



**SOLICITUD PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO Y SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CON ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.**

MAPFRE

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
NIT. 891.700.037-9

No.

FECHA DE SOLICITUD

DD

MM

AAAA

Señor(a) asegurado(a) tenga en cuenta lo siguiente:

- Por favor diligencie los datos solicitados en el presente documento en letra legible, sin tachones, rayas ni enmendaduras.
- La entidad tomadora del presente seguro es el BANCO PICHINCHA identificado con el NIT N° 890.200.756-7 y la entidad aseguradora es MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- Esta Solicitud Póliza hace parte del contrato de seguro celebrado entre el BANCO PICHINCHA y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- La información incluida en el presente documento debe ser cierta, veraz y comprobable, por tanto conozco que cualquier reticencia, error o omisión genera consecuencias legales del seguro.

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Tipo y Número de identificación del Asegurado			Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Genero
C.C	C.E	P.S	No.	DD	MM	AAAA	M	F
Departamento		Ciudad		Dirección de residencia		Dirección Laboral		
Empleador		Teléfono Fijo		No. Celular		E- mail		

DATOS BENEFICIARIO PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL (aplica para seguro de Accidentes Personales con anexo de Incapacidad Temporal)

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco	Porcentaje

EL VALOR DE LA PRIMA MENSUAL DE ESTE SEGURO, CORRESPONDE AL 2.4157% DEL VALOR DE LA CUOTA INICIAL DEL CRÉDITO.

Señor(a) asegurado(a) por favor indíquenos con una X cual es la actividad que usted desempeña:

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE (Empleado)

Aplica el Seguro de Desempleo

INDEPENDIENTES

Aplica el seguro de Accidentes Personales con anexo de Incapacidad Temporal

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Fecha inicio	Fecha Fin	Periodo Inicialmente Pactado (Meses)
Fecha del Desembolso	Un año o fracción renovable hasta finalizar el periodo inicialmente pactado.	

DECLARACIONES

Por medio de la presente declaración, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro, así como, acepto el contenido de sus amparos, exclusiones, los cuales se encuentran al reverso de la presente Solicitud Póliza. Declaro que tengo 18 años y menos de 69. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.

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 EJECUTIVOS SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. **Compañías Tratatantes** 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 Tratatantes, que entrego con este documento, que entrego en el futuro o que las Compañías Tratatantes 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 Tratatantes; (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 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) Faselcald e Inverías 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 Tratatantes; (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 Tratatantes; (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 Tratatantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales; (vii) 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 Tratatantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratatantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratatantes 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 Tratatantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratatantes) 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 Tratatantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren 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 Tratatantes; (viii) Que las Compañías Tratatantes 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 Tratatantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u 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 llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratatantes con el fin de que estas centrales u 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 Tratatantes 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 Tratatantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratatantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial. **Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratatantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratatantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

ACEPTO

NO ACEPTO

AUTORIZACIONES

Autorizo a BANCO PICHINCHA, en adelante BANCO PICHINCHA, a debitar o cargar la suma que corresponda al valor de la prima del seguro adquirido por mí y proceder a su pago a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en adelante MAPFRE, de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud póliza. El débito o cargo automático autorizado se realizará durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo de vigencia del contrato de seguro y sus renovaciones, las cuales se realizarán de manera automática, salvo manifestación en contrario hecha por escrito en la cláusula prevista inmediatamente anterior a la firma de la presente solicitud póliza.

El cliente acepta que BANCO PICHINCHA sólo actúa como proveedor de su red o aliado comercial, siguiendo exclusivamente las instrucciones otorgadas por MAPFRE. BANCO PICHINCHA no actúa como asegurador, ni como intermediario de seguros y por ende, no asume ninguna obligación o responsabilidad derivada de tales calidades. Con la firma del presente documento, el cliente declara que conoce todas las condiciones de la póliza, sus anexos, la naturaleza de los amparos, sus costos, formas de pago, condiciones y restricciones comerciales, legales y contractuales y que ha efectuado una labor diligente de revisión de las mismas que lo han conducido a tomar, de forma autónoma, la decisión de adquirir los respectivos seguros. El cliente declara a su exclusivo cargo el valor de las primas, impuestos, comisiones y demás cargos relacionados con la póliza y, los riesgos derivados del no pago, en el evento que no sea posible cargar dichos costos o en caso de no pago de los mismos.

