

**CONDICIONES GENERALES  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES  
CLIENTES BANCO CONTACTAR**

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ MAPFRE, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR O A LOS BENEFICIARIOS 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, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

**1. ¿QUÉ CUBRE ESTE SEGURO?**

**1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL**

MAPFRE CUBRE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SIEMPRE Y CUANDO ESTE HECHO OCURRA ESTANDO VIGENTE LA PÓLIZA, DENTRO DEL CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO..

**1.2. 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 DEL 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 MANDIBULA 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: AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA DE:  
 MANOS: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA.  
 PIES: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ÉL.  
 DEDOS: AL NIVEL DE LAS ARTICULACIONES METACARPO FALÁNGICAS O METATARSO FALÁNGICAS O POR ENCIMA DE ELLAS.  
 OJOS: PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN.

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 SERÁ OBJETO DE COBERTURA.

### 1.3. AUXILIO POR ACCIDENTES MENORES

MAPFRE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTA COBERTURA, SEGÚN EL PORCENTAJE QUE CORRESPONDA, EN CASO QUE EL ASEGURADO SUFRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, UN ACCIDENTE QUE LE OCASIONE ALGUNA DE LAS LESIONES CORPORALES MENCIONADAS A CONTINUACIÓN:

<b>GRUPO 1 INDEMNIZACIÓN DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO</b>	<b>GRUPO 2 INDEMNIZACIÓN DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO</b>
ESGUINCE	LESION OCULAR PENETRANTE CON COMPROMISO DE VISIÓN
CUERPOS EXTRAÑOS EN OJO, OIDO Y/O NARIZ	QUEMADURA DE 2DO Y 3ER GRADO
CUERPOS EXTRAÑOS EN VIAS RESPIRATORIAS	TRAUMA POR APLASTAMIENTO
QUEMADURAS DE PRIMER GRADO	FRACTURA EXPUESTA
LUXACIONES	RUPTURA TENDINOSA
HEMATOMAS	TCE MODERADO O SEVERO
ESCORIACIONES	TRAUMA RAQUIMEDULAR
HERIDAS	LUXACIÓN DE LA CADERA
FRACTURA NO EXPUESTA	LUXACIÓN DE LA COLUMNA
RUPTURAS	POLITRAUMATISMO CON COMPROMISO DE ORGANOS VITALES

ESTA COBERTURA INICIARÁ TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIOS CONTINUOS, CONTADOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SE CUBRIRÁN MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR AÑO.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SUFRA VARIAS LESIONES EN UN MISMO EVENTO, SE CUBRIRÁ HASTA MÁXIMO EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO. LAS LESIONES DIFERENTES A LAS DESCRITAS ANTERIORMENTE NO SERÁN OBJETO DE COBERTURA.

## 2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE FALLECIMIENTO POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 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 BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

## 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 o lesiones.

**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.

**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.

**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.

**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.

## 4. VIGENCIA

La vigencia de la póliza individual será la que se defina en el certificado individual de la póliza, siempre y cuando la póliza grupo continúe vigente.

## 5. PAGO DE LA PRIMA

Se pagará dentro de los primeros 45 días calendario siguientes a la emisión del recibo de acuerdo con listado de deudores reportado por el tomador de manera mensual.

## 6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de Ingreso es de mínimo 18 años y máximo 65 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días.

## 7. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO:

El monto total indemnizable por parte de la compañía MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. 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 las sumas 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.

**Límite Agregado de responsabilidad: \$5.000.000.000**

## 8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales 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, si éste no se renueva.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

## 9. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, asegurado o los beneficiarios, según el caso, deberá dar aviso a la Compañía dentro del término de 30 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que lo haya conocido.

## 10. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, La Compañía pagará a los beneficiarios el monto indemnizable dentro de los 25 días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

## 11. RENOVACIÓN

El presente contrato 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.

## 12. 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 treinta (30), días para la revocación de la misma

### **13. PERDIDA 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.

### **14. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO**

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como:

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de Fallecimiento son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia del registro civil de defunción del asegurado.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Anexar alguno de los siguientes documentos que certifiquen la causa de fallecimiento (protocolo de necropsia, certificación de la fiscalía, croquis según el caso)
- Prueba de alcoholemia
- Certificación bancaria de los beneficiarios.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de 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.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso Accidentes menores:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado
- Historia clínica o resumen de la historia clínica.
- Certificado de la cuenta 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. EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro comuníquese a:

Nacional: 018000 519 991

Bogotá: 601 307 7024

Cel: #624

WhatsApp: 317 366 57 62 (Para envío de información)

Aviso y formalización de siniestro a través del correo:

zslaperturasvida@mapfre.com.co

### **16. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO**

defensoriamapfre@gmail.com



Teléfono fijo: (601) 4587174  
Celular: 312 3426229  
Dirección de oficina:  
Carrera 13 # 29-21 Oficina 221 Bogotá.