Nit. 800.097.913-8
Personería Jurídica 1408/90

SOLICITUD DE CRÉDITO

FECHA_____ CIUDAD_____

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Doc. De Identidad	Edo Civil

FECHA DE NACIMIENTO dd mm aaaa	SALARIO MENSUAL $	E-MAIL	PERSONAS A CARGO	CIUDAD	SEXO M ___ F ___

DIRECCIÓN RESIDENCIA	PRESA DONDE LABO	DIRECCIÓN	CARGO	CELULAR	TELÉFONO

Valor Solicitado $_____	Valor Unificado $_____	Modalidad	No. Cuotas	Quincenal	Mensual

Valor cuota $	Interés cte %	Quincenal	Mensual	Equivalente %	Quincenal	Mensual	Equivalente %	Fecha de inicio dd mm aaaa

No. Cuotas extra	Valor $	En prima de	OBSERVACIONES DE GIRO:

DATOS DEL DEUDOR SOLIDARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Doc. Identidad C.C ___ C.E. ___	No. Doc Id.

EMPRESA DONDE LABORA	CARGO	DEPENDENCIA	SALARIO MENSUAL $	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

ACTIVOS DEL DEUDOR

POSEE VIVIENDA SI _____ NO _____	POSEE VEHÍCULO SI _____ NO	PLACA	DESCRIPCIÓN DE OTROS ACTIVOS:

REFERENCIAS DEL DEUDOR

FAMILIAR QUE NO VIVE CON USTED

1. NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
EMPRESA DONDE LABORA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONOS
2. NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
EMPRESA DONDE LABORA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONOS

PERSONALES

1. NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
EMPRESA DONDE LABORA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONOS
2. NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
EMPRESA DONDE LABORA	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONOS

Para efectos pertinentes, me permito hacer las declaraciones y expedir las autorizaciones Me permito hacer las declaraciones y expedir las siguientes autorizaciones:

• Declaro conocer y aceptar el reglamento de Crédito del Fondo de empleados Granfondo , FEG.
• Certifico que toda la información incluida es verdadera y autorizo realizar las respectivas investigaciones de rigor en caso que el FEG requiera.
• Autorizo expresa y de manera irrevocable al Fondo de empleados Granfondo, FEG., para que con fines estadísticos de control o de información, reporte, solicite, procese y divulgue a la Central de Información de la Asociación Bancaria y de Entidades financieras de Colombia, y a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como asociados de esta entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento que realice de las obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero en general respecto del cumplimiento de mis obligaciones; en especial el incumplimiento en el pago de cualquier suma de dinero que llegaré a adeudarse al Fondo de empleados Granfondo, FEG., con ocasión de cualquier operación realizada con este.
• Igualmente autorizó al Fondo de empleados Granfondo, FEG., para que obtenga de cualquier fuente las informaciones y referencias relativas a mi persona, a mi comportamiento y relaciones comerciales con cualquier entidad del sistema financiero, comercial o industrial, hábito de pago, manejo de mis cuentas, certificados, tarjetas de crédito y en general, del cumplimiento de mis obligaciones.

Autorizo al Fondo de Empleados GRANFONDO - FEG a debitar de mi cuenta de ahs ____ cte ____ No. _____ del Banco _____, en caso de no haber sido posible descontar la totalidad de mi cuota de mi nómina.

_____
FIRMA DEUDOR
Nombre
C.C.

_____
FIRMA DEUDOR SOLIDARIO
Nombre
C.C.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA GRANFONDO

ANALISTA DE CRÉDITO	ASESOR COMERCIAL	APROBÓ	FECHA APROBAC dd mm aaaa

Fondo de Empleados
Granfondo
N.I.T. 800.097.913-8

CARTA DE INSTRUCCIONES

PAGARÉ No. _____

Nosotros_____
mayores de edad, Identificados como aparece al pie de nuestras firmas, actuando en mi (nuestros) nombre (s) propio (s), por medio del presente pagaré y de conformidad con el artículo 622 del Código de Comercio autorizo (amos) en forma expresa e irrevocablemente al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, con sigla FEG o quien ostente la calidad de tenedor legítimo, para que en cualquier tiempo y sin previo aviso llene los espacios en blanco del presente pagaré conforme con las siguientes instrucciones:

1.Autorizo (amos) para que el primer espacio en blanco correspondiente a la identificación de los deudores sea llenado con los nombres de las personas que firman el presente pagaré.

