FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO
NIT. 800.097.913-8
Personería Jurídica 1408/09
Bogotá D.C.

SOLICITUD DE CRÉDITO

V. 02 2-12-21

CIUDAD DE RADICADO	NOMBRE DEL GESTOR COMERCIAL	FECHA DE SOLICITUD DÍA	MES	AÑO

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO ☐ C.C. ☐ C.E.	NÚMERO DE IDENTIDAD	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	PERSONAS A CARGO

ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ OTRO ¿CUÁL? _____	NIVEL DE ESTUDIOS ☐ BACHILLER ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGO ☐ UNIVERSITARIO ☐ ESPECIALIZACIÓN	PROFESIÓN

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	ESTRATO

¿ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)? ☐ SI ☐ NO	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	Nº DE TELÉFONO CELULAR

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO ☐ OTRO ¿CUÁL? _____	EMPRESA DONDE LABORA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO CIIU

CARGO	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO

TIPO DE CONTRATO ☐ INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☐ PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☐ OTRO ¿CUÁL? _____	FECHA INGRESO LABORAL	DÍA	MES	AÑO

CUENTA BANCARIA NO.	NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA AHORROS ☐ CORRIENTE ☐

3. DATOS DEL CÓNYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO ☐ C.C. ☐ C.E.	NÚMERO DE IDENTIDAD	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	¿ES PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)? ☐ SI ☐ NO

NIVEL DE ESTUDIOS ☐ BACHILLER ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGO ☐ UNIVERSITARIO ☐ ESPECIALIZACIÓN	PROFESIÓN	TELÉFONO CELULAR

ACTIVIDAD ECONÓMICA ☐ EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO ☐ OTRO ¿CUÁL? _____	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	TELÉFONO CELULAR

TIPO DE CONTRATO ☐ INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☐ PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☐ OTRA LABOR ¿CUÁL? _____	CORREO ELECTRÓNICO	GASTOS COMPARTIDOS ☐ SI ☐ NO

4. REFERENCIAS

FAMILIAR (NOMBRES Y APELLIDOS)	PARENTESCO	TELÉFONO	DIRECCIÓN Y CIUDAD
FAMILIAR (NOMBRES Y APELLIDOS)	PARENTESCO	TELÉFONO	DIRECCIÓN Y CIUDAD

5. MODALIDAD DE CRÉDITO SOLICITADO

☐ SUPERFEG ☐ GRANFEG ☐ LIBRE INVERSIÓN ☐ CALAMIDAD DOMÉSTICA

☐ COMPRA DE CARTERA ☐ VEHÍCULO ☐ MOTO

OTRA _____

☐ TURISMO ☐ TECNOLOGÍA ☐ VIVIENDA

☐ EDUCATIVO ☐ IMPUESTOS ☐ TARJETA GES

VALOR SOLICITADO $	PLAZO EN MESES	AFECTACIÓN DE LA PRIMA Nº DE PRIMAS _____ DESDE _____ $

GARANTÍA OFRECIDA ☐ APORTES Y AHORROS ☐ DEUDOR SOLIDARIO ☐ PRENDA VEHÍCULO O MOTO ☐ HIPOTECA ☐ PROTECCIÓN DE CARTERA ☐ OTRA ¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES

6. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario o Pensión	$	Descuento de Nómina	$
Otros ingresos variables (comisiones y/o horas extras) en nómina	$	Canon de Arrendamiento	$
Otros ingresos variables (comisiones y/o horas extras) salariales	$	Gastos Personales/Familiares	$
Otros ingresos fijos (misma actividad)	$	Cuota Obligaciones Financeras (Deudas con otras entidades)	$
Otros ingresos fijos (diferente actividad principal)	$	Otros Egresos	$
Descripción de Otros Ingresos			