El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de MAPFRE y por tanto BANCO PICHINCHA no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto de seguro, se resolverá entre el asegurado y MAPFRE, sin responsabilidad alguna por parte de BANCO PICHINCHA.

El asegurado acepta que BANCO PICHINCHA como beneficiario del seguro hasta el saldo de las obligaciones, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar la misma mes a mes, contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses. **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Declaro que he leído, revisado, atendido las condiciones del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada
Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

Firma del Asegurado
No. de Doc. Identidad

Huella Índice
Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre del Asesor Comercial:	Código de Oficina:	C.C.:
Código de puesto de Trabajo:	Ciudad:	



**SOLICITUD PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO Y SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CON ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.**

MAPFRE

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
NIT. 891.700.037-9

No.

FECHA DE SOLICITUD

DD

MM

AAAA

Señor(a) asegurado(a) tenga en cuenta lo siguiente:

- Por favor diligencie los datos solicitados en el presente documento en letra legible, sin tachones, rayas ni enmendaduras.
- La entidad tomadora del presente seguro es el BANCO PICHINCHA identificado con el NIT N° 890.200.756-7 y la entidad aseguradora es MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- Esta Solicitud Póliza hace parte del contrato de seguro celebrado entre el BANCO PICHINCHA y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- La información incluida en el presente documento debe ser cierta, veraz y comprobable, por tanto conozco que cualquier reticencia, error o omisión genera consecuencias legales del seguro.

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Tipo y Número de identificación del Asegurado			Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Genero
C.C	C.E	P.S	No.	DD	MM	AAAA	M	F
Departamento		Ciudad		Dirección de residencia		Dirección Laboral		
Empleador		Teléfono Fijo		No. Celular		E- mail		

DATOS BENEFICIARIO PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL (aplica para seguro de Accidentes Personales con anexo de Incapacidad Temporal)

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco	Porcentaje

EL VALOR DE LA PRIMA MENSUAL DE ESTE SEGURO, CORRESPONDE AL 2.4157% DEL VALOR DE LA CUOTA INICIAL DEL CRÉDITO.

Señor(a) asegurado(a) por favor indíquenos con una X cual es la actividad que usted desempeña:

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE (Empleado)

Aplica el Seguro de Desempleo

INDEPENDIENTES

Aplica el seguro de Accidentes Personales con anexo de Incapacidad Temporal

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Fecha inicio	Fecha Fin	Periodo Inicialmente Pactado (Meses)
Fecha del Desembolso	Un año o fracción renovable hasta finalizar el periodo inicialmente pactado.	

DECLARACIONES

Por medio de la presente declaración, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro, así como, acepto el contenido de sus amparos, exclusiones, los cuales se encuentran al reverso de la presente Solicitud Póliza. Declaro que tengo 18 años y menos de 69. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.

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 EJECUTIVOS 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 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) Faselcald e Inverías 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; (vii) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes; (viii) 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; (ix) 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; (x) 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 celebren 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 u 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 llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u 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. **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

AUTORIZACIONES

Autorizo a BANCO PICHINCHA, en adelante BANCO PICHINCHA, a debitar o cargar la suma que corresponda al valor de la prima del seguro adquirido por mí y proceder a su pago a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en adelante MAPFRE, de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud póliza. El débito o cargo automático autorizado se realizará durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo de vigencia del contrato de seguro y sus renovaciones, las cuales se realizarán de manera automática, salvo manifestación en contrario hecha por escrito en la cláusula prevista inmediatamente anterior a la firma de la presente solicitud póliza.

