTORIZADO PARA
 RECIBIR DINERO
 ¡ES UNA SOLICITUD POLÍZA QUE
 CONFIRMA LA VENTA DEL SEGURO!

FIRMA DEL ASEGURADO
 C.C.

Huella Índice Derecho

Nombre del Vendedor

C.C.

Oficina:

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - CLIENTES TRIPLE A

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 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 ASEGUROBILIDAD Y PERIODOS DE CARENCIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA 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.

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO VIOLENTO, VISIBLE, EXTERNO, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE LE CAUSE EL FALLECIMIENTO.

1.2. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE

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, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL PORCENTAJE QUE LE CORRESPONDA SOBRE EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO 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 inutilización de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie	100%
Pérdida o inutilización 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 inutilización 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 inutilización 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 inutilización del dedo gordo de cualquiera de los pies	10%
Pérdida o inutilización de dos o más dedos de cualquiera de los pies	5%
Pérdida o inutilización de un dedo de cualquiera de las manos	5%
Pérdida total e irrecuperable del olfato o del gusto	5%

PARA EFECTOS DE ESTA CONDICIÓN, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN ASÍ:

MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA AL NIVEL DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA.

PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DEL TIBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.

DEDOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA POR LAS ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICAS O METATARSOFALÁNGICAS O POR ENCIMA DE ELLAS.

OJOS: PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN.

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 PUEDE

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. AUXILIO POR ACCIDENTES MENORES

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTA COBERTURA, SEGÚN EL PORCENTAJE QUE CORRESPONDA, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SUFRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, UN ACCIDENTE QUE LE OCASIONE ALGUNA DE LAS LESIONES CORPORALES MENCIONADAS A CONTINUACIÓN:

ESTA COBERTURA INICIARÁ TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIOS CONTINUOS, CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE CUBRIRÁN MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR AÑO.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SUFRA VARIAS LESIONES EN UN MISMO EVENTO, SE CUBRIRÁ HASTA MÁXIMO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO. LAS LESIONES DIFERENTES A LAS DESCRITAS ANTERIORMENTE NO SERÁN OBJETO DE COBERTURA.

2. ¿QUE NO CUBRE ESTE SEGURO?

EL AMPARO BÁSICO Y LOS ADICIONALES NO TENDRÁN COBERTURA EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMÉNCIA.
- 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, PARACAISSIMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL, AMATEUR Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.
- 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 EJERCiendo FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- 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 TRASPORTE 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.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

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. Fractura: Ruptura traumática de cualquier hueso, parcial o total, desplazada o no desplazada.

3.6. Grupo asegurable: Es el conformado por personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el Seguro de Vida.

3.7. Heridas: Lesión en la que se produce perdida de la continuidad de la piel, que comprometa piel, tejido celular subcutáneo y cualquier otra estructura (Músculo, arteria, vena) de más de cinco centímetros (5 cms) de longitud y que requiere cierre mediante sutura.

3.8. Inutilización: Inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar sus funciones naturales.

3.9. Póliza: Se trata del presente documento, el cual establece los derechos y obligaciones de la aseguradora y el asegurado, en relación al seguro contratado.

3.10. Preexistencia: Se considera como preexistencia toda enfermedad, lesión o sus secuelas manifestadas y diagnosticadas con anterioridad al inicio de vigencia del seguro, al igual que aquellas de origen congénito.

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

3.12. Quemaduras de Segundo Grado: Son aquellas que comprometen la capa media de la piel y que genera enrojecimiento, ardor, dolor y ampollas.

3.13. Quemaduras de tercer grado: Son aquellas que comprometen todas las capas de la piel, incluido vasos y nervios y pérdida de tejido.

3.14. Tomador del seguro: Para el caso de la presente póliza se trata de Codensa, a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y Beneficiario.

4. GRUPO ASEGURABLE

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los clientes del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

5. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza para cada asegurado será anual con pago de prima mensual y comenzará a partir de las doce (12) de la noche del día en que el cliente realice el pago de la prima resultante del proceso de afiliación. La póliza se renovará mes a mes, una vez realizado el pago de la prima de la forma mencionada.

6. PAGO DE LA PRIMA

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.

7. MÁXIMO VALOR ASEGURADO POR PERSONA

Dos planes por persona

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de ingreso es de mínimo 18 y máximo 65 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. La edad de permanencia es hasta los setenta 70 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

9. 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 comprueba 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.

10. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA

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 reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraido de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable 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.

11. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Diligenciamiento de la solicitud de seguro.

12. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

La presente póliza, termina por las siguientes causas:

- 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.
- Por no pago de la prima según lo definido en el artículo 1068 del código de comercio.

13. REVOCACIÓN

El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a MAPFRE, por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata en la fecha de revocación. El contrato quedará revocado a los sesenta (60) días de recibo de tal comunicación.

14. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

15. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarlafuesen 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.

16. 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:

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de Fallecimiento son:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- Registro civil de nacimiento del asegurado o fotocopia de la cédula si es mayor de edad.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía para los beneficiarios mayores de edad.
- Fotocopia del registro civil de nacimiento para los beneficiarios menores de edad
- Registro de defunción si existen beneficiarios ya fallecidos si los hay.
- Declaración extra juicio hecha por una persona ajena a la familia, indicando el momento del fallecimiento, el estado civil del fallecido, si tenía hijos o no, y cuántos (matrimoniales, extra

matrimoniales o adoptados).

- Registro civil de defunción
- Certificado de defunción
- Historia Clínica completa del asegurado que sufrió el evento.
- Acta de levantamiento del cadáver
- Resultado prueba de alcoholémica y psicofármacos.
- Copia del protocolo de necropsia.
- Informe de las autoridades (Tránsito) que atendieron el evento
- Certificado de cuenta bancaria de los beneficiarios

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de Inhabilitación Total y Permanente son:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- Registro civil de nacimiento del asegurado o fotocopia de la cédula si es mayor de edad.
- 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 de los beneficiarios

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso Auxilio por Accidentes menores son:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- Fotocopia de la cédula del asegurado si es mayor de edad
- Fotocopia del registro civil de nacimiento si el asegurado es menor de edad.
- Historia clínica o resumen de la historia clínica.
- Certificado de la cuenta bancaria del asegurado.

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

17. PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de siniestro usted puede comunicarse con la línea de atención **MAPFRE SI 24 Bogotá 601 307 7024, Nacional 018000 519 991** o al correo electrónico zzlaperturasvida@mapfre.com.co

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



Nacional: **018000 519 991**
Bogotá: **601 307 7024**




FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero
manuelg.rueda@gmail.com