7. SOLVENCIA PATRIMONIAL ASOCIADO

INMUEBLE 1 TIPO DE BIEN ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☐ FINCA ☐ LOTE	VALOR COMERCIAL $		
DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	
PATRIMONIO FAMILIAR SI ☐ NO ☐	HIPOTECA SI ☐ NO ☐	AFECTACIÓN A VIVIENDA FAMILIAR SI ☐ NO ☐	EMBARGO SI ☐ NO ☐ / ESTRATO / TELÉFONO

INMUEBLE 2 TIPO DE BIEN ☐ CASA ☐ APARTAMENTO ☐ FINCA ☐ LOTE	VALOR COMERCIAL $		
DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	
PATRIMONIO FAMILIAR SI ☐ NO ☐	HIPOTECA SI ☐ NO ☐	AFECTACIÓN A VIVIENDA FAMILIAR SI ☐ NO ☐	EMBARGO SI ☐ NO ☐ / ESTRATO / TELÉFONO

VEHÍCULO 1 SERVICIO PARTICULAR ☐ PÚBLICO ☐	MARCA	MODELO	PLACAS	ASEGURADO FEG SI ☐ NO ☐
PIGNORADO SI ☐ NO ☐	EMBARGO SI ☐ NO ☐	VALOR COMERCIAL $	SALDO ACTUAL DE LA DEUDA $	

VEHICULO 2 SERVICIO PARTICULAR ☐ PÚBLICO ☐	MARCA	MODELO	PLACAS	ASEGURADO FEG SI ☐ NO ☐
PIGNORADO SI ☐ NO ☐	EMBARGO SI ☐ NO ☐	VALOR COMERCIAL $	SALDO ACTUAL DE LA DEUDA $	

OTROS ACTIVOS (Especifíquelos)

Total Activos $	Total Pasivos $	Patrimonio: (total activos menos total pasivos) $

8. INFORMACIÓN DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DE DOCUMENTO ☐ C.C. ☐ C.E.	NÚMERO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ESTRATO
TELÉFONO RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
EMPRESA	DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO
CIUDAD	DEPARTAMENTO	TIPO DE CONTRATO ☐ FIJO ☐ INDEFINIDO ☐ OBRA LABOR ☐ SERVICIOS ☐ OTRA CUAL _____ FECHA INGRESO LABORAL _____	

9. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL DEUDOR SOLIDARIO

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario o Pensión	$	Descuento de Nómina	$
Otros ingresos variables (comisiones y/o horas extras) en nomina	$	Canon de Arrendamiento	$
Otros ingresos variables (comisiones y/o horas extras) no salariales	$	Gastos Personales/Familiares	$
Otros ingresos fijos (misma actividad)	$	Cuota Obligaciones Financeras (Deudas con otras entidades)	$
Otros ingresos fijos (diferente actividad principal)	$	Otros Egresos	$
Descripción de Otros Ingresos			

10. SOLVENCIA PATRIMONIAL DEL DEUDOR SOLIDARO

INMUEBLE TIPO DE BIEN CASA ☐ APARTAMENTO ☐ FINCA ☐ LOTE ☐					VALOR COMERCIAL $		
DIRECCIÓN					DEPARTAMENTO	CIUDAD	
PATRIMONIO DE FAMILIAR SI ☐ NO ☐	HIPOTECA SI ☐ NO ☐	AFECTACIÓN A VIVIENDA FAMILIAR SI ☐ NO ☐			EMBARGO SI ☐ NO ☐	ESTRATO	TELÉFONO
VEHÍCULO SERVICIO PARTICULAR ☐ PÚBLICO ☐	MARCA		MODELO	PLACAS	ASEGURADO FEG SI ☐ NO ☐		
PIGNORADO SI ☐ NO ☐	EMBARGO SI ☐ NO ☐	VALOR COMERCIAL $	SALDO ACTUAL DE LA DEUDA $				
OTROS ACTIVOS (Especifíquelos)							

Total Activos	Total Pasivos	Patrimonio: (total activos menos total pasivos)
$	$	$

11. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizaciones de descuentos:
De ser aceptada la presente solicitud de crédito, autorizo(amos) a mi (nuestros) empleador(es) o pagador(es) actual o al futuro, para que teniendo en cuenta las limitaciones establecidas en la ley, retenga y transfiere a FEG de mi(nuestro) salario periódico y demás derechos económicos, simultáneamente el día que se me(nos) realice el (los) pago(s), las cuotas de capital, los intereses, seguros y demás componentes del crédito acá solicitado, en los montos y condiciones que reporte FEG. El deudor solidario autoriza expresamente a FEG para que en caso de incumplimiento en el crédito por parte del deudor principal, transfiera el saldo a nuestras cuentas y solicite a nuestro empleador o pagador los descuentos a realizar. En el evento de no verificarse los descuentos acá autorizados, me(nos) comprometo(emos) a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias del Fondo, así como los mandatos de los órganos de administración y control.

Autorización de destrucción de documentos:
En el evento que esta solicitud de crédito sea negada, autorizo(amos) a FEG para que proceda a la destrucción de todos los documentos aportados y los que haya(mos) firmado para el efecto.

Autorización de centrales de riesgo:

En mi(nuestra) calidad del titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a FEG, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento de reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso del crédito ahora solicitado, sino que cobija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga(mos) como deudor(es) a FEG o quien represente sus derechos. Así mismo, autorizo(amos) a la central de riesgo a que, en su calidad de operador, pongo(ponemos) mi(nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando sea similiar al aquí establecido. De igual manera autorizo(amos) que todas las comunicaciones a través de las cuales se me(nos) notifique el incumplimiento de la(s) obligación(es) a mi(nuestro) cargo, sean enviadas a mi(nuestra) última dirección de correspondencia o correo electrónico registrados en FEG.

Tratamiento datos personales:

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, en mi(nuestra) calidad de titular de la información, autorizo(amos) al FEG a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) el desarrollo de su objeto social y de la relación contractual y solidaria que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranzas, entre otros; 2) la administración de los productos o servicios comercializados a través de FEG de los que soy(somos) titular(es); 3) la adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; 4) promover la seguridad; 5) demás finalidades establecidas en las Políticas y Procedimientos de Protección de Datos por FEG, las cuales declaro(amos) conocer. Igualmente autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a FEG o quién represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis(nuestros) datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi(nuestra) ubicación de los casos en que presente(mos) obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial. Personas autorizadas para utilizar mi(nuestra) información: la presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos del FEG, a quien este contrate para el ejercicio de los mismos o a quien este ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contraactual a cualquier título, en relación con los productos, servicios o beneficios de los que soy(somos) titular(es). Así mismo, a los terceros con quien FEG establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Vigencia de la autorización: esta autorización permanecerá vigente, 1) hasta tanto mantengami(nuestra) relación asociativa con FEG, siempre ycuando no tenga(mos) ninguna obligación vigente con FEG, evento en el cual, la autorización estará activa hasta su pago total, 2) hasta que sea revocada. Esta revocatoria será procedente en los eventos previstos en la ley, siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con FEG o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.

Autorización en caso de retiro como asociado:

En caso de pérdida de mi calidad de asociado, por retiro del Fondo de Empleados por cualquiera de las causales contenidas en el estatuto del FEG, autorizo(mos) en forma expresa, permanente e irrevocable a GRANFONDO, para que incremente al momento de mi retiro, la tasa de interés de las deudas que queden a mi cargo, a la tasa de interés más alta vigente para créditos de consumo, permitidas en el mercado financiero colombiano, certificada por el ente correspondiente.
* De acuerdo con el artículo 23 del Estatuto Granfondo.

Autorización de Débito Automático:

Autorizo al Fondo de Empleados GRANFONDO - FEG a debitar de mi cuenta de ahorros o corriente que registra en sus bases de datos, en caso de no haber sido posible descontar la totalidad de mi cuota de mi nómina.

Condiciones generales:

Autorizo al FEG. a remitir por correo electrónico, mensaje de texto o por cualquier otro medio las condiciones o indicaciones para la consulta de los términos de aprobación de la presente solicitud de crédito. Así mismo reconozco y acepto que fui informado que el valor del monto solicitado puede variar al momento del desembolsado debido al cargo de conceptos como comisiones de aval, interés de ajuste, estudio de crédito entre otros.

