

Contestación reforma demanda. Proceso 11001310301220190083100 (2019-831) del Juzgado 12 Civil del Circuito de Bogotá D.C. De MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN contra MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Enrique Laurens Rueda <enriquelaurens@enriquelaurens.com>

Jue 17/02/2022 4:44 PM

Para: Juzgado 12 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Contacto jpjaimes <contacto@jpjaimes.com>

Señores

JUZGADO DOCE (12) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ccto12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Proceso Declarativo verbal de Responsabilidad Civil Contractual

Radicación 11001310301220190083100 (2019-831)

Demandante MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, C.C. 79.490.470

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

Asunto Contestación a la reforma de la demanda.

ENRIQUE LAURENS RUEDA, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 80.064.332 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado número 117.315 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de representante legal para asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., entidad legalmente constituida, identificada con el NIT número 830.054.904-6, con domicilio principal en Bogotá D.C., y en mi calidad de abogado que acredito con copia de mi tarjeta profesional que adjunto con el presente escrito, dentro del término legal de traslado, me permito dar CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA de Responsabilidad Civil Contractual promovida por el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN contra MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., admitida mientras auto de fecha 03 de febrero de 2022 y notificado en estado electrónico publicado el 04 de febrero de 2022, de acuerdo con el escrito adjunto y sus anexos.

Se envía copia a la parte demandante.

Atentamente,

ENRIQUE LAURENS RUEDA

C.C. 80.064332 de Bogotá.

T.P. 117.315 del Consejo Superior de la Judicatura.

Teléfonos: 317 660 8192 y 601 322 7174

Correo electrónico para notificaciones: enriquelaurens@enriquelaurens.com

Correo físico para notificaciones: Carrera 58 D # 128 B – 01 interior 6 casillero 102, Bogotá D.C.

ENRIQUE LAURENS RUEDA

ABOGADO

Señores

JUZGADO DOCE (12) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ccto12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Proceso	Declarativo verbal de Responsabilidad Civil Contractual
Radicación	11001310301220190083100 (2019-831)
Demandante	MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, C.C. 79.490.470
Demandado	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., NIT 830.054.904-6
Asunto	Contestación a la reforma de la demanda.

ENRIQUE LAURENS RUEDA, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 80.064.332 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado número 117.315 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de representante legal para asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos de **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**, entidad legalmente constituida, identificada con el NIT número 830.054.904-6, con domicilio principal en Bogotá D.C., y en mi calidad de abogado que acredito con copia de mi tarjeta profesional que adjunto con el presente escrito, dentro del término legal de traslado, me permito dar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA** de Responsabilidad Civil Contractual promovida por el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN contra MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., admitida mientras auto de fecha 03 de febrero de 2022 y notificado en estado electrónico publicado el 04 de febrero de 2022, en los siguientes términos:

**I. NOMBRE DE LA DEMANDADA, DOMICILIO, NOMBRE DE SU REPRESENTANTE LEGAL,
NOMBRE DEL APODERADO**

1. La demandada es MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., entidad identificada con el NIT número 830.054.904-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C. en la carrera 14 # 96 - 34.

Dirección de notificación electrónica: njudiciales@mapfre.com.co

2. El representante legal para asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos de la demandada es el suscrito, cuya representación acredito según certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia y que aportó al expediente con el presente escrito.
3. El apoderado es el suscrito, de las condiciones civiles ya anotadas y en mi calidad de abogado que acredito con copia de mi tarjeta profesional que adjunto con el presente escrito.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.1. PRONUNCIAMIENTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL MARCADO CON EL NÚMERO 1: Es cierto que entre MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., actuando como compañía aseguradora y el FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS- FNG S.A., en su calidad de tomador se celebró contrato de seguro bajo la póliza de Seguro de Vida Grupo número 2201417900222, con vigencia del 1° de julio de 2017 al 1° de julio de 2019. De acuerdo con el anexo técnico No. 1 su objeto es “amparar a todos los funcionarios del Fondo Nacional de Garantías que,

dentro del desempeño del cargo, presta sus servicios al Fondo Nacional de Garantías, vinculada a este mediante contrato de trabajo”.

Sin perjuicio de lo anterior, se precisa y aclara al despacho que el contrato de seguro está limitado a los amparos, exclusiones y garantías contempladas en la póliza, las condiciones especiales y las condiciones generales del contrato de seguro.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 2: Es cierto que en las condiciones técnicas contratadas del Seguro de Vida Grupo número 2201417900222, con vigencia del 1° de julio de 2017 al 1° de julio de 2019, se contrató amparo por enfermedades graves.

Ahora bien, los amparos y valores asegurados por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. para el seguro de vida grupo con póliza número 2201417900222, son los siguientes:

AMPARO VALOR ASEGURADO *

Muerte por Cualquier Causa 15 Salarios Máximo \$500.000.000
Incapacidad Total y Permanente. 15 Salarios \$500.000.000
Enfermedades Graves Anticipo del 60% del básico \$300.000.000
Fallecimiento Accidental 15 Salarios \$500.000.000
Renta Diaria por Hospitalización \$100.000

El contrato de seguro cuenta con el amparo por enfermedades graves, dentro de las cuales se encuentra con objeto de cobertura el cáncer.

