

TEMPORAL ONEROSO

CONDICIONES GENERALES

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS CON SUJECCIÓN 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 LAS SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL SE ENTIENDE 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 A 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. SE INCLUYE EN ESTE AMPARO LA MUERTE CAUSADA POR SUICIDIO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

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

2. AMPAROS ADICIONALES

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR SI LO DESEA Y LA COMPAÑÍA ACEPTA DE FORMA EXPRESA LA CONTRATACIÓN, DE 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. SE INCLUYE EN ESTE AMPARO LA INVALIDEZ CAUSADA POR SUICIDIO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DE ESTA

PÓLIZA.

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 CINCUENTA POR CIENTO (50%) 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 O 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. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO, ESCALADA, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.1.1.2. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.
- 2.1.1.3. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.
- 2.1.1.4. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- 2.1.1.5. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.

- 2.1.1.6. 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.
- 2.1.1.7. LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE TRÁNSITO O DE NORMAS PENALES.
- 2.1.1.8. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

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 quien(es) 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 se ineficaz o nula por cualquier causa, se aplicará lo contenido en el artículo 1142 del código de comercio.
La presente póliza acepta endoso en caso de titularización de cartera, venta o cesiones de la misma.
- 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. 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.

- 3.8. 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.
- 3.9. 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 naturalistas o de estética.
- 3.10. Hospitalización: Cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.
- 3.11. Edad Actuarial: Es el parámetro de edad tomado para aplicar la tarificación, se obtiene tomando la edad correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior).

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 (70) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los setenta (75) años (edad actuarial).

Para el amparo adicional de invalidez total y permanente, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es sesenta (70) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los sesenta y cinco (75) 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, todo 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.

Solamente respecto del amparo adicional, el asegurado y/o el tomador está obligado a comunicar a la Compañía cualquier modificación del estado del riesgo.

En tal virtud, 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, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume 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 si 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.

8. PAGO DE LA PRIMA

El valor de la prima y la forma de pago será el indicado en la carátula de la póliza. La Compañía no financia primas de forma directa.

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 vigencia del seguro para el pago de las cuotas subsiguientes o para la renovación 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 plazo de gracia producirá la terminación automática del contrato, según lo establecido en el artículo 1152 del código de comercio.

PARÁGRAFO 1: En caso de terminación automática por mora en el pago de la prima, se le informará por escrito al beneficiario a título oneroso, con no menos de treinta (30) días hábiles de anticipación, garantizando la cobertura durante este período.

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, siempre que el beneficiario sea el mismo tomador.

9. REHABILITACIÓN

Si la póliza termina por falta de pago de las primas, el asegurado podrá rehabilitarla póliza, siempre que haya transcurrido menos de un año entre la fecha desde que se dejó de pagar la prima y la fecha de solicitud de rehabilitación de la póliza, mediante la presentación de pruebas de asegurabilidad, a satisfacción de LA COMPAÑÍA y previo el pago de todas las primas o fracciones atrasadas.

LA COMPAÑÍA se reserva la facultad de rechazar la rehabilitación, o de aceptarla en condiciones distintas a las originalmente estipuladas.

10. 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.

Cuando exista beneficiario oneroso La Compañía deberá darle aviso de la reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido la ocurrencia del siniestro.

11. PAGO DEL VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará el valor asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza al beneficiario.

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, hasta completar la anualidad respectiva, 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 bancaria del(os) beneficiario(s) (no puede ser una cuenta compartida).

Para proceder al pago de la indemnización en caso de invalidez total y permanente:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia de la Historia Clínica completa.
- Dictamen de pérdida de capacidad laboral, con calificación superior o igual al 50%.
- Certificación bancaria del(os) beneficiario(s) (no puede ser una cuenta compartida).

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.

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 alcanzado podrá ser ajustado en cada renovación al saldo insoluto de la deuda, para ello el tomador deberá aportar a la Compañía una certificación con no menos de dos (2) meses de antelación a la fecha de renovación, emitida por el beneficiario oneroso donde se detalle el valor de la deuda y término de tiempo restante para finalizar el pago del crédito.

La modificación del valor asegurado se podrá realizar solamente en la renovación de la póliza.

En caso de no presentarse solicitud de modificación 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

La vigencia de la póliza es anual.

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.

16. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La renovación de la póliza es anual y se realizará a la terminación de cada vigencia. Mientras el contrato de seguro este vigente podrá ser renovado automáticamente sin requisitos adicionales de asegurabilidad.

El contrato de seguro podrá ser renovado tantas veces como el límite de edad máximo de permanencia del ASEGURADO o hasta la extinción de la obligación crediticia.

17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y DEL AMPARO ADICIONAL

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 plazo de pago.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- 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 se extinga la obligación crediticia con el Beneficiario Oneroso

El amparo adicional terminará 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 por el amparo adicional.

18. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Se establece como obligación del tomador, asegurado o beneficiario diligenciar el formulario de Conocimiento del Cliente a través de contratos de seguros, exigidos por la Superintendencia Financiera de Colombia, con información veraz y verificable; 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 revocar unilateralmente el contrato de seguro, en los casos en que a ello hubiere lugar.

18. 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.

PARAGRAFO: En caso de tener Beneficiario Oneroso, la presente póliza no podrá ser revocada, modificada, ni sustituido su tomador, sin previo aviso escrito al Beneficiario con no menos de treinta (30) días hábiles de antelación a la fecha de la modificación o revocación que pretenda hacerse.

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 más reciente domicilio registrado en la póliza.

25. AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro comuníquese a:

Nacional: 018000 977 025

Bogotá: 307 7026

Opción 1: Orientación o información

Opción 2: Reporte e información de Siniestros

Aviso y formalización de siniestro a través del correo:

zzlaperturasvida@mapfre.com.co

26. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO

defensoriamapfre@gmail.com

Teléfono fijo: (601) 4587174

Celular: 312 3426229

Dirección de oficina:

Carrera 13 # 29-21 Oficina 221 Bogotá