_____ HUELLA

FIRMA DEL DEUDOR

_____ HUELLA

FIRMA DEL DEUDOR SOLIDARIO

MAPFRE

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
NIT. 830.054.904-6

SOLICITUD PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO

feg

TOMADOR		NIT	
FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG		8000979138 PERSONERIA JURIDICA 1408/90	
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**	
CALLE 59 A BIS NUMERO 5-53 OFICINA 303	BOGOTA D,C	3218299	

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRES	APELLIDOS	C.C.
FECHA DE NACIMIENTO (D D M M A A A A)	GENERO / ESTATURA / PESO / DIRECCIÓN RESIDENCIA / EMAIL	
TELÉFONO/CELULAR	PROFESIÓN	OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL CÓNYUGUE

NOMBRES	APELLIDOS	C.C.
FECHA DE NACIMIENTO (D D M M A A A A)	GENERO / ESTATURA / PESO / DIRECCIÓN RESIDENCIA / EMAIL	
TELÉFONO/CELULAR	PROFESIÓN	OCUPACIÓN ACTUAL

		SUMAS ASEGURADAS					
AMPAROS		**PLAN 1**	**PLAN 2**	**PLAN 3**	**PLAN 4**	**PLAN 5**	**PLAN 6**
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA		$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 40.000.000	$ 60.000.000	$ 80.000.000	$ 150.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 40.000.000	$ 60.000.000	$ 80.000.000	$ 150.000.000
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL		$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 40.000.000	$ 60.000.000	$ 80.000.000	$ 150.000.000
ENFERMEDADES GRAVES		$ 5.000.000	$ 10.000.000	$ 20.000.000	$ 30.000.000	$ 40.000.000	$ 75.000.000
RENTA MES PARA GASTOS DEL HOGAR, durante 12 meses por fallecimiento por cualquier causa		$ 350.000	$ 350.000	$ 400.000	$ 400.000	$ 500.000	$ 500.000
AUXILIO DE MATERNIDAD (un solo evento)*		$ 250.000	$ 250.000	$ 500.000	$ 500.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000
RENTA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA, deducibles 1 día para menores de 60 años y 2 días para mayores de 60 años, 60 días de cobertura por evento, máximo 3 eventos al año.		$ 100.000	$ 100.000	$ 100.000	$ 100.000	$ 120.000	$ 120.000
EXEQUIAS		$ 5.000.000	$ 5.000.000	$ 5.000.000	$ 5.000.000	$ 5.000.000	$ 5.000.000
MARQUE CON UNA (X) EL PLAN ELEGIDO	**PRIMA MES ASOCIADO**	$ 4.125 ○	$ 8.250 ○	$ 13.200 ○	$ 19.800 ○	$ 26.400 ○	$ 49.500 ○
	PRIMA MES CÓNYUGE	$ 4.125 ○	$ 8.250 ○	$ 13.200 ○	$ 19.800 ○	$ 26.400 ○	$ 49.500 ○

*** AUXILIO DE MATERNIDAD:La Compañía pagará al asegurado Mujer y/o Hombre, un valor único, por un solo evento en caso de Maternidad, previamente certificada por la entidad correspondiente.**
Para los Asegurados que tienen deuda con el fondo, el plan seleccionado debe ser como minimo aquel que cubra el total del saldo que adeude al FEG.
NOTA: Yo como Asegurado Principal designo como primer beneficiario al Fondo de Empleados Granfondo o a quien represente sus derechos hasta por el saldo de insoluto de las deudas vigentes al momento de la reclamación.
En caso de no exigir obligación con el FEG y/o saldos de la deuda, la indemnización será pagada a los beneficiarios libremente designados por el Asegurado.

