

Condicionado

... Póliza de Seguro



● ●●●● seguro de

Accidentes Personales Colectivo



ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Condiciones Generales

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA 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 SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ 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.

2. AMPAROS ADICIONALES

EI TOMADOR PODRÁ CONTRATAR, SI LO DESEA, TODOS O ALGUNO(S) DEL (OS) SIGUIENTE (S) AMPARO (S).

2.1. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE:

SI EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA, SUFRE UNA(S) DE LA(S) LESIÓN(ES) O PÉRDIDA(S) DESCRITA(S) A CONTINUACIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL PORCENTAJE QUE LE CORRESPONDA SOBRE EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA LESIÓN O PÉRDIDA QUE PADEZCA, SUCEDA DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES, A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE CON BASE EN LA SIGUIENTE TABLA:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA UNILATERAL OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%

PARA EFECTOS DE ESTA CONDICIÓN, LAS PÉRDIDAS ANTERIORES SE DEFINEN EN LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CLAUSULADO.

EN CASO DE VARIAS PÉRDIDAS CAUSADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA, SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO.

CUALQUIER PÉRDIDA O LIMITACIÓN NO DESCRITA EN LA TABLA ANTERIOR NO SERA OBJETO DE COBERTURA

2.2. FALLECIMIENTO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO AMPARADO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN CONTEMPLADA EN ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL ACCIDENTE Y LA FECHA DE FALLECIMIENTO OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE HAYA CONTRATADO ESTA COBERTURA.

2.3. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DERIVADA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

SI EL ASEGURADO SUFRE UNA INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DERIVADA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO AMPARADO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN CONTEMPLADA EN ESTE CLAUSULADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DE LO INDEMNIZADO BAJO EL AMPARO DE INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE, DE ACUERDO CON LA CLASIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA EN LA TABLA, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA CONTRATADO ESTA COBERTURA.

2.4. GASTOS MÉDICOS:

SI COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES CAUSADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO REQUIERE DE ASISTENCIA MÉDICA O QUIRÚRGICA, QUE LE GENERE EL PAGO DE HONORARIOS MÉDICOS, HOSPITALIZACIÓN, RAYOS X, AMBULANCIA, MEDICAMENTOS, FISIOTERAPIA, PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS DE TIPO FUNCIONAL, SERVICIO DE ENFERMERÍA PERTINENTES PARA LA RECUPERACIÓN DEL LESIONADO, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ EL VALOR DE LOS GASTOS A QUIEN ACREDITE HABERLOS PAGADO O A QUIENES EL ASEGURADO AUTORICE, SIN EXCEDER EL VALOR TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE GENERADOR DE LOS GASTOS MÉDICOS OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE HUBIERE CONTRATADO ESTA COBERTURA.

LOS GASTOS INCURRIDOS DESPUÉS DE LOS CIENTO (100) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE NO SERÁN OBJETO DE COBERTURA.

LA COMPAÑÍA SÓLO PAGARÁ LOS HONORARIOS DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y DEMÁS PROFESIONALES DE LA SALUD GRADUADOS Y OFICIALMENTE AUTORIZADOS PARA EJERCER SU PROFESIÓN.

LOS MEDICAMENTOS (APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DEPENDENCIA ANTE EL INVIMA) A QUE SE HACE ALUSIÓN EN LA PRESENTE COBERTURA DEBEN TENER POR ÚNICO OBJETO LA CURACIÓN DE LAS LESIONES PRODUCIDAS POR EL ACCIDENTE

2.5. RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

SI COMO CONSECUENCIA DE LAS LESIONES CAUSADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDASE TOTALMENTE IMPEDIDO PARA DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES NORMALES, SIN QUE SE CONFIGURE UNA INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, POR EL PERIODO QUE DURE DICHA INCAPACIDAD, SIN EXCEDER DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO Y SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE HUBIERE CONTRATADO ESTA COBERTURA.

PARA TENER DERECHO A INDEMNIZACIÓN BAJO ESTE AMPARO, LA INCAPACIDAD DEBERÁ SER CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O MEDICINA PREPAGADA EN LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO.