El cliente acepta que BANCO PICHINCHA sólo actúa como proveedor de su red o aliado comercial, siguiendo exclusivamente las instrucciones otorgadas por MAPFRE. BANCO PICHINCHA no actúa como asegurador, ni como intermediario de seguros y por ende, no asume ninguna obligación o responsabilidad derivada de tales calidades. Con la firma del presente documento, el cliente declara que conoce todas las condiciones de la póliza, sus anexos, la naturaleza de los amparos, sus costos, formas de pago, condiciones y restricciones comerciales, legales y contractuales y que ha efectuado una labor diligente de revisión de las mismas que lo han conducido a tomar, de forma autónoma, la decisión de adquirir los respectivos seguros. El cliente declara a su exclusivo cargo el valor de las primas, impuestos, comisiones y demás cargos relacionados con la póliza y, los riesgos derivados del no pago, en el evento que no sea posible cargar dichos costos o en caso de no pago de los mismos.

El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de MAPFRE y por tanto BANCO PICHINCHA no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto de seguro, se resolverá entre el asegurado y MAPFRE, sin responsabilidad alguna por parte de BANCO PICHINCHA. El asegurado acepta que BANCO PICHINCHA como beneficiario del seguro hasta el saldo de las obligaciones, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar la misma mes a mes, contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses. **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Declaro que he leído, revisado, atendido las condiciones del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada
Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.

Firma del Asegurado
No. de Doc. Identidad

Huella Índice
Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Nombre del Asesor Comercial:	Código de Oficina:	C.C.:
Código de puesto de Trabajo:	Ciudad:	

CONDICIONADO GENERAL SEGURO DE DESEMPLEO BANCO PICHINCHA

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PERIODOS DE CARENANCIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

1.1. DESEMPLEO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

ESTE AMPARO SE OTORGA A AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EJERCENDO UN TRABAJO, UNA OCUPACION, UN OFICIO, UNA ACTIVIDAD REMUNERADA BAJO UN VÍNCULO DE DEPENDENCIA POR MEDIO DE UN CONTRATO LABORAL POR TIEMPO INDEFINIDO, FIJO IGUAL O SUPERIOR A SEIS (6) MESES. MAPFRE PAGARÁ AL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO POR CADA PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTINUOS EN EL QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA EN ESTADO O SITUACIÓN DE DESEMPLEO SIEMPRE Y CUANDO OCURRA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

- CUANDO EL ASEGURADO SEA DESPEDIDO DE SU EMPLEO SIN JUSTA CAUSA.
- CUANDO SU CONTRATO DE TRABAJO TERMINE DE MUTUO ACUERDO Y LA GRATIFICACIÓN PAGADA AL EMPLEADO SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA INDEMNIZACIÓN QUE LE CORRESPONDERÍA RECIBIR
- POR DESPIDO SIN JUSTA CAUSA.
- CUANDO EL ASEGURADO QUEDE SIN EMPLEO POR UN DESPIDO MASIVO CON Y SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DEL TRABAJO O QUIEN HAGAN SUS VECES.
- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO A TÉRMINO FIJO MAYOR A SEIS (6) MESES.

EL PAGO SE HARÁ HASTA QUE EL ASEGURADO SE VUELVA A EMPLEAR O HASTA ALCANZAR EL NÚMERO MÁXIMO DE MENSUALIDADES CONTRATADAS, DENTRO DE LAS CONDICIONES Y TIEMPOS ESTIPULADOS EN ESTE DOCUMENTO Y EN TODOS LOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA.

MAPFRE INDEMNIZARÁ AL TOMADOR EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL INICIAL DEL CRÉDITO, HASTA MÁXIMO EL VALOR DEFINIDO EN LA CLÁUSULA SEXTA DE ESTE DOCUMENTO O HASTA QUE EL ASEGURADO SE VUELVA A EMPLEAR. EL PAGO SE HARÁ INDEPENDIENTEMENTE DE QUE EL ASEGURADO ESTANDO EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO, DECIDA HACER APORTES A SEGURIDAD SOCIAL COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE.