VIGENCIA: Desde las 24 horas del D D M M A A A A **Hasta las 24 horas del** D D M M A A A A

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL ASEGURADO PRINCIPAL	No. DOCUMENTO	%	PARENTESCO
1.			
2.			
3.			
4.			
BENEFICIARIOS DEL SEGURO DEL CONYUGUE	**No. DOCUMENTO**	**%**	**PARENTESCO**
1.			
2.			
3.			

-IMPORTANTE- NO FIRME ESTA SOLICITUD/POLIZA SI HABER COMPRENDIDO LAS CONDICIONES EXPRESADAS A CONTINUACION

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de las póliza a que accede esta solicitud, y declaro que me encuentro en buen estado de salud y que por lo tanto mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida, ni padezco ni he sido diagnosticado ninguno de los siguientes padecimientos.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO PRINCIPAL

	SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO
Cardiovascular	☐☐	Sobrepeso	☐☐	Insuficiencia renal crónica	☐☐	Cerebro - Vascular	☐☐	Pulmonar	☐☐
Hipertensión	☐☐	Diabetes	☐☐	Cáncer	☐☐	SIDA	☐☐	Otros_____	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD CÓNYUGUE

	SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO
Cardiovascular	☐☐	Sobrepeso	☐☐	Insuficiencia renal crónica	☐☐	Cerebro - Vascular	☐☐	Pulmonar	☐☐
Hipertensión	☐☐	Diabetes	☐☐	Cáncer	☐☐	SIDA	☐☐	Otros_____	

y en general cualquier tipo de enfermedad preexistente a la fecha de la firma de la solicitud. Autorizo a los hospitales y/o médicos que me han atendido a suministrar los datos que posean sobre mi estado de salud aun después de mi muerte. La Aseguradora MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que, antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponda a la verdad.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exima a la Compañía de Seguros de toda responsabilidad.

SI incluyo en la póliza a ni cónyuge, hijos y mis progenitores, declaro que las anteriores aseveraciones les son aplicables en su totalidad.

Autorizo al Tomador para cargar a mi nómina mensual el valor que corresponda al pago de la prima de seguro de acuerdo con las condiciones señaladas en la presente solicitud. El descuento autorizado se podrá realizar durante el tiempo y oportunidad estipulados en este documento para el pago de la prima siempre y cuando esté vinculado con el Tomador. Esta autorización regirá durante el período de la vigencia del presente contrato para la prestación del servicio y el de sus renovaciones.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA SERA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR DAR A CONOCER A LOS ASEGURADOS LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA. LA ASEGURADORA CUMPLE CON LA OBLIGACIÓN DEL ARTICULO 1046 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CON LA ENTREGA AL TOMADOR DE LAS CONDICIONES. SERA RESPONSABILIDAD DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS EL INFORMARSE ACERCA DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO Y MANIFESTAR EN EL TIEMPO Y POR LOS MEDIOS DEBIDOS LAS DUDAS QUE TENGAN AL RESPECTO.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CIUDAD _____ **FECHA DE EXPEDICIÓN** D D M M A A A A

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

FIRMA ASEGURADO
C.C.

Huella Indice Derecho del Asegurado

FIRMA CÓNYUGE
C.C.

Huella Indice Derecho del Cónyuge

*Cobertura con IVA

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA GRUPO – FEG

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA CON SUJECIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y EN LAS INDIVIDUALES PRESENTADAS POR LOS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, ASÍ COMO EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, UNA VEZ SE ACREDITE LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el asegurado fallece por cualquier causa, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La Compañía pagará al asegurado el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura si como consecuencia de una enfermedad o accidente, sufre lesiones que le provoquen una pérdida irreversible y definitiva de su capacidad laboral, siempre que la fecha de estructuración de la incapacidad, que será la misma fecha de siniestro, ocurra dentro de la vigencia del amparo, la incapacidad no sea provocada por el asegurado y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.

Para la determinación de la incapacidad total y permanente, el asegurado deberá aportar a la Compañía su historia clínica completa y el dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente, que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), certificada por una entidad competente y conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez.