LA INCAPACIDAD MÉDICA QUE SUCEDA DESPUÉS DE LOS CIENTO (100) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE, NO SERÁ OBJETO DE COBERTURA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL SEXTO DÍA CALENDARIO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE CERTIFIQUE LA INCAPACIDAD, TRANSCURRIDO DICHO TÉRMINO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN POR EL PERIODO POSTERIOR.

ESTA COBERTURA TIENE UN PERIODO DE CARENCIA DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

2.6. ENFERMEDADES AMPARADAS:

SI EL ASEGURADO ES DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN CON ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

2.6.1. CÁNCER:

ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE O NO SER TUMORAL, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL MAL DE HODGKIN.

2.6.2. POLIOMIELITIS

ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA CAUSADA POR UN POLIO VIRUS QUE INFLAMA Y DAÑO LAS CÉLULAS DEL SISTEMA NERVIOSO ENCARGADAS DEL CONTROL MUSCULAR. LA LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL, SE CARACTERIZA CLÍNICAMENTE POR ATROFIA Y PARÁLISIS IRREVERSIBLE DE LOS MÚSCULOS AFECTADOS, GENERANDO CONTRACCIÓN Y DEFORMIDAD PERMANENTE.

2.6.3. TÉTANO

INFECCIÓN AGUDA PRODUCIDA POR UNA BACTERIA (CLOSTRIDIUM TETA NI) QUE GENERA UNA TOXINA QUE IRRITA EL SISTEMA NERVIOSO.

ESTA INFECCIÓN TETÁNICA SE DESARROLLA DESPUÉS DE ESTAR EXPUESTO A LA BACTERIA POR UNA LESIÓN DE PIEL, QUEMADURA O PUNCIÓN. SE CARACTERIZA POR CONTRACCIONES MUSCULARES DOLOROSAS EN LOS MÚSCULOS DE LA CARA, CUELLO Y TRONCO. LA RIGIDEZ MUSCULAR ES PROGRESIVA CAUSANDO ESPASMOS GENERALIZADOS, CONVULSIONES Y LA MUERTE EN ALGUNOS CASOS.

2.6.4 LEUCEMIA

ENFERMEDAD TUMORAL AGUDA O CRÓNICA CARACTERIZADA POR LA REPRODUCCIÓN INCONTROLADA DE CÉLULAS SANGUÍNEAS INMADURAS (BLASTOS) EN LA MEDULA ÓSEA, Y QUE PROLIFERAN Y ACUMULAN EN LA SANGRE, GANGLIOS LINFÁTICOS O BAZO. LA PROLIFERACIÓN DE GLOBULOS BLANCOS INMADUROS REEMPLAZA LAS OTRAS CÉLULAS SANGUÍNEAS NORMALES, CAUSANDO ANEMIA, CANSANCIO FÍSICO, SANGRADOS ESPONTÁNEOS, MANCHAS EN LA PIEL (PETEQUIAS) E INFECCIONES POR VIRUS O BACTERIA.

2.6.5. ESCARLATINA

ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA AGUDA, PRODUCIDA POR BACTERIAS ESTREPTOCÓCICAS QUE COLONIZAN LA GARGANTA. SE CARACTERIZA TÍPICAMENTE POR FIEBRE ALTA, ESCALOFRÍOS, DOLOR DE GARGANTA, VÓMITOS, MALESTAR GENERAL Y ERUPCIÓN PUNTIFORME DE LA PIEL EN FORMA DE SALPULLIDO, QUE APARECE INICIALMENTE EN EL CUELLO Y EN EL TÓRAX Y LUEGO SE GENERALIZA POR TODO EL CUERPO. DE LA MISMA FORMA LA LENGUA SE TORNA ENROJECIDA Y LOS PLIEGUES AXILARES Y DE LA INGLE TOMAN UNA COLORACIÓN ROJA INTENSA.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO EL DIAGNOSTICO CLÍNICO DEBERÁ SER CLARO Y CONFIRMADO CON LA PRESENCIA DE LA BACTERIA EN LA FARINGE.