Las condiciones generales de la póliza definen la enfermedad grave cáncer, en los siguientes términos:

"(...) 4.4. Enfermedades Graves

Como anticipo se pagará el 60% de la suma principal, si al asegurado se le descubre o diagnostica por primera vez con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de una enfermedad grave, diagnosticada después del inicio de la vigencia. - Anticipo del 60% del Amparo Básico.

Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluye en esta definición la leucemia, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno. Se excluye: La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos) cáncer de seno, próstata y el cáncer de cérvix (cuello de la matriz in situ, todo tipo de tumores que sean descritos en términos histológicos como pre-malignos o que presenten cambios malignos en su fase inicial o tumores. (...)" (Negrilla ajena al texto original)

AL MARCADO CON EL NÚMERO 3: Es cierto que en la Póliza de Seguro de Vida Grupo número 2201417900222 figura como tomador el FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS- FNG S.A. y como asegurados los empleados activos de dicha entidad.

Sin perjuicio de lo anterior, se precisa y aclara al despacho que el contrato de seguro está limitado a los amparos, exclusiones y garantías contempladas en la póliza, las condiciones especiales y las condiciones generales del contrato de seguro.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 4: No me consta que el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, ostentara la calidad de Vicepresidente Jurídico y Administrativo del FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS- FNG S.A., por cuanto no son hechos de la esfera personal y laboral del demandante que no son de competencia de mi representada MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Nos acogemos a lo que resulte probado en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, si se precisa que de acuerdo la certificación emitida por LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG de fecha 29 de marzo de 2021, que se anexa con la presente contestación a la reforma de la demanda, el demandante MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, laboró en esa entidad desde el 17 de marzo de 2003 hasta el 08 de enero de 2018, con contrato a término indefinido para Trabajador Oficial:

LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA
DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG
NIT: 860.402.272-2

C E R T I F I C A:

Que, **MAURICIO ALBERTO BELTRAN SANÍN**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470 expedida en Bogotá, laboró en esta Entidad desde el 17 de marzo de 2003 hasta el 08 de enero de 2018, con contrato a término indefinido para Trabajador Oficial.

Que desempeñó el cargo de VICEPRESIDENTE JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO en la Vicepresidencia Jurídica y Administrativa.

Lo anterior sumado a la consulta de información de servidores públicos, empleados y contratistas del Estado registrada en la página de la Función Pública, se encontró que el demandante MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, hasta el 8 de enero de 2018 fue empleado del FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. – Vicepresidente Jurídico y Administrativo, contando con el beneficio de hacer parte en calidad de asegurado de un Seguro de Vida Grupo suscrito con MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.:

Hojas de Vida

MAURICIO ALBERTO BELTRAN SANIN
Vicepresidente
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.
Dependencia no reportada

✉ mauricio.beltran@bancoagrario.gov.co
📞 3821400 EXT 3095
📠 091-2865508
📍 **Municipio de Nacimiento:** BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C - COLOMBIA

🎓 **Formación Académica**

- Maestría - MAESTRIA EN DERECHO - Graduado
- Especialización - ESPECIALIZACION EN DERECHO ECONOMICO - Graduado
- Profesional - DERECHO - Graduado
- Básica secundaria

💼 **Experiencia Laboral**

Cargos	Entidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Vicepresidente	Banco Agrario de Colombia	09/01/2018	Actual
empleo no reportado	FONDO NACIONAL DE GARANTIAS S.A.	17/03/2003	30/12/2017
DOCENTE	NO DILIGENCIADO	27/04/2002	28/07/2005
empleo no reportado	INSTITUTO DE FOMENTO INDUSTRIAL	18/06/1998	16/03/2003
ASESOR JURIDICO	SANCHEZ SANIN ASESORES EN SEGUROS	01/02/1992	09/01/1994

[Ver Ley de Transparencia y acceso a la información](#)

AL MARCADO CON EL NÚMERO 5: No me consta por cuanto no son hechos de competencia de mi representada. Nos atenemos a la integralidad y literalidad de lo consignado en la historia clínica y lo que se logre demostrar en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, según la historia clínica disponible, se reporta como antecedentes médicos la presencia de hernias a nivel de columna lumbar y cervical; artroscopia de rodilla izquierda; y extabaquismo durante 5 años.

Conforme al concepto médico suscrito por el Dr. Edgard Ramírez Moreno - Urólogo Oncólogo, el 25 de septiembre de 2017 durante un chequeo médico ejecutivo practicado al señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN se le encuentra como hallazgo incidental masa renal izquierda sólida homogénea de 29 x 20 mm:

25 septiembre 2017

Paciente a quien en "chequeo" ejecutivo se le encontró como hallazgo incidental en estudio ecográfico abdominal (1/IX/17): masa renal izquierda sólida homogénea de 29 x 20 mm, . Hallazgo que llevó a la práctica de un TC abdominal (7/IX/17): en la región interpolar de riñón izquierdo se observa lesión exofítica sólida dependiente de la cortical posterior de 30 x 29 x 32 mm. No se observan alteraciones la densidad de la grasa adyacente, adenomegalias ni invasión a estructuras vecinas.
Rx Torax (1/IX/17): normal.
Renograma (20/IX/17):filtración glomerular 116.7 ml/mto.RD:53%-Ri:47%.