EN LOS CASOS EN LOS CUALES LA DEUDA CON EL TOMADOR SE EXTINGA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ DIRECTAMENTE AL ASEGURADO EL VALOR ASEGURADO MENSUAL CONTRATADO, HASTA COMPLETAR LAS CUOTAS CONTRATADAS O HASTA QUE EL ASEGURADO SE VUELVA A EMPLEAR (CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO).

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

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

- EL HECHO QUE DIO LUGAR A LA RECLAMACIÓN, OCURRIÓ COMO CONSECUENCIA DE: GUERRA (HAYA SIDO O NO DECLARADA), GOLPE DE ESTADO, ESTADO DE CONMOCIÓN INTERIOR, ESTADO DE EMERGENCIA
- ECONOMICA, SOCIAL Y ECOLÓGICA, ASONADA, REBELIÓN, SEDICIÓN, TERRORISMO, REVOLUCIÓN, INCLUYENDO DAÑOS OCASIONADOS POR ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA INMEDIATA O A LARGO PLAZO.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE, FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- PANDEMIAS.
- DESPIDOS CON JUSTA CAUSA DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA APLICABLE.
- TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TÉRMINO FIJO POR EXPIRACION DEL TÉRMINO PACTADO.
- CONTRATOS DE TRABAJO A DESTAJO, POR OBRA O LABOR.
- LOS CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE APRENDIZAJE.
- TERMINACIÓN DE MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO DE TRABAJO, SIN LA GRATIFICACIÓN DE QUE TRATA EL NUMERAL 1.1.
- RECONOCIMIENTO AL TRABAJADOR DE LA PENSIÓN.
- SI EL ASEGURADO ES DESPEDIDO POR UNA PERSONA HASTA TERCER GRADO DE AFINIDAD O HASTA TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD, O CUANDO ES EMPLEADO POR SU PROPIA EMPRESA.
- SI SE PRODUCE LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO POR CUALQUIER CAUSA Y SI UNA VEZ DESAPARECIDA LA CAUSA DE LA SUSPENSIÓN DE DICHO CONTRATO, EL ASEGURADO NO REGRESA A SU EMPLEO.
- FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.
- CONTRATOS A TÉRMINO FIJO INFERIORES A SEIS (6) MESES.
- PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO.
- SI EL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN PERÍODO DE PRUEBA

AL SER DESPEDIDO.

- LAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN CARGOS PUBLICOS CUYO NOMBRAMIENTO SE HACE POR MEDIO DE ACTOS ADMINISTRATIVOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION.

3. DEFINICIONES

- **ASEGURADO:** Es la persona natural que tiene un vínculo con el Tomador y que, para efectos de este seguro, tiene interés asegurable, y ha sido aceptado por MAPFRE.
- **BENEFICIARIO:** Es la persona o personas a quienes el asegurado principal reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que se designe.
- **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 SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- **CUOTA:** Se define como el valor asegurado contratado, una vez se constituya la situación de desempleo.
- **DESEMPLEO:** Significa la pérdida involuntaria del empleo remunerado por parte de un empleado según lo definido en la legislación laboral colombiana.
- **EVENTO:** Es la circunstancia que da lugar al pago de la indemnización cubierta por la Póliza.
- **EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Es la edad hasta la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.
- **EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Es la edad a partir de la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.
- **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente contrato de seguro. Una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el seguro se dará por terminado.
- **EXCLUSIONES:** Se refiere a todos aquellos hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el contrato de seguro, y que se encuentran expresamente indicados en las condiciones generales.
- **PERIODO DE CARENANCIA:** Es el periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el asegurado no estará cubierto, este periodo deberá cumplirse por única vez para cada asegurado.
- **PERIODO DE REACTIVACIÓN:** Tiempo que debe transcurrir después de un siniestro por DESEMPLEO para tener de nuevo activa la cobertura.
- **PÓLIZA:** Documento que contiene las Condiciones Generales, que identifican el riesgo.
- **PRIMA:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **TOMADOR:** Es la persona Jurídica que tiene un vínculo con el asegurado por lo tanto tiene interés asegurable, para efectos de esta póliza es BANCO PICHINCHA.
- **TRABAJADOR DEPENDIENTE/EMPLEADO:** Persona natural que presta sus servicios bajo un contrato a término indefinido o fijo no inferior a seis (6) meses, en los términos que define la legislación laboral colombiana.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza iniciará con la fecha de desembolso del crédito, por un periodo de un año o la fracción correspondiente, renovable hasta la finalización del periodo de pago inicialmente pactado, con recuento de primas mensual. El no pago de la prima dentro del plazo otorgado en la cláusula quinta de este condicionado, generará la terminación automática del contrato del seguro.