2.La fecha de emisión será la del día en que sea diligenciado por el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.

3. El pagaré se otorgará para garantizar el pago de cualquier obligación presente o futura contraída por los suscritos, ya sea en forma individual, conjunta, solidaria, directa como fiadores, codeudores, o avalistas.

4. En el espacio reservado en el literal a) del pagaré se colocará la suma de dinero a la que ascienda el saldo insoluto de todas las obligaciones exigibles y a favor del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, cuentas por cobrar o cualquier suma de dinero derivada de las obligaciones que tenga (mos) contraída (s) o llegue (mos) a contraer a mi (nuestro) cargo y a favor o a la orden del FEG.

5. En el espacio reservado en el literal b) del pagaré se colocará la cantidad que corresponda a la sumatoria de gastos de cobranza extrajudicial si hubiere lugar a ella, honorarios de abogado que para el cobro judicial o extrajudicial tenga establecidos el FEG de manera general y a los cuales me (nos) acojo (gemos), agencias en derecho, primas de seguros de vida de deudores, costas, honorarios de estudio de títulos, costo de avalúos y sus actualizaciones, intereses remuneratorios y moratorios causados y no pagados sobre las sumas de que trata el punto anterior.

6. Como fecha de vencimiento del pagaré el acreedor, deberá colocarle la del día en que lo llene o diligencie. El lugar de cumplimiento del mismo será la ciudad donde se encuentre localizada la oficina principal del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO.

7. El Acreedor o su tenedor legítimo están facultados, para llenar todo espacio en blanco en cualquier tiempo sin que sea necesario aviso o requerimiento judicial o extrajudicial, ni formalidad previa alguna a lo cual renuncia expresamente el (los) suscriptor (es) de este documento.

8. La tasa de interés moratoria será la tasa máxima de mora legalmente permitida a la fecha en que se llene el presente pagaré.

9. Autorizo (amos) en forma expresa, permanente e irrevocablemente al FEG o quien represente sus derechos para declarar vencido el plazo del presente pagaré y exigir anticipadamente el pago inmediato del capital más los intereses, costas y demás accesorios, en cualquiera de los siguientes casos: a) Por perdida de la calidad de asociado del FEG, o por la pérdida del vínculo laboral de cualquiera de los suscriptores de este título valor. b) Incumplimiento de los términos establecidos para el pago del capital o interés de cualquier obligación que directa, indirecta, conjunta o separadamente tengamos para con el FEG. c) Si los bienes de alguno de los otorgantes son perseguidos judicial o extrajudicialmente por cualquier persona en desarrollo de cualquier acción. d) El giro de cheques en favor del FEG, que sean impagados por causas imputables a cualquiera de los obligados. e) El fallecimiento de cualquiera de los obligados. f) El haber suministrado información inexacta en la documentación presentada al FEG. g) El hecho que los bienes dados en garantía sufran desmejora, sean gravados, enajenados en todo o en parte o dejen de prestar respaldo suficiente a las obligaciones contraídas con el FEG. h) La mala o difícil situación económica de cualquiera de los otorgantes, calificada así por el tenedor legítimo de este título valor. i) En caso que cualquiera de los otorgantes solicite paralelamente nuevos créditos en cualquier otra entidad sobrepasando su capacidad de pago y mostrando un nivel de endeudamiento no correspondiente a la realidad. j) Por la renuencia o incumplimiento en la constitución de las garantías exigidas por el FEG para la aprobación de la respectiva operación o su posterior refuerzo. k) En caso de que alguno de los deudores cambie la cuenta de ahorros o cuenta corriente reportada para el débito automático de esta obligación y no informe inmediatamente al FEG su nueva cuenta. l) En los demás casos de aceleración de los plazos previstos en la ley. Dejamos expresa constancia que el FEG podrá hacer uso de la cláusula aceleratoria aquí señalada ante la simple ocurrencia de cualquiera de las causales antes mencionadas, generando los efectos legales correspondientes, sin necesidad de requerimiento, comunicación o trámite adicional alguno.