Conducta: Reseccion en cuña tumor renal izquierdo (nefrectomía parcial).

Tiene, laboratorio (1/IX/17):Creatinina: 1.05, F. Alcalina:71, glicemia: 90.2,CH,TdeP,TPT y P deO: normales.

Evaluación cardiológica durante su chequeo ejecutivo incluyendo prueba de esfuerzo negativa para la inducción de isquemia miocárdica .

El 10 de octubre de 2017 se le practicó al señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN en la Clínica de Marly procedimiento quirúrgico consistente en "nefrectomía parcial izquierda". En la descripción quirúrgica, se registró lo siguiente:

Descripción del Procedimiento:

Bajo anestesia general, paciente en decúbito lateral derecho, previa asepsia y antisepsia, colocación de sonda vesical a pie de litro y campos quirúrgicos, se realiza incisión transversa izquierda costal sobre duodécima costilla de aprox. 10cm, que compromete piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis de músculos rectos abdominales, transversos y oblicuos y división de los mismos. Se rechazan pleura hacia cefálico y peritoneo hacia medial exponiendo retroperitoneo, se abre fascia de Gerota identificando hallazgos descritos, se disecciona completamente riñón, se realiza nefrectomía posterior de lesión con electrocauterio, resecando la totalidad de la masa, se pasan puntos hemostáticos con grasa de fijación con cromado 3-0. Se envía masa para estudio anatomopatológico. Se pasan puntos de Cromado 2-0 de fijación en el exterior del riñón. Se verifica hemostasia cuidadosamente, se cierra Gerota previa colocación de dren de Penrose por contraindicación el cual se fija a la piel con Seda 3-0. Cierre de aponeurosis con Vicryl 1 con puntos continuos en plano muscular revisando continuidad de cada una de ellos. Infiltración con marcaína en músculo y piel. Cierre de piel con Prolene 2-0 puntos intradérmicos. Se deja herida cubierta con tegaderm pad, gasas y Fixomull sobre dren.
Diuresis clara 400 cc al finalizar procedimiento

Resumen de la Atención

AL MARCADO CON EL NÚMERO 6: No me consta por cuanto no son hechos de mi representada. Nos atenemos a la integralidad y literalidad de lo consignado en la historia clínica y lo que se logre demostrar en el proceso.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 7: No me consta por cuanto no son hechos de mi representada. Nos atenemos a la integralidad y literalidad de lo consignado en la historia clínica y lo que se logre demostrar en el proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, el 11 de octubre de 2017, el laboratorio de patología de la Clínica de Marly rinde el reporte de patología, en los siguientes términos:

Fecha: 11/10/2017 10:55 - Sede: CLINICA DE MARLY S.A. - Ubicación: PISO TERCERO B

Reporte de Patología - PATOLOGIA

Área Prestadora del Servicio : Patología
Q6654-17

Estudio No. :

Fecha Recepción Muestra: 11/10/2017

Examen: ESPECIMEN QX NIVEL II DE COMPLEJIDAD DX (NO INC: COLORACIONES ESPECIALES NI HISTOQUIMICA).
GLOBO OCULAR (ENUCLEACIÓN) ESCROTO SUPRARRENAL HIGADO HIPOFISIS LENGUA GLANDULA SALIVAR
RESECC. MASA SENO MAMO ÚTERO RTU NOD. PULMONAR PLACENTA Y OVARIO.

Médico Remitente: DR. EDGAR RAMIREZ

Descripción Macroscópica: Se recibe un fragmento irregularmente ovoide que mide 4 x 3 x 3 cm. Se observa tejido adiposo perirrenal que mide 3 cm de ancho. Al corte se identifica una masa de tejido blanco-amarillento homogéneo que mide 3. 6 cm de diámetro. En uno sus extremos se reconoce pequeño fragmento de tejido renal pardo opaco. Se Se procesan cortes como A-C masa, D grasa perirrenal

Diagnóstico Patológico : 1 -3. ROTULADO " MASA RENAL IZQUIERDA"; RESECCION:

- CARCINOMA DE CELULAS CON CITOPLASMA CLARO Y EOSINOFÍLICO, CUYA CLASIFICACION DEBE ESTABLECER CON ESTUDIO COMPLETARIO DE INMUNOHISTOQUIMICA.

- TAMAÑO DEL TUMOR: 3 X 2. 8 CMS

- SE SOLICITA AUTORIZAR 8 MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA

4. ROTULADO GRASA PERITUMORAL:

- NEGATIVO PARA TUMOR.

El 01 de marzo de 2018, el Dr. Edgar Ramírez Moreno Urólogo Oncólogo emitió concepto médico, indicando lo siguiente:

1 marzo 2018

Se le practicó bajo anestesia general en la clínica de Marly el 10/X/17 Heminefrectomía (cuña) izquierda.
El informe de patología luego de estudio inmunohistoquímico: carcinoma de células de tipo cromóforo-
Fuhrman /ISUP3. Estado T1aNxMo.
La evolución postoperatoria, luego de casi cinco meses de la intervención quirúrgica satisfactoria.
Creatinina: 0.89-CH: ligera leucopenia (3860), resto normal.
S/S: Ecografía de vías urinarias.