5. PAGO DE LA PRIMA

Será máximo de sesenta (60) y/o noventa (90) días calendario después de la entrada en vigencia del seguro o del vencimiento de cada cuota, en caso de ser ésta fraccionada. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriera algún siniestro, MAPFRE tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente. 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.

6. MÁXIMO VALOR ASEGURADO POR PERSONA

Hasta 6 cuotas, cada una de hasta máximo CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4'000.000).

7. PERIODO DE REACTIVACIÓN

El periodo de reactivación es de ciento ochenta (180) días calendario continuos, durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento debe permanecer en un nuevo empleo y, de esta manera, tener derecho a reclamación por un siguiente evento.

Si el período transcurrido entre dos eventos de desempleo es menor a noventa (90) días calendario, durante los cuales el asegurado está trabajando, la reclamación será considerada como un mismo evento y habrá lugar a la indemnización hasta de las cuotas faltantes, si las hay, de acuerdo con el número de cuotas contratadas.

8. PERIODO DE CARENANCIA

El periodo de carencia definido para esta cobertura será de treinta (30) días calendario.

Si durante el periodo de carencia el asegurado pierde su empleo no estará cubierto bajo el amparo de desempleo de la presente póliza, aun cuando la situación de desempleo persista finalizado el periodo de carencia.

El periodo de carencia deberá cumplirse por única vez para cada asegurado a partir de su inclusión en la póliza como nuevo asegurado, es decir; el periodo de carencia no aplica en caso de renovación de la póliza.

9. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Por cada 30 días de desempleo, se pagará una cuota por mes al Tomador, hasta completar las seis (6) cuotas contratadas, siempre o hasta que persista la situación de Desempleo, lo que ocurra primero.

10. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de Ingreso es de mínimo 18 años y máximo 69 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días

11. 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.

12. 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 retraído 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.

13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Se requiere el diligenciamiento de la solicitud de seguro donde se acepte expresamente la aceptación del producto o de la póliza.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO

La presente póliza, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Por la voluntad de MAPFRE, Tomador o Asegurado.
- 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

15. REVOCACIÓN

El Tomador o asegurado podrán revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a MAPFRE, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

MAPFRE podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado al Tomador por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las reclamaciones causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

16. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

MAPFRE pagará directamente al Tomador y/o asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

17. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

18. RECLAMACIONES

El asegurado deberá remitir los documentos y la solicitud de indemnización para acreditar el siniestro; cualquier reclamación fraudulenta quedará automáticamente privada de poder recibir la indemnización a la que tenía derecho.

El asegurado deberá adjuntar los documentos necesarios para la revisión del caso. Si el asegurado no llegara a presentar los documentos mencionados en el numeral 19 de este condicionado cesará el pago de la indemnización pues se entenderá que su situación de desempleo no continúa. Cuando el asegurado presente los documentos por fuera del tiempo establecido, si habrá lugar a reclamación, MAPFRE pagará retroactivamente los pagos justificados pero en ningún caso se pagarán intereses o costos adicionales que resulten por el no pago de esa indemnización.

19. 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:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación.
- Fotocopia de la comunicación oficial de terminación del contrato laboral del asegurado, en caso de terminación por mutuo acuerdo, fotocopia del acuerdo de terminación en donde se

indique el pago de una indemnización por parte del empleador, en un monto equivalente o superior al 50% de la indemnización que el empleado hubiese recibido por despido sin justa causa.