10. El pagaré diligenciado en la forma aquí señalada será exigible en forma inmediata y presentará mérito ejecutivo sin necesidad de requerimientos adicionales. Hacemos expreso reconocimiento de que conservamos copia de este documento.

11. Autorizo (amos) en forma expresa, permanente e irrevocablemente al FEG para: 1. Solicitar al pagador de las empresas a las que actualmente o en un futuro nos encontremos vinculados laboralmente, o a las empresas que paguen nuestra pensiones, o a las empresas en las que por ley debamos mantener nuestras cesantías, debitar de nuestros salarios, prestaciones legales o extralegales, bonificaciones, indemnizaciones, cesantías, pensión y en general de cualquier valor a nuestro favor, las sumas a nuestro cargo generados en las obligaciones adquiridas en el presente pagaré o a cualquier otro título con el FEG. 2. Debitar de la cuenta bancaria registrada en el FEG el valor de las cuotas o saldos generados en las obligaciones adquiridas en el presente pagaré 3. Aplicar a esta o a cualquiera de nuestras obligaciones, las sumas que a nuestro favor se encuentren en poder del FEG. 4. Solicitar de los salarios, prestaciones legales o extralegales, bonificaciones, indemnizaciones, cesantías, primas y cualquier otra acreencia laboral en caso de mora, en caso de retiro por desvinculación laboral o por retiro voluntario del FEG o desvinculación laboral de cualquiera de los deudores, los saldos adeudados con el propósito de aplicarlas a las obligaciones que queden a nuestro cargo. La anterior autorización no nos exime de pagar el valor de las cuotas correspondientes en el caso de que no pudieran efectuarse los descuentos respectivos y, en tal virtud el FEG, no adquiere responsabilidad alguna en cuanto se refiere a la realización de los descuentos en mención.

12. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO CREDITICIO. Igualmente autorizo a FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO para reportar, procesar y divulgar a los operadores de información, datos referentes al nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones directas o indirectas con FEG; de igual manera para que pueda solicitar y consultar información sobre mis relaciones comerciales con terceros, con el sector real, financiero o solidario, el cumplimiento de mis obligaciones, contratos, hábitos de pago, etc., y para que la información reportada pueda ser circularizada por el operador de información. Esta autorización comprende la información presente, pasada y futura referente al manejo, estado y cumplimiento de las obligaciones, contrato y servicios con los sectores real, financiero y cualquier otro tercero.

13. Acepto(amos) incondicionalmente todo traspaso, endoso o cesión que el FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO haga del presente instructivo junto con el pagaré al cual corresponde y de la garantía que lo ampara, sin que para su efectividad sean necesarias, nuevas autorizaciones o aceptaciones.

14. Las instrucciones y demás autorizaciones que por medio de esta carta hayan sido dadas a EL ACREEDOR, se entienden de igual manera otorgadas al tenedor legítimo del pagaré o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor del crédito.

De lo anterior conocemos la totalidad del pagaré y los reglamentos que rigen el crédito que se me (nos) otorga, los cuales acepto (amos) sin reserva alguna.

Se firma esta carta en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____
TEL: _____

FIRMA: _____
C.C.

NOMBRE: _____
DIERRECIÓN_____
TEL: _____

FIRMA: _____
C.C.

