

**CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
COMBARRANQUILLA PLAN VERDE**

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR 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 EL CERTIFICADO INDIVIDUAL EN LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS Y 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. AMPAROS

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los de ley según lo establecido en el artículo 1142 del código de comercio, el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura en caso de fallecimiento accidental del asegurado, siempre que el accidente ocurra durante la vigencia de la póliza y el fallecimiento suceda dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes, a partir de la fecha del accidente. Se entiende por accidente el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado que le cause el fallecimiento.

1.2. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía pagará al asegurado el porcentaje que corresponda sobre el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura en caso de sufrir una lesión que le cause alguna(s) de las pérdidas que se mencionan en la siguiente tabla, siempre y cuando dicha pérdida suceda dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del accidente:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE 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 TOTAL E IRRECUPERABLE 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 TOTAL E IRRECUPERABLE 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	20%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA UNILATERAL OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	5%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%
PÉRDIDA DEL BAZO, EL HIGADO Y EL PANCREAS	20%

Para efectos de esta condición, las pérdidas anteriores se definen así:

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

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

Dedos: Amputación traumática o quirúrgica por las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas o por encima de ellas.

Ojos: Pérdida total e irrecuperable de la visión.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

En caso que el asegurado sufra varias pérdidas, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una de ellas, sin exceder la suma asegurada individual contratada para este amparo.

Los eventos o lesiones que no aparecen en el anterior listado, no tienen cobertura

1.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DERIVADA DE UN ACCIDENTE

La Compañía pagará al asegurado el valor asegurado contratado para esta cobertura por cada día que el asegurado se encuentre recluido en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico. El pago se producirá siempre y cuando el accidente que haya ocasionado la incapacidad se produzca después del día treinta (30) desde el inicio de vigencia de la póliza y no sean por causa de un accidente preexistente. La indemnización se otorgará desde el tercer (3er) día de hospitalización y cubrirá hasta un máximo de treinta (30) días continuos por evento y dos (2) eventos por año por asegurado.

Para efectos del presente amparo, se entiende como hospitalización cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas. No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura de este amparo, las instalaciones 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.

1.4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía reembolsará el valor de los gastos a quien acredite haberlos pagado o a quienes el asegurado autorice y hasta máximo el valor asegurado contratado para esta cobertura, 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, 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 cien (100) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente, no serán objeto de cobertura.

La Compañía solo 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 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.

1.5. AUXILIO FUNERARIO

La Compañía pagará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los de ley según lo establecido en el artículo 1142 del código de comercio, el valor de asegurado contratado para esta cobertura, en caso de fallecimiento del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1 de este documento, para sufragar los gastos funerarios.

1.6. COBERTURA AMPLIA DE VUELO

La Compañía cubrirá, no obstante lo establecido en las exclusiones de la póliza, las pérdidas o lesiones que sufra el asegurado mientras este viajando como pasajero o mientras este subiendo o descendiendo de cualquier clase de aeronave que opere con carácter privado y este legalmente autorizada para el transporte de pasajeros entre ciudades y aeropuertos o helipuertos y que estos sirvan como medio regular de transporte entre ambos lugares.

2. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA

Además de las exclusiones contempladas en el Código de Comercio, la presente póliza no cubre los siguientes eventos:

- SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 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, ASI COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL, AMATEUR Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ACCIDENTE, ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EJERCIENDO FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O DE VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLINEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRASPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR CAUSA DE INFRACCIÓN DE NORMAS LEGALES POR PARTE DEL ASEGURADO.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

3.1. Tomador del seguro: La persona que contrata el seguro y a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

3.2. Asegurado: La persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro y quién deberá aceptarlo de manera expresa.

3.3. Beneficiario: 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. El Beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir, aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del Asegurado, razón por la cual éste lo podrá cambiar en cualquier momento. Esta modificación surtirá efecto en la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA. Cuando no se designe Beneficiario o cuando la persona que fallece es un asegurado diferente al asegurado principal o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales los beneficiarios de ley.

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

3.5. Póliza: Documento que contiene las Condiciones Particulares que identifican el riesgo

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

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

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos la edad mínima de ingreso a la póliza es de dieciocho (18) años, la edad máxima de ingreso y permanencia es de sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

5. GRUPO ASEGURABLE

Para efectos del presente contrato el grupo asegurable serán los afiliados a la Caja de Compensación COMBARANQUILLA durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

6. PAGO DE LA PRIMA

Será máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de emisión del certificado de cobro. 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. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Artículo 1068. Del código de Comercio.