- Fotocopia de la certificación laboral que precise fecha de inicio, fecha de terminación, tipo de vínculo laboral, cargo ejercido, motivo de terminación de la relación laboral y remuneración.
- En caso de haber sido empleado con contrato a término fijo, deberá precisarse en la certificación la fecha de inicio y terminación originalmente pactada en el contrato; cuando

la certificación laboral no contenga las fechas de inicio y de terminación originalmente pactadas, el asegurado podrá presentar fotocopia del contrato laboral o de la liquidación.

- Declaración extrajudicial del asegurado indicando que continua en situación de Desempleo (Aplica para reclamación de la segunda cuota en adelante).

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

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PERIODOS DE CARENANCIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, MAPFRE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DEL ACCIDENTE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EL FALLECIMIENTO SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA DÍAS (180) CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

1.2. INCAPACIDAD TEMPORAL PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

MAPFRE PAGARÁ EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL INICIAL DEL CRÉDITO SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO Y CUOTAS DEFINIDAS EN LA CLÁUSULA SEXTA DEL PRESENTE DOCUMENTO, CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL CAUSADA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, DENTRO DE LAS CONDICIONES Y TIEMPOS ESTIPULADOS EN ESTE DOCUMENTO Y EN TODOS LOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA.

MAPFRE PAGARÁ DE FORMA RETROACTIVA, POR CADA PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS EN EL QUE EL ASEGURADO PERMANEzca EN ESTADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL. PARA EL PRIMER MES DE INCAPACIDAD SE PAGARÁ UNA VEZ EL ASEGURADO CUMPLA CON UN PERIODO MÍNIMO DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS DE INCAPACIDAD.

EN LOS CASOS EN LOS CUALES LA DEUDA CON EL TOMADOR SE EXTINGA, MAPFRE PAGARÁ DIRECTAMENTE AL ASEGURADO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, HASTA COMPLETAR LAS CUOTAS CONTRATADAS O HASTA QUE EL ASEGURADO DEJE DE ESTAR EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD (LO QUE OCURRA PRIMERO).

ESTE AMPARO SE OTORGA A TRABAJADORES INDEPENDIENTES, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 3 DE ESTE CONDICIONADO.

MAPFRE INDEMNIZARÁ EL NÚMERO DE CUOTAS QUE CORRESPONDA, DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA Y SE CUBRIRÁN MÁXIMO DOS EVENTOS AL AÑO.

DÍAS DE INCAPACIDAD	CUOTAS A INDEMNIZAR
De 15 a 45 días continuos	1 cuota
De 46 a 74 días continuos	2 cuotas
De 75 a 104 días continuos	3 cuotas
De 105 a 134 días continuos	4 cuotas
De 135 a 164 días continuos	5 cuotas
De 165 días continuos en adelante.	6 cuotas

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

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

2.1. EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

- SUICIDIO O SU TENTATIVA O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.
- LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL O AMATEUR.

- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ACCIDENTE O ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- 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.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE COMO FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

- EL ASEGURADO NO ACREDITA HABER ESTADO EJERCENDO SU ACTIVIDAD ECONÓMICA, DURANTE AL MENOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO PREVIOS A LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
- CONSUMO VOLUNTARIO DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O EMBRIAGANTES Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.
- CUALQUIER ACCIDENTE QUE SURJA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PELIGROSAS O ILEGALES.
- INCAPACIDADES DERIVADAS DE CUALQUIER CIRUGÍA ESTÉTICA.
- INCAPACIDADES DERIVADAS DE CUALQUIER ENFERMEDAD ACCIDENTE PREEXISTENTE.
- LICENCIAS DE MATERNIDAD.