El 25 de septiembre de 2019, la Dra. Catalina Figueroa Especialista en Medicina Interna expide certificado médico, en los siguientes términos:

Bogotá, 25 Septiembre 2019

Certificado Medico

A quien le interese

Certifico que el paciente Mauricio Alberto Beltrán Sanín, identificado con cedula número 79490470, fue Diagnosticado en Septiembre de 2017 de Tumor Maligno de riñón izquierdo, para lo cual fue llevado a nefrectomía parcial, logrando resección completa del tumor. Patología de tumor con evidencia de carcinoma de células de tipo cromóforo Estadio T1aNxM0. En el momento el paciente se encuentra en remisión de su patología Neoplásica en seguimiento estricto.



Dra Catalina Figueroa
RM 53001220
Medicina Interna

Dra. Catalina Figueroa R.
Especialista en Medicina Interna
Pontificia Universidad Javeriana
R.M. 53001220

AL MARCADO CON EL NÚMERO 8: No es cierto por impreciso. El demandante el 10 de noviembre de 2017 radicó al corredor de seguros DELIMA MARSH S.A. la solicitud de indemnización por anticipo de enfermedades graves. Se aclara que el corredor de seguros, es un intermediario de seguros que no representa a ninguna de las partes en el contrato de seguro.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 9: Es cierto que mi representada una vez recibidos y analizados los documentos presentados en la reclamación conocida por intermedio de DELIMA MARSH S.A., procedió

con comunicación fecha el 14 de diciembre de 2017 a objetar la solicitud de indemnización, al considerar que el diagnóstico determinado en el reporte de patología de fecha 11 de octubre de 2017:

*"(...) Dx. Carcinoma de células con citoplasma claro y eosinofílico, cuya clasificación debe establecer con estudio complementario de inmunohistoquímica
4. Rotulado grasa peritumoral.: Negativo para Tumor (...)"*

No era objeto de cobertura, conforme a lo contemplado expresamente en el condicionado, teniendo en cuenta que el carcinoma diagnosticado no es provocado por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 10: No me consta por cuanto no son hechos de mi representada. Nos atenemos a la integralidad y literalidad de lo consignado en la historia clínica y lo que se logre demostrar en el proceso.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 11: No me consta por cuanto no son hechos de mi representada. Nos atenemos a la integralidad y literalidad de lo consignado en la historia clínica y lo que se logre demostrar en el proceso.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 12: No es un hecho, se trata de una interpretación y apreciación subjetiva del apoderado de la parte actora respecto a la ampliación del concepto médico emitido por el doctor Edgard Ramírez Moreno, y que se anexó con la reforma de la demanda. Nos acogemos a lo que resulte probado en el transcurso del proceso teniendo en cuenta que el diagnóstico de tumor maligno de riñón izquierdo del tipo carcinoma de células de tipo cromóforo estadio T1NxM0 diagnosticado al señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN en septiembre del año 2017 NO es objeto de cobertura, dado que no cumple con la condición de ser un tumor invasivo.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 13: No es un hecho, se trata de una más de las apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte actora. Reiteramos que nos acogemos a lo que resulte probado en el proceso.

Ahora bien, es importante aclarar al despacho y a la parte actora, nuevamente, que **el diagnóstico de tumor maligno de riñón izquierdo del tipo carcinoma de células de tipo cromóforo estadio T1NxM0 diagnosticado al señor Mauricio Alberto Beltrán en septiembre del año 2017 NO es objeto de cobertura, dado que no cumple con la condición de ser un tumor invasivo** y, en consecuencia, NO hay lugar al pago de la indemnización por este amparo.

Lo anterior, se encuentra soportado en los siguientes argumentos:

- Las condiciones de la póliza señalan que el diagnóstico de la enfermedad grave cáncer incluye:
 - Enfermedad provocada por un tumor maligno.
 - Caracterizado por el crecimiento descontrolado.
 - **Diseminación de células malignas.**
 - **Invasión de tejido normal.**

En este orden de ideas, el diagnóstico de tumor maligno, sin invasión y extensión-diseminación, no sería objeto de cobertura para la enfermedad grave tipo cáncer.

Incluso, en el clausulado del seguro, numeral 2.3.1.5 se incluye como exclusión del amparo, aquellos tumores malignos sin evidencia de invasión:

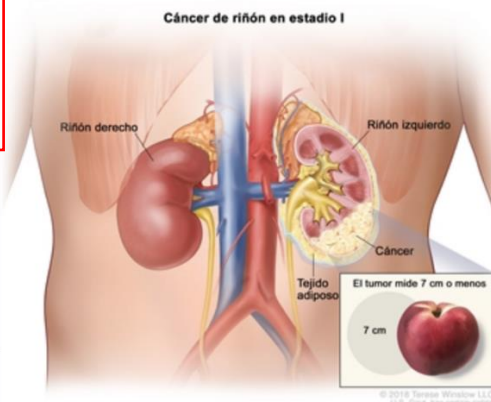
2.3.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.3.1.5. 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

Como se ha mencionado, el tumor maligno que se le diagnosticó al señor BELTRÁN SANÍN se estadificó como T1aNxM0 dado que,

- El tamaño del tumor era inferior a 4 cm, esto determina el T como T1a;
- No se puede evaluar compromiso tumoral en ganglios linfáticos, esto determina en Nx.
- No se acreditó metástasis, esto determina el M0.
- En el reporte de patología de fecha 11 de octubre de 2017 (Q6654-17) se registró: “4. Rotulado grasa peritumoral: negativo para tumor”.