Fondo de Empleados
Granfondo
N.I.T. 800.097.913-8

PAGARÉ

PAGARÉ No. _____

Yo, (Nosotros), _____
Mayor (es) de edad e identificado (s) como aparece al pie de nuestras firmas manifestamos las siguientes obligaciones:
PRIMERO: Pagaré (mos) solidaria, incondicional e indivisiblemente a la orden del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO, con sigla FEG, en su oficina de la ciudad de Bogotá D.C., el día _____del mes _____ del año_____, las siguientes sumas de dinero que reconozco (cemos) solidariamente adeudarle:
A). La suma de _____ ($_____) moneda Legal Colombiana. B). La suma de _____ ($_____) moneda Legal Colombiana.
SEGUNDA: A partir de la fecha de vencimiento anotada en este título valor, reconoceré (mos) y pagaré (mos) intereses moratorios sobre el capital, liquidados a las tasas que estuvieren vigentes como límite máximo a cobrar de acuerdo con la Ley, para cada periodo en que persista la mora. A partir de la fecha en que el FEG instaure demanda judicial de cobro del presente pagaré, reconoceré (mos) y pagaré (mos) intereses moratorios sobre los intereses corrientes, si llevare más de un (1) año de mora, liquidados a la tasa máxima legal permitida. **TERCERA**: Además de las sumas contenidas en los literales a). y b). de este pagaré, me (nos) obligo (amos) a pagar todos los gastos e impuestos que cause este título valor por su otorgamiento, diligenciamiento y ejecución, lo mismo que los gastos de cobranza si hubiere lugar a ella, los honorarios del abogado que para el cobro extrajudicial tenga establecidos el FEG de manera general y a los cuales me (nos) acojo (gemos) y, en caso de cobro judicial en la suma que fije el juez de conocimiento, prima del seguro de vida de deudores y de daños, incendio y terremoto sobre los bienes dados en garantía, costas judiciales, portes y demás conceptos previstos en el artículo 782 del Código de Comercio, así como aquellos gastos en que deba incurrir el FEG para hacer efectivas las obligaciones incorporadas en el presente instrumento a mi (nuestro) cargo en caso de incumplimiento. **CUARTA**: Acepto(amos) desde ahora expresamente y autorizo(amos) de manera permanente e irrevocable al FEG para conceder cualquier prorroga, así se convenga con uno cualquiera de los firmantes, en el entendido de que tales ampliaciones de plazo, reestructuraciones o refinanciaciones no producen novación ni extinguen las garantías personales ni reales constituidas a favor del FEG. Se hace constar que la responsabilidad solidaria y las garantías reales constituidas para respaldar el pago de este título, subsisten toda vez que el FEG hace expresa reserva a la solidaridad prevista en el artículo 1.573 del Código Civil, entre otros eventos similares, como la prorroga o cualquier modificación a lo aquí estipulado, así estas se pacten con uno solo de los firmantes, por cuanto desde ahora accedo (emos) a ellas expresamente**. QUINTO**: El deudor asumirá todos los gastos que se deriven del otorgamiento y administración del crédito, de acuerdo al plan de pagos mismo.

Suscribo (imos) este pagaré en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____ (20).

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____
TEL: _____

FIRMA: _____
C.C.

NOMBRE: _____
DIERRECIÓN_____
TEL: _____

FIRMA: _____
C.C.

*

Ciudad _____, _____

Señores

FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO – FEG

Ciudad

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FONDO DE EMPLEADOS GRAN FONDO - FEG o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis (nuestras) obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi infamación en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi (nuestro) cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

De igual manera, autorizo expresa, permanente irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG, realizar el cobro por concepto de contribución a la protección de cartera por valor del tres por ciento (3%) del valor efectivamente girado del crédito que me ha sido aprobado.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá a los ___ días del mes de _____ de _____.

Deudor Principal

Firma y Huella _____

Cédula de Ciudadanía No. _____ de _____

Nombre y Apellido _____

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	GENERO	ESTATURA	PESO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	EMAIL

TELÉFONO/CELULAR	PROFESIÓN	OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL CÓNYUGUE

NOMBRES	APELLIDOS	C.C.

FECHA DE NACIMIENTO	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	$ 3.000 ○	$ 6.000 ○	$ 12.000 ○	$ 18.000 ○	$ 24.000 ○	$ 45.000 ○
	PRIMA MES CÓNYUGE	$ 3.000 ○	$ 6.000 ○	$ 12.000 ○	$ 18.000 ○	$ 24.000 ○	$ 45.000 ○

*** 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.

	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

01022020-1430-VID-353-FEB/20

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. NIT 830.054.904-6 - Régimen Común - Somos grandes contribuyentes.
Según resolución 10520 del 18 de Dic 2003. Somos retenedores de IVA.
Este documento equivale a un factura de conformidad con Art 5/Decreto 1165 de 1996.

Entiéndase las palabras "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

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