

CONDICIONES GENERALES
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS
Y PROFESIONALES DE LA SALUD
COBERTURA CON BASE EN OCURRENCIA CON DOS AÑOS SUNSET

Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. que en lo sucesivo se denominará la Aseguradora, Compañía de Seguros con domicilio en la ciudad de Bogotá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el Tomador ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al Asegurado los amparos que se estipulan a continuación.

Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa, y las palabras que indiquen un género se aplicarán a los dos géneros.

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Legislación Colombiana sobre el contrato de seguros, en especial las contenidas en el Título V del libro cuarto del Código de Comercio y las de la presente póliza. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.

El alcance general de la cobertura está delimitado por las siguientes coberturas y exclusiones:

1) AMPAROS

1.1 COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SE CUBREN BAJO ESTA PÓLIZA LOS SIGUIENTES RIESGOS:

- a) EL ASEGURADOR SE OBLIGA A MANTENER INDEMNEMENTO AL ASEGURADO POR CUANTO DEBA PAGAR A UN TERCERO O A SUS DERECHOHABIENTES EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA, EXCLUSIVAMENTE, COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MÉDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN DE SALUD EN LAS PERSONAS, EL CUAL CAUSE MENOSCAMBO A LA SALUD DE LA PERSONA INCLUYENDO LA MUERTE.
- b) EL ASEGURADOR SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, EMERGENTE DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, EN RELACIÓN AL ACTO MÉDICO, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES DERIVEN EN UN RECLAMO QUE PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR.

c) EN ESTE CASO EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO A EJERCER LA ACCIÓN DE SUBROGACIÓN CONTRA ÉL O LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.

d) ASIMISMO, EL ASEGURADOR SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, PARA EL CASO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA EN RELACIÓN A ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

1. EL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE Y LOS PARIENTES DEL ASEGURADO HASTA EL TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y/O AFINIDAD;
2. LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
3. LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
4. LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS CUANDO FUEREN PACIENTES DEL ASEGURADO.

1.2 GASTOS DE DEFENSA

SE CUBREN LOS GASTOS LEGALES EN QUE INCURRA EL ASEGURADO, INCLUYENDO COSTAS, HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, PREVIAMENTE APROBADOS POR EL ASEGURADOR Y HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA QUE SE DERIVEN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ACTO MÉDICO Y/O DE LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES

LOS GASTOS DE DEFENSA SERÁN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA MISMA.

EN PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA, LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO OPERARÁN POR REEMBOLSO, SIEMPRE Y CUANDO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO DEL ASEGURADO.

1.3 COBERTURA DE DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

SE AMPARAN HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA,

LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS DAÑOS MORALES) CAUSADOS POR EL ASEGURADO.

ESTE SUBLÍMITE HACE PARTE DEL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA PÓLIZA Y NO SE CONSIDERA EN ADICIÓN AL MISMO NI AUMENTA LA SUMA ASEGURADA.

1.4 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES)

CUBRE HASTA EL SUBLÍMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR LOS DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN, USO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD Y QUE APARECEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO PREDIOS ASEGURADOS.

ESTA EXTENSIÓN AL AMPARO BÁSICO, TENDRÁ COBERTURA CUANDO EL ASEGURADO TENGA UN CONSULTORIO A SU SERVICIO Y SEA REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

ESTE SUBLÍMITE HACE PARTE DEL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA PÓLIZA Y NO SE CONSIDERA EN ADICIÓN AL MISMO NI AUMENTA LA SUMA ASEGURADA.

2) EXCLUSIONES

EL ASEGURADOR NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES POR DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- 1.** LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LA SALUD NO DECLARADO EXPRESAMENTE EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CON RESPECTO A LABORATORIOS GENERALES CUANDO ESTOS SEAN MANTENIDOS PARA EL EXAMEN DE LOS PROPIOS PACIENTES DEL ASEGURADO.

TAMPOCO SE APLICARÁ CON RESPECTO A LABORATORIOS DE RAYOS X, LABORATORIOS DE PATOLOGÍA O LABORATORIOS GENERALES CUANDO LA ESPECIALIDAD DEL ASEGURADO SEA RADIOLOGÍA, PATOLOGÍA O BIOQUÍMICA RESPECTIVAMENTE.