Estadio	TNM	Definición	Imagen
		T1 = tumor que mide ≤7 cm en su mayor dimensión y se limita al riñón. -T1a = tumor que mide ≤4 cm en su mayor dimensión y se limita al riñón. -T1b = tumor que mide >4 cm, pero ≤7 cm en su mayor dimensión y se limita al riñón. NO = sin metástasis en ganglios linfáticos regionales. M0 = sin metástasis a distancia.	
T = tumor primario; N = ganglio linfático regional; M = metástasis a distancia. * Reproducción autorizada de AJCC: Kidney. En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al., eds.:AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer, 2017, pp. 739-48.			

Cuadro 1. Definiciones TNM para el estadio I

Puesto lo anterior, significa que:

- El señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN presentaba un tumor maligno ubicado en el riñón del tipo cromóforo.
- El tumor, corresponde a un crecimiento descontrolado. Nótese que la masa extirpada fue descrita con diámetro de 3,6 cm.
- No obstante, no corresponde a un tumor invasivo, dado que el crecimiento de células anormales se delimitó a la masa; precisamente, el resultado de patología descartó el compromiso de tumor en la grasa peritumoral, esto es, el borde que rodea el tumor.

AL MARCADO CON EL NÚMERO 13: Es cierto que el demandante MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN presentó el 14 de junio de 2018 la solicitud de conciliación ante la Procuraduría Delegada para Asuntos Civiles de la Procuraduría General de la Nación y su realización se llevó a cabo el día 16 de julio de la misma anualidad. Sin perjuicio de lo anterior, en dicha actuación extraprocesal no se logra llegar a un acuerdo conciliatorio.

Téngase en cuenta que las acciones que tiene el demandante frente a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. se encuentran prescritas, en la medida que el hecho que facultaría la reclamación, esto es, el diagnóstico de la enfermedad ocurrió el **10 de octubre de 2017**, habiendo transcurrido desde esta fecha hasta la fecha de notificación de la demanda a la aseguradora, **07 de noviembre de 2020**, más de dos años, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1081 del Código de Comercio.

2.2. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DE LA REFORMA DE LA DEMANDA

Mi representada, como demandada en el presente proceso, se opone a todas y cada una de las declaraciones y pretensiones de condena expuestas por la parte demandante en contra de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., por no existir razones de hecho o derecho que justifiquen su procedencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que no existe siniestro, la enfermedad no se encuentra catalogada como grave de acuerdo con lo contemplado en las condiciones generales y particulares de la póliza y se presenta prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, entre otras.

No obstante lo indicado, se hace pronunciamiento expreso a cada una de las pretensiones en los siguientes términos:

A LA MARCADA COMO “PRIMERA PRINCIPAL”: Me opongo a que se declare el incumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. en relación a la omisión en el pago de indemnización por concepto de enfermedades graves de la póliza número 2201417900222, en la medida que mi representada ha cumplido con sus obligaciones contractuales a su cargo, no existe siniestro, la enfermedad no se encuentra catalogada como grave de acuerdo con lo contemplado en las condiciones generales y particulares de la póliza, se presenta prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, entre otras circunstancias que exoneran de responsabilidad contractual a mi representada.

A LA MARCADA COMO “SEGUNDA PRINCIPAL”: Me opongo a que se condene a mi representada MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. al pago de CIENTO SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS (\$163.625.139) correspondiente al amparo de enfermedades graves de la póliza número 2201417900222, en la medida que mi representada ha cumplido con sus obligaciones contractuales a su cargo, no existe siniestro, la enfermedad no se encuentra catalogada como grave de acuerdo con lo contemplado en las condiciones generales y particulares de la póliza, se presenta prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, entre otras circunstancias que exoneran de responsabilidad contractual a mi representada.

De conformidad con la jurisprudencia y la normatividad aplicable a la indemnización de perjuicios, únicamente son resarcibles los daños personales, ciertos y que sean plenamente acreditados dentro de la etapa procesal correspondiente.

A LA MARCADA COMO “TERCERA PRINCIPAL”: Me opongo a que se condene a reconocer intereses a la tasa fijada por la Superintendencia Financiera de Colombia aumentado en la mitad, por ser improcedente.

A LA MARCADA COMO “CUARTA PRINCIPAL”: Me opongo a que se condene a mi representada MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. al pago de \$30.000.000 por concepto de daño moral, por ser improcedente.

Así mismo, de conformidad con la jurisprudencia y la normatividad aplicable a la indemnización de perjuicios, únicamente son resarcibles los daños personales, ciertos y que sean plenamente acreditados dentro de la etapa procesal correspondiente.