2.6.6. SIDA

ENFERMEDAD INFECCIOSA PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), QUE PROLIFERA EN FORMA CONTINUA CAUSANDO DESTRUCCIÓN DE LOS LINFOCITOS DE DEFENSA (CD4), ESTA SUPRESIÓN DE LA INMUNIDAD FAVORECE LA APARICIÓN DE INFECCIONES Y NEOPLASIAS CARACTERÍSTICAS DE SIDA.

LA ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTA PÓLIZA CORRESPONDE A LA FASE FINAL QUE CLÍNICAMENTE SE CARACTERIZA POR UNA ALTERACIÓN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, CON PÉRDIDA DE PESO, DIARREAS, INFECCIONES GRAVES EN LOS PULMONES, CEREBRO Y OTROS ÓRGANOS, NEOPLASIAS TIPO SARCOMA DE KAPOSI Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS (DE ESTA MANERA DECIMOS QUE EL PACIENTE VIH POSITIVO TIENE SIDA).

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTE AMPARO LOS PACIENTES VIH POSITIVOS DE FASE INICIAL O CRÓNICA QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ANTES MENCIONADOS Y EN TODOS LOS CASOS DEBE EXISTIR DIAGNOSTICO COMPROBADO POR PRUEBAS DE LABORATORIO TALES COMO ELISA Y WESTERN BLOT.

2.7. GASTOS DE TRASLADO

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA EL ASEGURADO REQUIERE TRASLADO DEL SITIO DEL ACCIDENTE A UN CENTRO ASISTENCIAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO O CURACIÓN, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ A QUIEN ACREDITE HABER REALIZADO EL DESEMBOLSO Y HASTA LA SUMA ASEGURADA LOS GASTOS GENERADOS POR ESE EVENTO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS CORRESPONDIENTES.

ESTE AMPARO NO CUBRE LOS GASTOS DE TRANSPORTE QUE SE GENEREN CON POSTERIORIDAD AL ACCIDENTE, COMO POR EJEMPLO, EL TRANSPORTE EN QUE SE INCURRA POR CONTROLES MÉDICOS, TERAPIAS, EXÁMENES, ETC. TAMPOCO AMPARA LA MOVILIZACIÓN QUE SE PUEDA GENERAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA DEDUCIDA POR EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES DE POLIOMIELITIS, LEUCEMIA, TÉTANOS, ESCARLATINA, CÁNCER Y SIDA.

2.8. REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES DECLARADO INVALIDO POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O MEDICINA PREPAGADA A LA QUE SE ENCUENTRE AFILIADO, LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ A QUIEN ACREDITE HABER REALIZADO EL DESEMBOLSO Y HASTA POR LA SUMA ASEGURADA LOS GASTOS GENERADOS POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA.
- VALORACIÓN NUTRICIONAL.
- VALORACIÓN POR SICOLOGÍA (APOYO FAMILIAR).
- MANEJO POR TERAPIA FÍSICA OCUPACIONAL DEL LENGUAJE Y RESPIRATORIA.
- EXÁMENES DE DIAGNOSTICO NEUROELECTROFISIOLÓGICOS.
- ATENCIÓN GRUPAL DE APOYO.
- ORIENTACIÓN FAMILIAR.
- SERVICIO DE ORIENTACIÓN LABORAL.
- CURACIONES.

- SUMINISTRO PARA CURACIONES Y PARA TERAPIAS FÍSICAS.

2.9. PROTECCIÓN ESCOLAR:

SI EL PROGENITOR O ACUDIENTE DEL ASEGURADO QUE ESTÉ DEBIDAMENTE INSCRITO Y ASEGURADO DENTRO DE LA PÓLIZA FALLECE O SUFRE ALGUNA(S) LESIÓN(ES) CORPORAL(ES) ENUMERADA(S) EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO O LA(S) LESIÓN(ES) TENGA LUGAR DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

2.10 RIESGO BIOLÓGICO:

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA EL ASEGURADO SUFRE UNA HERIDA CAUSADA POR UN OBJETO CORTANTE, PUNZANTE O CORTO PUNZANTE Y COMO CONSECUENCIA DE ESTO, SE PRESENTA UNA INFECCIÓN POR VIH, VIRUS, HEPATITIS B, HEPATITIS C Y SÍFILIS, DEBIDO A SU LABOR O PRÁCTICA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO.