- 2.** ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES JUDICIALES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN DEL ASEGURADO.

- 3.** ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO - EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR EL ASEGURADOR EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 4.** DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. ASÍ MISMO, LA PRESENTE PÓLIZA NO TENDRÁ COBERTURA SI EL PROFESIONAL DE LA SALUD ASEGURADO PIERDE SU LICENCIA PROFESIONAL POR CUALQUIER CAUSA.
- 5.** RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.
- 6.** EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 7.** RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES (D&O LIABILITY)
- 8.** RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS (FABRICANTES)
- 9.** ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
- 10.** EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.
- 11.** AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO.
- 12.** PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS.
- 13.** DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 14.** LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

- 15.** ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMO DERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS ACTOS MÉDICOS.
- 16.** FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.
- 17.** SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 18.** CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 19.** LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
- 20.** RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE, POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PROVISIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 21.** DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 22.** TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN A PACIENTE.
- 23.** RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA.
- 24.** ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN,

MOTÍN, CONFISCACIÓN, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR, Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.

25. TODA RECLAMACIÓN DIRECTA O INDIRECTAMENTE BASADA EN, DERIVADA DE O RELACIONADA CON:

- ASBESTO O CUALQUIER LESIÓN O DAÑO RELACIONADO CON ASBESTO.
- TODO ACTO, ERROR, OMISIÓN O DEBER QUE IMPLIQUE EL ASBESTO O SU UTILIZACIÓN, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN O PREVENCIÓN.
- EL USO, LA EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN O PREVENCIÓN DEL ASBESTO EN CUALQUIER AMBIENTE, EDIFICACIÓN, ESTRUCTURA O EQUIPO.

26. LOS RECLAMOS DERIVADOS DE ACTOS MÉDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

27. LOS RECLAMOS SOMETIDOS A LA JURISDICCIÓN DE CUALQUIER TRIBUNAL EXTRANJERO.

28. CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.

29. LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O POSTERIOR A UN ACCIDENTE.

30. SE EXCLUYE CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD ORIGINADA POR O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN EVENTO CIBERNÉTICO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE DATOS, DATOS PERSONALES, INFORMACIÓN CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLÍNICAS.

3) GARANTÍAS

El Asegurado se obliga a cumplir con aquellas cargas impuestas por la Legislación Colombiana en Seguros, en particular, las impuestas por las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

Así mismo, el Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de Ética Médica (Ley 23 de 1981), las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento volvería ilegal la actividad.

Será de deber especial del asegurado:

1. Exigir a todos los profesionales y técnicos de la salud humana que estén en relación de dependencia y/o aprendizaje, que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:
 - a) Anotar en la historia clínica un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio del cuidado de la salud brindado al paciente.
 - b) Consignar obligatoriamente el nombre del paciente, la fecha, la hora, la firma del profesional y su aclaración, y el tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
 - c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
 - d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios, por un período no menor a diez (10) años contados a partir del último día en que los tratamientos y/o servicios comenzaron a ser prestados.
2. Colaborar con el Asegurador o con el representante nombrado por el mismo:
 - a) Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
 - b) Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
 - c) Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
 - d) Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- e) Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el Asegurador encuentre y estime necesario, y, facilitar el ejercicio de la acción subrogatoria del Asegurador.
- f) No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.
- g) Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

La no observancia de estas cargas, así como de cualquier otra que se formule por escrito, y figure indicada en las condiciones particulares, implica la aplicación de las disposiciones del Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, y demás normas concordantes.

NOTA: El Asegurador reserva el derecho de practicar auditorías médico legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del paciente y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

4) TIPO DE COBERTURA

Este seguro cubre la responsabilidad del Asegurado por el acto médico que diera origen a los daños y/o perjuicios alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de la presente póliza.
- Que el tercero o sus derechohabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el período de vigencia de esta póliza, o dentro de un plazo máximo de dos (2) años corrientes, contados a partir de la terminación de la vigencia de la presente póliza.

A los efectos de este seguro, quedan excluidos todos los reclamos que se originen de:

- Actos médicos ocurridos fuera del período de la vigencia de la póliza.
- Notificaciones, reclamaciones o avisos formuladas por el Asegurado, o los reclamos o demandas de terceros que lleguen a conocimiento del Asegurado fuera del límite temporal de vigencia, o del plazo máximo de dos (2) años, aunque dichas notificaciones, reclamos, avisos o demandas se deriven de actos médicos practicados durante la vigencia de la póliza.