7. VALORES ASEGURADOS

El valor asegurado de cada persona, será el aceptado expresamente por LA COMPAÑÍA he indicado en la carátula de la Póliza o Certificado Individual de Seguro, por cobertura

7.1. RESPONSABILIDAD MÁXIMA POR ASEGURADO

La Compañía establece como máxima responsabilidad por asegurado el valor de CIENTO CIENTA MILLONES DE PESOS (\$150'000.000).

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Cada uno de los asegurados deberá diligenciar Declaración de Asegurabilidad y/o solicitud de Seguro.

9. LÍMITE 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 el límite de TRECE MIL MILLONES DE PESOS (\$13.000'000.0000), 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.

10. VIGENCIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL

La vigencia técnica de la póliza será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la carátula de la póliza, que corresponderá a las 24:00 horas del día de afiliación.

11. AVISO DE 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 noventa (90) días 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.

12. PAGO DEL VALOR ASEGURADO

Para proceder al pago de la indemnización en caso de reclamación, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

12.1. Fallecimiento Accidental:

- Fotocopia cedula para mayores de edad.
- Registro civil de nacimiento para menores.
- Registro civil de defunción.
- Acta de levantamiento del cadáver.
- Copia del protocolo de necropsia.
- Informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso.
- Historia clínica (se solicita en muerte accidental cuando el asegurado fallece en la clínica)
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Cuenta bancaria del beneficiario (esta solo se utilizará en caso de atender de manera favorable la reclamación).

12.2. Inhabilitación Total y Permanente:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Original o Copia del certificado del médico que atendió al Asegurado.
- Copia de la historia clínica.
- Incapacidades de los últimos seis (6) meses a la fecha
- Cuenta bancaria del beneficiario (esta solo se utilizará en caso de atender de manera favorable la reclamación).

12.3. Incapacidad Temporal por Accidente:

- Fotocopia de la cédula.
- Original de Incapacidad.
- En caso que nos sea suministrado el certificado del médico tratante la compañía tendrá como referencia para la indemnización la tabla de días de incapacidad por patologías sugeridas por los entes de salud.
- Certificado de Incapacidad emitido o transcrito o validado por la por la entidad prestadora de servicios EPS, ARP, SISBEN.
- Resumen de historia clínica del evento que da origen a la incapacidad temporal por accidente.
- Certificación bancaria (esta solo se utilizará en caso de atender de manera favorable la reclamación).

13. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Los beneficiarios recibirán el pago de la indemnización, si a ella hubiere lugar, a través de transferencia bancaria.

13.1. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para la Compañía de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. 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.

13.2. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

Además de lo establecido en el Artículo 1150 del Código de Comercio, se perderá el 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 utilizaran medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

14. 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 deducirán de cualquier pago que se hiciera con posterioridad por concepto de la pérdida de la mano o pie respectivo.

15. RENOVACIÓN DEL CONTRATO Y AJUSTE DE PRIMAS.

El seguro es renovable 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.

16. REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de sesenta (60) días para la revocación de la misma.

17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado al presentarse alguno de los siguientes eventos:

- Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia.
- Al vencimiento de la vigencia.
- Cuando el Tomador o Asegurado revoque la póliza.
- Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza.
- Cuando se afecte en el 100% el amparo de inhabilitación total y permanente para cada asegurado.
- Cuando se afecte el amparo de fallecimiento accidental para cada asegurado.

18. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Se establece como obligación del tomador, asegurado o beneficiario diligenciar el formulario de Conocimiento del Cliente a través de contratos de seguros, exigidos por la Superintendencia Financiera de Colombia 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.

19. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O 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 retención 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 retención o inexactitud producen igual efecto si el Tomador y Asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o retención proviene de error inculparable 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.

20. 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.

21. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción Colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

22. 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.


FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS GENERALES
DE COLOMBIA S.A.

Defensor del Consumidor Financiero
manuelg.rueda@gmail.com


MAPFRE
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de Documento	Ramo	Código Forma
Solicitud Póliza Condiciones Particulares	01-02-2016	1326	P	31	NET-551-Feb/16