ESTA PÓLIZA NO CUBRE EL CONTAGIO POR RELACIÓN SEXUAL O EL USO DE DROGAS LLAMADAS PSICOTRÓPICAS O ILEGALES.

2.11. EXEQUIAS:

SI EL ASEGURADO FALLECE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DESIGNADO (S) O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, PARA SUFRAGAR LOS GASTOS FUNERARIOS.

3. EXCLUSIONES

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

3.1. SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

3.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL, AMATEUR Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.

3.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.

3.4. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.

3.5. ACCIDENTE, ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.

3.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EJERCIENDO FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

3.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.

3.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRASPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

3.9. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.

3.10. EL HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

3.11. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.

3.12. ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

4. DEFINICIONES

Para efectos de este clausulado se entenderá por:

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

4.2. Asegurado: Es la persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro, y que deberá aceptar expresamente el mismo.

4.3. Beneficiario: Es la persona o personas, a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe. El Beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del Asegurado, o a título oneroso.

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

4.5. Póliza: Documento que contiene las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que identifican el riesgo.

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

4.7. Pérdida: Amputación quirúrgica o traumática de:

4.7.1. Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca o por encima de ella.

4.7.2. Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo o por encima de él.

4.7.3. Dedos: Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.

4.7.4. Ojos: Pérdida total e irrecuperable de la visión.

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

4.9. Accidente de Tránsito: Se considera que un accidente es de tránsito cuando:

4.9.1. El asegurado actúe como peatón y el accidente sea causado por un vehículo automotor.

4.9.2. El Asegurado viaje como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.

4.9.3. El Asegurado se encuentre como usuario en medios de transporte público, marítimo o terrestre.

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

4.11. Terrorismo: El intento o realización de ataques, represalias, actos o amenazas de violencia cuya finalidad principal sea aterrorizar la población civil o un sector de ella, y que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las mismas, con ocasión y en desarrollo de un conflicto armado con propósito político, social o religioso.

4.12. Grupo asegurable: Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el Seguro de Accidentes Personales. La Compañía podrá exigir, previo a la integración del grupo, los requisitos de asegurabilidad necesarios para la correcta selección del riesgo.

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

4.14. 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.

4.15. 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 cobertura del amparo de la presente 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; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

4.16. Incapacidad temporal: Aquella incapacidad ocasional que produce temporalmente alteraciones orgánicas y funcionales que impiden desempeñar todas y cada una de las actividades diarias propias de su trabajo u ocupación cotidiana.

4.17. Periodo de carencia: 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.

5. EDADES

Para los amparos de Fallecimiento Accidental y Exequias la edad mínima de ingreso a la póliza es de un (1) año, la edad máxima de ingreso es de sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y la edad de permanencia es hasta los setenta y cinco (75) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días

Para los demás amparos la edad mínima de ingreso a la póliza es de un (1) año, la edad máxima de ingreso es de sesenta (60) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y la edad de permanencia es hasta los sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días

6. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra, con base en los datos facilitados por el Tomador o Asegurado del seguro, 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.

El asegurado y el tomador están obligados 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.

7. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El Tomador y 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 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.

8. 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).

El término de vigencia de la presente póliza será el que aparezca en la carátula de la póliza.

9. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

La suma asegurada para cada amparo será la expresamente aceptada por la Compañía he indicado en la carátula de la Póliza o Certificado Individual de Seguro.

10. INCREMENTO DE LAS SUMAS ASEGURADAS

La suma asegurada podrá ser incrementada de acuerdo con lo contenido en las condiciones particulares, siempre y cuando el asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía y ésta lo autorice expresamente.

11. PAGO DE LA PRIMA

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

11.1. Plazo para el Pago de la prima: Será máximo de treinta (30) días calendario siguientes a 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 ocurriere algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente.