5) LÍMITE ASEGURADO

El Límite Asegurado indicado en la carátula o Condiciones Particulares de la póliza representa la cifra máxima por la cual el Asegurador será responsable por todo concepto de indemnización, costas y gastos por reclamos, conforme a los Límites de Cobertura indicados en la carátula o condiciones particulares de la póliza y descritos a continuación:

- a) **Límite de Cobertura por Acto Médico:** El Asegurador será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con siniestros cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en la carátula o condiciones particulares de la póliza como límite de cobertura por acto médico.

Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas y gastos por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico.

- b) **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un mismo acto médico resultaran varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en la carátula o condiciones particulares de la póliza no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que el Asegurador reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas y gastos por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo acto médico.

- c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, el Asegurador responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas y gastos por reclamos hasta la suma especificada en el ítem Límite Agregado Anual de Cobertura de la carátula o condiciones particulares de la póliza, por todos los acontecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

- d) **No Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad del Asegurador, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

6) DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en la carátula o condiciones particulares de la póliza con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

El Asegurador responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

7) ASEGURADO

Se considerará como Asegurado la persona habilitada legalmente como médico u odontólogo u otro profesional de la salud, únicamente en el ejercicio de la profesión asegurada y únicamente cuando sea designado como Asegurado en la carátula o condiciones particulares de la póliza.

8) PRIMA

Toda la prima en concepto de esta póliza será calculada a base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

9) TERMINACIÓN POR NO PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella (Art. 1066 - Código de Comercio).

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. Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados. Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes. (Art. 1068 del Código de Comercio).

10) NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

El Asegurado deberá notificar al Asegurador, o a su representante nombrado en la carátula o en las condiciones particulares de la póliza, cualquier acto médico que, según su conocimiento, podría derivar en un reclamo de Responsabilidad Civil Médica, incluyendo el secuestro de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;

6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del Asegurado.

11) DENUNCIA O AVISO DE RECLAMOS

El Asegurado se obliga a notificar al Asegurador por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.

La notificación escrita para el Asegurador deberá contener los elementos requeridos en la Cláusula Décima si tal información no hubiese sido ya provista al Asegurador por el Asegurado.

Si el asegurado incumpliere las obligaciones consagradas en esta cláusula, el asegurador sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

La mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

12) DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente al Asegurador de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente al asegurador la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

El asegurador podrá asumir o declinar la defensa. Se entenderá que el asegurador asume la defensa si no la declinara por medio de aviso fehaciente al asegurado dentro de los dos (2) días hábiles de haber recibido la información y documentación referente a la demanda. En caso que la asumiese, el asegurador deberá designar el o los profesionales que representarán y patrocinarán al asegurado.

El Asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo documento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que la impongan.

El Asegurador podrá, en cualquier momento, declinar en el juicio la defensa del asegurado. Si el asegurador no asumiese la defensa en el juicio o la declinara, el asegurado debe asumirla y suministrarle a aquella a su requerimiento, la información referente a las actuaciones producidas en el juicio.

En el evento en que el Asegurado sea directamente demandado por el tercero afectado, el Asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle al Asegurador, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su situación en garantía.

La asunción por el asegurador de la defensa en el juicio civil implica la aceptación de su responsabilidad frente al asegurado en los términos de la presente póliza, salvo que posteriormente el asegurador tomará conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarlas dentro de los cinco (5) días hábiles de dicho conocimiento.

Si el asegurador no asumiera o declinara la defensa en el juicio, el asegurado debe asumirla a su propio costo y cargo y suministrarle al asegurador, a su requerimiento, la información referente a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

El Asegurador no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del Asegurado; sin embargo, en caso de que el reclamante estuviese dispuesto a aceptar un acuerdo propuesto en forma fehaciente por el Asegurador y este acuerdo no pudiese concretarse por oposición o negativa del Asegurado, la suma a pagar por el Asegurador por el siniestro en caso de sentencia o por posterior transacción, no podrá exceder el monto de la transacción inicialmente propuesta, incluyendo los gastos, costas e intereses devengados hasta la fecha de dicha propuesta inicial. La diferencia será a cargo exclusivo del Asegurado.