En caso de desacuerdo con el dictamen aportado por el asegurado, tendrá valor definitivo el dictamen emitido por la junta regional de calificación de invalidez del domicilio del asegurado.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

2.1.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

• LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
• PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.
• LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
• PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
• CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
• ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.
• CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O 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 AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
• TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
• CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.
• GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Si el asegurado fallece o sufre alguna de las lesiones corporales enumeradas en la tabla de indemnizaciones prevista en el numeral 2.2.1, como consecuencia de un accidente, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento o la lesión corporal ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

Dentro de esta cobertura se incluye el desaparecimiento del asegurado cuando ocurra alguno de los siguientes eventos, que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, con arreglo a la ley colombiana: La desaparición en catástrofes naturales tales como: terremotos, inundaciones, maremotos, desaparición en un río, lago o mar, desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

Para efectos del presente amparo se considerará fallecimiento accidental, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1145 del código de comercio.

2.2.1. TABLA DE INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará al asegurado el porcentaje correspondiente del valor asegurado contratado para esta cobertura, cuando el asegurado sufra por causa accidental alguna(s) de la(s) siguiente(s) pérdidas:

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 DEUN 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%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEDOS 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 DEL BAZO, EL HIGADO Y EL PANCREAS	20%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA 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%

Cualquier pérdida o limitación no descrita en la tabla anterior no será objeto de cobertura.

Para efectos de esta cobertura, 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 caso que el asegurado sufra 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 la suma asegurada individual contratada para esta cobertura.

2.2.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO O LESIONES CORPORALES EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

• SUICIDIO O SU TENTATIVA O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
• PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMO, TALES COMO: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
• LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
• PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
• CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS
• ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.
• CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y 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 AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
• LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
• CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.
• GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES
Si el asegurado es diagnosticado por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, y por primera vez, 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 calendarios desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

Como Anticipo del Amparo Básico del 50%.

Con la contratación de esta opción, La Compañía pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura y el valor indemnizado se deducirá del amparo básico.

Las siguientes enfermedades graves son objeto de cobertura:

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.
Accidentes cerebro–vasculares: Pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo, que acuse lesiones irreversibles tales como afasia que da como resultado habla o comunicación ineficaz o disturbio persistente o significativo de la funcion motora de alguna extremidad, dando por resultado una alteración de los movimientos, marcha o la postura del individuo.
Insuficiencia renal: Daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal o un trasplante de riñón.
Infarto del miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una irrigación sanguínea deficiente.
Cirugía arterio – coronaria: Intervención quirúrgica a corazón abierto, que se realiza para corregir la estenósis u oclusión de las arterias coronarias, que no responden a tratamiento médico y en consecuencia es necesaria la realización de un by-pass o puente coronario.

Esclerosis múltiple: Enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión o daño motor de alguna de las extremidades.

Trasplante de órganos: La Compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados por cualquier tipo de accidente o enfermedad y ampara el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: corazón, uno o dos pulmones, hígado o páncreas total (se excluye el trasplante de islotes de langerhans), que provenga de un donante vivo o muerto.

Gran quemado: La Compañía otorga cobertura a pacientes con quemaduras mayores al 20% de extensión y pacientes con quemaduras de segundo grado en cara, pies, manos y/o periné.

2.3.1. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

• CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
• LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
• CÁNCER DE SENO O UTERO
• LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.
• LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.
• LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
• ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.
• ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS.
• TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
• CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.
• LESIONES O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

2.4. RENTAS CLINICAS

2.4.1 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía pagará al asegurado el valor contratado que figure en la carátula de la póliza para esta cobertura de acuerdo con el número de días 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 la enfermedad o lesiones que la hayan ocasionado, se hayan producido transcurridos treinta (30) días desde el inicio de vigencia de la póliza y no sean por causa de una enfermedad o accidente preexistente.

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 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.