Vencido el plazo de gracia, el no pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

11.2. Exigibilidad de las primas fraccionadas: En caso de siniestro que diese origen al pago de la prestación establecida en el contrato, se descontarán las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibidas por el Asegurado, en caso que el beneficiario sea el mismo tomador.

12. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R.) EVENTO AÑO

Cuando se trate de pólizas colectivas, el monto total indemnizable por parte de la Compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas

que tenga el tomador contratadas con la Compañía y será estipulado en la condiciones particulares de cada Póliza.

13. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar a 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.

14. PAGO DEL VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará el valor asegurado establecido en la carátula de la póliza al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso, dentro del mes siguiente en que se demuestre la ocurrencia del siniestro, así como 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 Fallecimiento:

- Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
- Copia del registro civil de defunción del asegurado.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Acta de Levantamiento del cadáver.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia.
- Certificación bancaria de los beneficiarios.

Para Inhabilitación Total y Permanente:

- Copia de registro civil de nacimiento del asegurado.
- Copia de historia clínica completa.
- Copia de certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando origen, evolución y naturaleza de la Inhabilitación Total y Permanente.
- Informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del accidente
- Certificación bancaria del asegurado.

Para Gastos Médicos o Riesgo Biológico:

- Copia de registro civil de nacimiento del asegurado.
- Copia de la historia clínica completa.
- Copia de certificado del médico tratante.
- Facturas originales canceladas.
- Certificación bancaria del asegurado.

Para Renta Mensual por Incapacidad:

- Copia de historia clínica completa.
- Certificado del médico tratante.
- Certificación bancaria del asegurado.

Para Gastos de Traslado:

- Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
- Copia de la historia clínica completa.
- Copia del certificado del médico tratante.
- Facturas originales canceladas.
- Certificación bancaria del asegurado.

Para Enfermedades Amparadas:

- Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
- Copia de la historia clínica completa.
- Facturas originales canceladas de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios.
- Certificación bancaria del asegurado.

Para Rehabilitación Integral por Invalidez:

- Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
- Copia de la historia clínica completa
- Facturas originales canceladas de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios.
- Documento que acredite el estado de invalidez del asegurado.
- Certificación bancaria del asegurado.

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

15. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR 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, la Compañía reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago.

16. DEDUCCIONES

La suma que la Compañía hubiese pagado por el amparo de Inhabilitación Total y Permanente, se deducirá de la indemnización que pueda corresponder por el amparo de Fallecimiento Accidental.

Las indemnizaciones que la Compañía haya pagado por concepto de la pérdida de dedos, se deducirá de cualquier pago que se hiciera con posterioridad por concepto de la pérdida de la mano o pie respectivo.

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. RENOVACIÓN

Para las pólizas colectivas la renovación será a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

19. 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. El importe de la prima devengada y el de

la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual

La percepción por parte de la Compañía de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de la misma procediendo la Compañía a rembolsar la suma recibida.

20. TERMINACIÓN DEL SEGURO Y AMPAROS ADICIONALES

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

- Por el no pago de la prima o su cuota vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Cuando el Tomador o Asegurado revoque por escrito la póliza.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del asegurado.
- Por Mutuo acuerdo de las partes.
- En caso de pólizas colectivas cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el 100% del amparo de Inhabilitación Total y Permanente.
- Para el caso del cónyuge o compañero permanente o algún otro miembro del grupo familiar que se encuentre asegurado, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o fallezca.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida por la Compañía, en el amparo básico.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia respecto de cada amparo.

21. 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 bajo la Circular Externa 026 de 2008, 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.

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

El tomador, asegurado y beneficiario autorizan a la Compañía para que, con fines estadísticos, de información en-

tre 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.

23. 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.

24. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción Colombiana y será competente el juez del lugar de celebra-

ción del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

25. 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.

26. COMUNICACIONES

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



MAPFRE

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA
Carrera 14 No. 96-34
PBX: 6503300
Bogotá, D.C.



Nacional: **018000 519 991**
Bogotá: **307 7024** Celular: **#624**

www.mapfre.com.co