Medidas Cautelares: Si se dispusiesen medidas cautelares sobre bienes del Asegurado, éste no podrá exigir que el Asegurador las sustituya.

Costas y Gastos por Reclamos: El Asegurador toma a su cargo, como sublímite integrante de la suma asegurada, de su obligación a que se refiere la Cláusula 2, el pago de las costas judiciales en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para resistir la pretensión del Tercero, dejándose sentado que, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho accesorio no podrá superar el 20% de la suma asegurada. El excedente quedará a cargo del Asegurado.

Cuando el Asegurador no asuma o decline la defensa en juicio, el pago de los gastos y costas los debe en la medida en que fueron necesarios.

Opción del Asegurador: En cualquier momento, el Asegurador, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte del Asegurador en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual el Asegurador quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del (de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

13) DEFENSA EN PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el asegurado deberá dar aviso de inmediato al asegurador. El asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle al asegurador el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal hay intervención de víctimas, el asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

El asegurador podrá colaborar proporcionando al asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por el asegurador no implica la aceptación de responsabilidad frente al asegurado o terceros en los términos de la presente póliza.

Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con la aseguradora.

Queda claramente establecido que el asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, de aceptar o no los soportes técnicos del asegurador, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como asegurado emanados de este contrato.

En el evento en el que el asegurado fuere declarado culpable por haber incurrido en conducta dolosa, deberá reembolsar a la aseguradora las sumas que le hayan sido anticipadas por concepto de Gastos de Defensa y en general de costas de procesos judiciales.

14) REVOCACIÓN UNILATERAL

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el Asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al Asegurador. En todo caso las partes se sujetan a lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

Cuando el seguro rija de 12:00 (Doce) a 12:00 (Doce) horas, la revocación se computará desde la hora 12:00 (Doce) inmediata del día siguiente en que surta efectos la misma, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejercer la facultad de revocar unilateralmente el contrato de seguro, el asegurado tendrá derecho a recuperar la prima no devengada. Sí el Asegurado revoca la póliza, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomado en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

15) CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS (GARANTÍAS)

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por el Código de Comercio y por la presente póliza genera las consecuencias contempladas en las mismas.

16) ALCANCE JURISDICCIONAL

Toda controversia judicial que se plantee con relación a la presente póliza será dirimida ante los despachos judiciales competentes de la República de Colombia.

17) VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá al Asegurador a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que el Asegurador pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

18) RETICENCIA O INEXACTITUD

Toda inexactitud o reticencia del asegurado en su declaración de asegurabilidad, genera la nulidad relativa del contrato de seguro, en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio.

19) SUBROGACIÓN

En caso de reclamo bajo esta póliza, el Asegurador se subrogará en todos los derechos y acciones contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

El Asegurado no perjudicará los derechos del Asegurador después de que haya sido finiquitado un reclamo.

20) PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato se regirá por lo regulado en los Artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio.

21) NOTIFICACIONES - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con este contrato se fija como domicilio de las partes el domicilio principal de Mapfre Seguros Generales o el de sus sucursales en Colombia. Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de

la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado a la última dirección conocida de las partes.

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere al aviso de siniestro al asegurador por parte del asegurado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1075 del Código de Comercio.

22) CONCURRENCIA DE SEGUROS

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, el Asegurador no será responsable por una proporción mayor de un reclamo, que el límite de cobertura aplicable bajo esta póliza para tal reclamo tiene en relación al límite total de cobertura de todos los seguros en vigor para responder a dicho reclamo y solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de Pérdida y/o Gastos Legales cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso.

23) CESIÓN DE DERECHOS

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

24) MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones de la presente póliza serán efectuadas solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por el Asegurador. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

25) DECLARACIÓN DEL TOMADOR SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El tomador 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 retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, 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.

Las sanciones consagradas en este artículo 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 (Artículo 1058 del Código de Comercio).

26) CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

Toda agravación del estado del riesgo se registrará por lo señalado en el Artículo 1060 del Código de Comercio. El Asegurado está obligado a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, deberá notificar por escrito al Asegurador los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Asegurado. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al Asegurador dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del Asegurador.