2.4.1. EXCLUSIONES DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS INCAPACIDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

• LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFIAS O FISIOTERAPIA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA.
• LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SI MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA; O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.
• LICENCIAS DE MATERNIDAD O INCAPACIDADES CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO
• CIRUGIAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
• TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES, Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
• CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.
• TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.
• CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIENDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNÓSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.
• TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
• DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
• TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
• TERÁPIAS FISICAS
• EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.
• CÁNCER Y SU TRATAMIENTO
• PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORTES PROFESIONALES.
• LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
• PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.
• CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
• CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIACTIVIDAD.
• ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.5. AUXILIO EXEQUIAL

En caso de fallecimiento del asegurado según lo definido en el numeral 1.1. De este documento, 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, siempre y cuando se contrate la cobertura.

2.6. RENTA MENSUAL POR FALLECIMIENTO PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del fallecimiento.

2.7. AUXILIO DE MATERNIDAD

La Compañía pagará al asegurado Mujer y/o Hombre, un valor único por hijo nacido vivo, por un solo evento en caso de Maternidad, previamente certificada su Licencia por la entidad correspondiente.

El pago se producirá, siempre y cuando hayan transcurridos tres (3) meses desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Asociados activos y su cónyuge del Tomador durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

4. VIGENCIA

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.

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada
Incapacidad Total y permanente	18 años	65 años y 364 días.	66 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	60 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Rentas Diarias	18 años	60 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Auxilio Exequial	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada
Renta mensual por Fallecimiento	18 años	70 años y 364 días.	Ilimitada

5.1.ERRORES E INEXACTITUDES

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 la Compañía, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

6. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el seleccionado por el asegurado y aceptado por La Compañía.

7. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La compañía otorga continuidad de cobertura, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieran contratadas con la anterior aseguradora.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia, amparos y definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en el presente condicionado particular.
Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud pero con las siguientes salvedades:

• Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
• Que las condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del asegurado con el tomador.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de valor asegurado o inclusión de coberturas requerirá el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de la Compañía las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

7.1. GARANTÍA DEL TOMADOR

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extraprimados por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas en el cobro de la nueva póliza.

Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador informe a la Compañía por escrito, si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades graves o de carácter terminal.

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

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.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD $1.000.000.000,oo

9. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

10. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

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

Para Fallecimiento del Asegurado:
• Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
• Registro civil de defunción del asegurado original o copia autenticada en notaría.
• Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
• En caso de no existir designación de beneficiarios, declaración extra-juicio del reclamante manifestando el desconocimiento de la existencia de un beneficiario con mejor o igual derecho.
• Copia de historia clínica completa.
• Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte.
• Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, Acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.
• Certificación bancaria del(os) beneficiario(s).

Para Incapacidad Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado:
• Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
• Copia de historia clínica completa.
• Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad.
• Dictamen de calificación de Incapacidad Total y Permanente igual o superior al 50%.
• Prueba de alcoholemia en caso de accidente de tránsito.
• Para proceder al pago de la indemnización en caso de Rentas Clínicas, la Compañía solicitará la siguiente información:

Para Rentas Clínicas del Asegurado:

• Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
• Copia de historia clínica completa.
• Certificado original del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad, que incluya pruebas clínicas, radiológicas, histológicas de patología y de laboratorio que permitan evidenciar el origen, evolución, diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
• LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales en caso de ser necesarios para el estudio de la reclamación.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

12. 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.

13. DEDUCCIONES

• Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Pe rmanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad. Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente, siempre y cuando la Incapacidad se produzca como consecuencia de alguna de las enfermedades graves definidas en el respectivo amparo.
• Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Vida.
• Si a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago por desmembración, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por Incapacidad Total y Permanente.

14. 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 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 amparo de incapacidad Total y Permanente.
• Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

• Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida por la Compañía.
• Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
• Cuando la Compañía indemnice el 100% del amparo adicional.
• Por revocación de la Compañía.

15. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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.

16. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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. 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.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

En caso de solicitar cambios o información de su póliza comuníquese a la Línea

018000974545

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:

MAPFRE si24

Nacional: **018000 519 991**

Bogotá: **307 7024** Celular: **#624**

MAPFRE

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero: manuelg.rueda@gmail.com