3. DEFINICIONES

- **ACCIDENTE:** Hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y que le cause la muerte lesiones.
- **ACTIVIDAD PELIGROSA:** Significa cualquiera de las siguientes actividades prácticas profesionales o amateur, incluyendo pero sin limitarse a, deportes extremos o peligrosos, tales como boxeo, deportes de motor, equitación, cualquier actividad deportiva que involucre la participación de animales, escalada de montaña, cuevas o roca, parapente, vuelo sin motor, globo aerostático, paracaidismo, esgrima, deportes de defensa personal, canoa de alta montaña, clavatismo, buceo, carreras, rallies, competencias de velocidad, cualquier otro tipo de competencia que involucre vehículos de cualquier tipo, o manejo de explosivos, armas o químicos.
- **ASEGURADO:** Es la persona que, para efectos de este seguro, tiene interés asegurable, y ha sido aceptado por MAPFRE.
- **BENEFICIARIO:** Es la persona o personas a quienes el asegurado principal reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que se designe.
- **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 SEGUROS DE COLOMBIA S.A.
- **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Lesión, enfermedad, o síntoma y/o signos clínicos relacionados con la lesión, enfermedad que se haya manifestado antes de la fecha de inicio de la Póliza, o de la inclusión del Asegurado en la misma.
- **CUOTA:** Se define como el valor asegurado contratado, una vez se constituya la situación de Incapacidad Temporal.
- **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.
- **EVENTO:** Es la circunstancia que da lugar al pago de la indemnización cubierta por la Póliza.
- **EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Es la edad hasta la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.
- **EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Es la edad a partir de la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.
- **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente contrato de seguro. Una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el seguro se dará por terminado.
- **EXCLUSIONES:** Se refiere a todos aquellos hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el contrato de seguro, y que se encuentran expresamente indicados en las condiciones generales.
- **INCAPACIDAD TEMPORAL:** Significa cualquier enfermedad, condición o lesión temporal causada por accidente y/o enfermedad que le impida al Asegurado adelantar labores remuneradas. Si el Asegurado es un Trabajador Independiente, la Incapacidad Temporal debe impedirle ayudar, gerenciar o

realizar actividades de la administración ordinaria del negocio.

- **MÉDICO:** Profesional que cursó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del Asegurado otorgándole el derecho a reclamar una indemnización en virtud del Seguro, no podrá ser el Asegurado, un pariente o un amigo cercano.
- **PERIODO DE CARENANCIA:** Es el período posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el asegurado no estará cubierto, este período deberá cumplirse por única vez para cada asegurado.
- **PERIODO DE REACTIVACIÓN:** Tiempo que debe transcurrir después de un siniestro por INCAPACIDAD TEMPORAL para tener de nuevo activa la cobertura.
- **PÓLIZA:** Documento que contiene las Condiciones Generales, que identifican el riesgo.
- **PRIMA:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **TOMADOR:** Es la persona Jurídica que tiene un vínculo con el asegurado por lo tanto tiene interés asegurable, para efectos de esta póliza es BANCO PICHINCHA.
- **TRABAJADOR INDEPENDIENTE:** Persona natural que presta sus servicios mediante contratos de labor determinada según su definición legal, o contratos de carácter civil, comercial o administrativo (distintos al laboral), cuyo ingreso principal se genera por la actividad desarrollada, la que se utiliza para el sostenimiento personal y en una menor proporción para el funcionamiento del negocio. Así como también personas naturales que prestan sus servicios mediante cooperativas de trabajo social.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza iniciará con la fecha de desembolso del crédito, por un periodo de un año o la fracción correspondiente, renovable hasta la finalización del periodo de pago inicialmente pactado, con recaudo de primas mensual. El no pago de la prima dentro del plazo otorgado en la cláusula quinta de este condicionado, generará la terminación automática del contrato del seguro.

5. PAGO DE LA PRIMA

Será máximo de sesenta (60) y/o noventa (90) días calendario después de la entrada en vigencia del seguro o del vencimiento de cada cuota, en caso de ser ésta fraccionada. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurre algún siniestro, MAPFRE tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente. 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.

6. MÁXIMO VALOR ASEGURADO POR PERSONA

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: Una cuota del valor mensual inicial del crédito, máximo CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4'000.000).
INCAPACIDAD TEMPORAL: Hasta 6 cuotas, cada una del valor mensual inicial del crédito hasta máximo CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4'000.000).