A LA MARCADA COMO “QUINTA PRINCIPAL”: Me opongo a que se condene al pago de las costas por ser improcedente.

Por el contrario, se solicita se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

A LA MARCADA COMO “SEXTA PRINCIPAL”: Me opongo a que se declare la nulidad del aparte 4.4. de las condiciones generales de la póliza de seguro de vida grupo 2201417900222, en la medida en que las cláusulas contenidas en las Condiciones Generales del contrato de seguro no deberían, a priori, ser declaradas cláusulas abusivas, ilegales o nulas teniendo en cuenta lo siguiente¹:

Dado el carácter de interés público que envuelve la actividad aseguradora, según se contempla en el artículo 335 de la Constitución Política de Colombia, el legislador se ha ocupado de reglamentar la actividad, exigiendo a las aseguradoras una serie de requisitos habilitantes para poder operar en el mercado. Dentro de estos requisitos, se exige la autorización previa de los condicionados generales

¹ Rev. Ibero - Latinoam.seguros, Bogotá (Colombia), vol. 28 (50): 241-291, enero-junio de 2019.

cuando se pretende la explotación de un nuevo ramo y el previo depósito obligatorio para la comercialización de nuevos productos de ramos autorizados.

Sobre el requisito habilitante, la Superintendencia Financiera como entidad inspectora, vigilante y controladora de la actividad aseguradora, está llamada a realizar un estudio previo del clausulado que se pone en su conocimiento al momento de autorizar un ramo, para determinar la eventual existencia de cláusulas abusivas. En caso de no hacerlo, la misma entidad caería en el error de no distinguir sus funciones ante un depósito de productos y ante una autorización previa de ramo. En la primera de ellas, la Circular Básica Jurídica en el numeral 1.2.3.1, Capítulo II del Título IV de la parte II, prevé que el depósito en *“sí mismo no supone un pronunciamiento de la SFC sobre la legalidad de los mismos y se lleva exclusivamente para efectos del depósito”*, contrario a lo que se espera de la facultad de autorización de clausulados generales de nuevos ramos.

Ahora bien, ha expresado la Corte Suprema de Justicia², que la inserción de cláusulas en los condicionados generales, “se acentúa aún más si se tiene en cuenta que el asegurador las inserta dentro de las condiciones generales del contrato (C. de Co., art. 1047), esto es, en aquellas disposiciones -de naturaleza volitiva y por tanto negocial- **a las que se adhiere el tomador sin posibilidad real o efectiva de controvertirlas** (...)” Negrilla y subrayado fuera del texto original.

A LA MARCADA COMO “SÉPTIMA PRINCIPAL”: Me opongo a que se declare la nulidad del numeral 2.3.1.5. del clausulado del contrato de seguro, dado lo manifestado en la oposición anterior, sumado a que si el trámite ante la Superintendencia Financiera implica una revisión previa de los clausulados, no deberían poder declararse como abusivas o nulas las cláusulas que se incluyan en los condicionados generales.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Exp No. 5670, magistrado ponente Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

2.3. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO PRESENTADO EN LA DEMANDA

Teniendo en cuenta lo señalado en el Código General del Proceso, me opongo formalmente a la estimación de perjuicios que realiza la parte actora, en la medida que no existe obligación de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., dado que al no existir siniestro, la enfermedad no encontrarse catalogada como grave de acuerdo con lo contemplado en las condiciones generales y particulares de la póliza, se presentarse prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, entre otras circunstancias que exoneran de responsabilidad contractual a mi representada, no puede existir a cargo suyo la indemnización solicitada por la parte demandante.

La parte actora pretende las siguientes sumas de dinero:

- Pago por concepto de CIENTO SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS (\$163.625.139) correspondiente al amparo de enfermedades graves de la póliza número 2201417900222.
- Intereses moratorios.
- Pago de TREINTA MILLONES \$30.000.000 por concepto de daños morales.

De acuerdo con lo anterior, se ha indicado por la ley y la Jurisprudencia que el daño debe ser probado por quien lo sufre: la parte actora tiene la carga de la prueba, sobre la existencia y su cuantía. El demandante no puede conformarse con hacer afirmaciones generales sin sustento probatorio si quiere sacar adelante su pretensión indemnizatoria.

En relación con el salario devengado por el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, en la demanda no consta documento que pruebe que para la fecha de los hechos que originan la reclamación (25 de septiembre de 2017) el demandante devengara la suma de \$18.180.571. El certificado presentado representa la más reciente suma devengada por el demandante mas no demuestra cuál era el salario al momento de los hechos por los que se reclama.

Sumado a lo anterior, **NO ES CIERTO** que el demandante MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, devengara la suma de \$18.180.571, por el contrario la asignación básica mensual para el mes de septiembre del año 2017 era de **DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL UN PESOS (\$17.300.001)** de acuerdo con la certificación emitida por LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG de fecha 29 de marzo de 2021, documento que se anexa con la presente contestación a la reforma de la demanda:



**LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA
DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG
NIT: 860.402.272-2**

C E R T I F I C A:

Que, **MAURICIO ALBERTO BELTRAN SANÍN**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470 expedida en Bogotá, laboró en esta Entidad desde el 17 de marzo de 2003 hasta el 08 de enero de 2018, con contrato a término indefinido para Trabajador Oficial.