27) EXAGERACIÓN FRAUDULENTO O PRUEBA FALSA DEL SINIESTRO O DE LA MAGNITUD DEL DAÑO

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado en estos casos y en los demás contemplados en la Ley, tal como lo establece el Artículo 1078 del código de comercio.

28) RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD Y RECONOCIMIENTO JUDICIAL DE HECHOS

El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción alguna sin el consentimiento del Asegurador, salvo en interrogación judicial, el reconocimiento de hechos.

29) DISMINUCIÓN DEL RIESGO

En caso de disminución del riesgo, el asegurador deberá reducir la prima estipulada, según la tarifa correspondiente, por el tiempo no corrido del seguro, exento en los seguros a que se refiere el artículo 1060, inciso final (Artículo 1065 del Código de Comercio).

30) REDUCCIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El valor asegurado se entenderá reducido, desde el momento de ocurrencia del siniestro en el importe de la indemnización pagada por Mapfre Seguros Generales de Colombia.

31) DEFINICIONES

ACTOS ERRÓNEOS: Cualquier acto médico real o supuesto, error, omisión o incumplimiento negligente relacionado con los servicios profesionales y/o asistenciales de la salud prestados por el asegurado y que, conforme a la ley, generan responsabilidad civil del mismo y en consecuencia llevan a una reclamación efectuada por el paciente afectado o tercero afectado o sus causahabientes sobre el procedimiento realizado por el asegurado.

ACTO MÉDICO: cualquier acción que implique un error, omisión o incumplimiento del deber, cometido por un profesional de la salud, el cual cause daños y/o perjuicios a la salud del paciente, incluyendo la muerte.

Se considerará como un sólo y mismo acto médico todos los daños emergentes de uno o una serie de actos u omisiones en la prestación de servicios médicos a un sólo paciente, o todos los daños emergentes de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión del mismo paciente.

ASEGURADO: Se considerará como la persona habilitada legalmente como médico u odontólogo u otro profesional de la salud, únicamente en el ejercicio de la profesión asegurada, y únicamente cuando sea designado como tal en la carátula o condiciones particulares de la póliza.

ASEGURADOR: Significa Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

COSTAS, GASTOS, INTERESES Y HONORARIOS: Son los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el asegurador para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluye bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el asegurado como el caso de ser condenado a pagar juicio.

DEDUCIBLE: Es la suma o el porcentaje que se deduce del monto de cada indemnización por siniestro y que siempre queda a cargo del asegurado.

EMPLEADO: Personas vinculadas al asegurado mediante contrato de trabajo o quienes, sin serlo, realicen prácticas o investigaciones en sus establecimientos como estudiantes. No son empleados aquellas personas vinculadas a través de contratos diferentes a los mencionados.

EVENTO: Cualquier acción realizada por el asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca lesiones corporales a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia, y/o inobservancia de los deberes a su cargo a los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el asegurado.

INDEMNIZACIÓN: Compensación al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en la carátula o condiciones particulares de la póliza.

LESIONES CORPORALES: Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

PACIENTE: Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

RECLAMO: Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el asegurado o su asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un acto médico y/o evento.

SINIESTRO: Es todo hecho, que haya producido un daño que pueda dar origen a una reclamación de responsabilidad civil extracontractual contra el asegurado o la compañía y que este amparado por la póliza.

Constituye un solo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa originaria, con independencia del número de reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables.

SUBROGACIÓN: Mecanismo por medio del cual el asegurador sustituye al asegurado en el ejercicio de las acciones legales y judiciales que este tendría contra los terceros causantes del siniestro con el fin de poder recuperar los montos de dinero reconocidos al asegurado. Definición extractada del artículo 1096 del Código de Comercio.

TERCERO AFECTADO: Es la persona natural o jurídica que resulta afectada o damnificada por un hecho de responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado de acuerdo con la ley, por eventos amparados bajo la presente póliza:

Para los efectos de este contrato de seguros, NO se consideran terceros a:

- A. El cónyuge, compañero permanente y los parientes del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad.
- B. Las personas vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios, así como los socios del asegurado, y los contratistas y subcontratistas a su servicio, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes del asegurado.

VIGENCIA: Es el periodo comprendido entre las fechas de iniciación y terminación de la protección que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de la póliza.