7. PERIODO DE REACTIVACIÓN

FALLECIMIENTO: Para el amparo de Fallecimiento accidental no aplica periodo de reactivación.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Es el período de ciento ochenta (180) días continuos durante los cuales el asegurado ya indemnizado por un primer evento, debe permanecer en desarrollo de su actividad económica para tener derecho al pago de un nuevo evento. Si el período transcurrido entre dos (2) Incapacidades es menor a noventa (90) días continuos y a consecuencia de un mismo evento, la reclamación será considerada como un mismo evento, dando lugar a la indemnización hasta de las cuotas faltantes, si las hay, hasta completar las seis (6) cuotas de cobertura.

8. PERIODO DE CARENANCIA

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: No Aplica

INCAPACIDAD TEMPORAL: 30 días calendario.

9. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: Un solo pago a los beneficiarios designados o en su defecto los de ley, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1142 del código de comercio.

INCAPACIDAD TEMPORAL: A los 15 días de Incapacidad pago retroactivo de la 1ra cuota y luego por cada 30 días de Incapacidad pago retroactivo de la cuota. Se indemnizará mes a mes, siempre y cuando persista la incapacidad y hasta máximo 6 meses del valor contratado. El pago se realizará al tomador por el valor asegurado contratado, siempre y cuando el asegurado continúe en situación de incapacidad.

10. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de Ingreso es de mínimo 18 años y máximo 69 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días

11. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a MAPFRE, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso o de permanencia a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

12. 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 retraído 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.

13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Se requiere el diligenciamiento de la solicitud de seguro donde se acepte expresamente la aceptación del producto o de la póliza.

14. TERMINACIÓN DEL SEGURO

La presente póliza, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro.

- Por la voluntad de la Compañía, Tomador o Asegurado.
- 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

15. REVOCACIÓN

El Tomador o asegurado podrán revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a MAPFRE, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

La Compañía podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado al Tomador por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las reclamaciones causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

16. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

MAPFRE pagará directamente al Tomador y/o asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

17. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

18. RECLAMACIONES

El asegurado deberá adjuntar los documentos necesarios para la revisión del caso. Si el asegurado no llegara a presentar los documentos mencionados en el numeral 19 de este condicionado cesará el pago de la indemnización pues se entenderá que su situación de incapacidad no continúa. Cuando el asegurado presente los documentos por fuera del tiempo establecido, si habrá lugar reclamación, MAPFRE pagará retroactivamente los pagos justificados, pero en ningún caso se pagarán intereses o costos adicionales que resulten por el no pago de esa indemnización.

19. 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:

19.1. PARA FALLECIMIENTO:

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado
- Registro civil de defunción
- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.
- Resultado prueba de alcoholemia y psicofármacos.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Certificado de cuenta bancaria de los beneficiarios.

19.2. PARA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Original de la certificación expedida por la Entidad Promotora de Salud (EPS), o por el médico tratante y la historia clínica completa o epicrisis, precisando la fecha de inicio de la incapacidad y la fecha de terminación de
- la misma en caso que el Asegurado haya sido dado de alta.
- El informe de accidente de la autoridad competente, si es el caso.
- Las planillas integradas de pago de aportes a Seguridad Social, en las cuales se evidencie una antigüedad mínima de ciento ochenta (180) días en su actividad económica.
- Para eventos ocurridos en el exterior, los documentos presentados deberán ser apostillados o autenticados por el Cónsul de Colombia en el país donde haya sucedido la enfermedad o accidente que originó la Incapacidad.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito expedido por el Tomador a la fecha de la incapacidad del asegurado.

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

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

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero
manuelg.rueda@gmail.com

Seguro de Desempleo	Condicionado: 01/09/2019-1326-P-24-000VTE56763SEP19-0R00 Nota técnica: 01/09/2019-1326-NT-P-24-10CNT873090719UR
Seguro de Accidentes Personales con Anexo de Incapacidad Temporal	Condicionado: 01/09/2019-1326-P-31-000VTE56764SEP19-0R00 Nota técnica: 01/09/2019-1326-NT-P-31-55CNT931DE0719UR