Que desempeñó el cargo de VICEPRESIDENTE JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO en la Vicepresidencia Jurídica y Administrativa.

Que la asignación básica mensual para el mes de septiembre del año 2017 era de **DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL UN PESOS (\$17.300.001)**.

Se expide en Bogotá D.C. a solicitud de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A, a los 29 días del mes de marzo del año 2021.


ESTHER JULIA HERNÁNDEZ LÓPEZ
Directora de Gestión Humana

En el presente caso no se encuentra ningún elemento material probatorio tendiente a demostrar la existencia de perjuicios extrapatrimoniales por lo que en caso de una eventual sentencia en contra, no es posible.

2.4. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

PRIMERA: EXCEPCIÓN OFICIOSA DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 282 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO

Propongo la excepción conocida como genérica, es decir, que se declare cualquier excepción de mérito, que aún sin haber sido formulada de manera particular, resulte probada, de conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico del presente proceso.

SEGUNDA: SEGUNDA: CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

La compañía de seguros que represento ha cumplido con sus obligaciones a cargo por el contrato de seguro y con sus obligaciones a cargo por la relación de consumo, tales como suministro de información suficiente para la contratación del seguro, entrega de la póliza, derecho a la reclamación directa ante la aseguradora, derecho a la reclamación ante el defensor del consumidor financiero, entre otras.

Prueba de lo anterior, son las mismas confesiones y documentos que presenta la demandante, como por ejemplo:

- a) La libertad en la contratación del seguro.
- b) La explicación del producto contratado no obstante la interpretación distinta que hace el demandante de este.
- c) Las posibilidades que tenía el tomador para el pago de la prima del contrato de seguro.
- d) La entrega del contrato de seguro.
- e) El aviso de información sobre el estado del pago del seguro.

- f) La posibilidad de presentar comunicaciones y reclamaciones a la aseguradora.
- g) Respuesta a las peticiones presentadas.

TERCERA: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR NO EXISTIR SINIESTRO

El siniestro es la ocurrencia del riesgo asegurado, en este evento el riesgo no ocurrió en la medida que, de conformidad con el condicionado general y particular de la Póliza de Seguro de Vida Grupo número 2201417900222 la enfermedad que padece el demandante no puede ser considerada como enfermedad grave en los términos del contrato de seguro dado que dicha enfermedad no es provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal.

Es importante aclarar al despacho y a la parte actora que **el diagnóstico de tumor maligno de riñón izquierdo del tipo carcinoma de células de tipo cromóforo estadio T1NxM0 diagnosticado al señor Mauricio Alberto Beltrán en septiembre de 2017 NO es objeto de cobertura, dado que no cumple con la condición de ser un tumor invasivo** y, en consecuencia, NO hay lugar al pago de la indemnización por este amparo.

Lo anterior, se encuentra soportado en los siguientes argumentos:

- Las condiciones de la póliza señalan que el diagnóstico de la enfermedad grave de cáncer debe ser:
 - Enfermedad provocada por un tumor maligno.
 - Caracterizado por el crecimiento descontrolado.
 - **Diseminación de células malignas.**
 - **Invasión de tejido normal.**

En este orden de ideas, el diagnóstico de tumor maligno, sin invasión y extensión-diseminación, no es objeto de cobertura para la enfermedad grave tipo cáncer.

Incluso, en el clausulado de la póliza, en el numeral 2.3.1.5 se incluye como exclusión del amparo, aquellos tumores malignos sin evidencia de invasión:

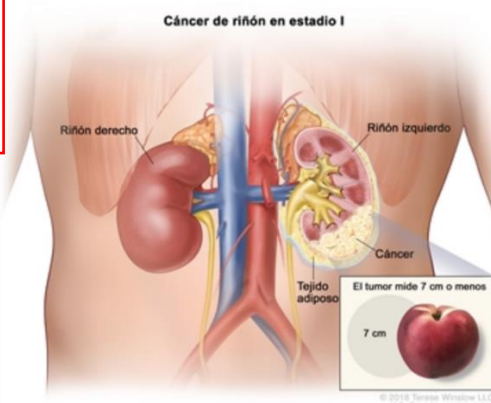
2.3.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.3.1.5. 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

Como se ha mencionado, el tumor maligno que se le diagnosticó al señor BELTRÁN SANÍN se estadificó como T1aNxM0 dado que,

- El tamaño del tumor era inferior a 4 cm, esto determina el T como T1a;
- No se puede evaluar compromiso tumoral en ganglios linfáticos, esto determina en Nx.
- No se acreditó metástasis, esto determina el M0.
- En el reporte de patología de fecha 11 de octubre de 2017 (Q6654-17) se registró: “4. Rotulado grasa peritumoral: negativo para tumor”.

Estadio	TNM	Definición	Imagen
		T1 = tumor que mide ≤ 7 cm en su mayor dimensión y se limita al riñón.	
		-T1a = tumor que mide ≤ 4 cm en su mayor dimensión y se limita al riñón.	
	T1, N0, M0	-T1b = tumor que mide >4 cm, pero ≤ 7 cm en su mayor dimensión y se limita al riñón.	
		N0 = sin metástasis en ganglios linfáticos regionales.	
		M0 = sin metástasis a distancia.	
T = tumor primario; N = ganglio linfático regional; M = metástasis a distancia.			
* Reproducción autorizada de AJCC: Kidney. En: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al., eds.:AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer, 2017, pp. 739-48.			

Cuadro 1. Definiciones TNM para el estadio I

Puesto lo anterior, significa que:

- El señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN presentaba un tumor maligno ubicado en el riñón del tipo cromóforo.
- El tumor, corresponde a un crecimiento descontrolado. Nótese que la masa extirpada fue descrita con diámetro de 3,6 cm.
- No obstante, no corresponde a un tumor invasivo, dado que el crecimiento de células anormales se delimitó a la masa; precisamente, el resultado de patología descartó el compromiso de tumor en la grasa peritumoral, esto es, el borde que rodea el tumor.

CUARTA: OBJECCIÓN BASADA EN CRITERIOS MÉDICOS Y CONTRACTUALES

El 14 de diciembre de 2017 mí representada procede a objetar la reclamación presentada por el demandante en los siguientes términos:

Armonizando lo anterior, encontramos que dicha patología no es objeto de cobertura conforme a lo contemplado expresamente en el condicionado, teniendo en cuenta que el carcinoma diagnosticado no es provocado por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal, por lo que es preciso indicar que, en la cláusula de Enfermedades Graves del condicionado de la póliza en comento, establece expresamente el significado de CANCER patología objeto de cobertura:

"(...) 4.4. Enfermedades Graves

Como anticipo se pagará el 60% de la suma principal, si al asegurado se le descubre o diagnostica por primera vez con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de una enfermedad grave, diagnosticada después del inicio de la vigencia. - Anticipo del 60% del Amparo Básico.

Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluye en esta definición la leucemia, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno. Se excluye: La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos) cáncer de seno, próstata y el cáncer de cervix (cuello de la matriz in situ, todo tipo de tumores que sean descritos en términos histológicos como pre-malignos o que presenten cambios malignos en su fase inicial o tumores. (...)" (Negrilla ajena al texto original)

Vale destacar que la misma se realizó basándose en criterios médicos. Se aclara al despacho que en la póliza contratada se excluye los tumores malignos sin evidencia de invasión.

2.3.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.3.1.5. 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.

De acuerdo con los documentos aportados por el demandante, la enfermedad diagnosticada está estadificada como T1aNxM0. En el argot médico significa que el tumor se encuentra limitado al riñón por lo que se concluye que no existe una invasión en el tejido y por ende esta enfermedad se encuentra excluida de la cobertura de la póliza.

QUINTA: RETICENCIA O INEXACTITUD POR PARTE DEL ASEGURADO

Una vez revisada la documentación allegada con la presentación de la demanda se pudo evidenciar que antes de ser incluido en la póliza por el tomador, el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN presentaba varios antecedentes médicos como la presencia de hernias a nivel de columna lumbar y cervical; artroscopia de rodilla izquierda diagnósticos; que se originaron y manifestaron con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza, esto es, antes del 1° de julio de 2017, y sin embargo no hizo declaración alguna al respecto, siendo reticente con los hechos relevantes del estado del riesgo amparado con la póliza. Hechos que de haber sido conocidos por la compañía hubieran ocasionado la no celebración del contrato en mención o la estipulación de condiciones más onerosas.

Razón por la cual, se hace alusión al artículo 1058 del Código de Comercio que sanciona la inexactitud al suministrar el real estado de salud del asegurado, con la nulidad relativa del contrato de seguro, de la siguiente manera:

“Art. 1058: El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por su culpa hechos o

circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...)” (Negrilla y subrayado ajeno al texto).

Por otro lado, las condiciones de la póliza estipulan:

“(…) 10. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA.

El asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente (...)”.

“12. RETICENCIA O INEXACTITUD

La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por MAPFRE la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro. En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas (...)”.

Armonizando con lo mencionado anteriormente, para la compañía hubo reticencia por parte del asegurado MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, al no declarar su real estado de salud.

SEXTA: EL DEMANDANTE NO ACREDITA EL SALARIO PARA LA FECHA DE LOS HECHOS Y FALTA DE PRUEBA DE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES RECLAMADOS

La parte actora pretende las siguientes sumas de dinero:

- Solicita el pago por concepto de CIENTO SESENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS (\$163.625.139) correspondiente al amparo de enfermedades graves de la póliza número 2201417900222.
- El pago de \$30.000.000 por concepto de daños morales.

De acuerdo con lo anterior, se ha indicado por la ley y la jurisprudencia que el daño debe ser probado por quien lo sufre: la parte actora tiene la carga de la prueba, sobre la existencia y su cuantía. El demandante no puede conformarse con hacer afirmaciones generales sin sustento probatorio si quiere sacar adelante su pretensión indemnizatoria.

En relación con el salario devengado por el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, en la demanda no consta documento que pruebe que para la fecha de los hechos que originan la reclamación (25 de septiembre de 2017) el demandante devengara la suma de \$18.180.571. El certificado presentado representa la más reciente suma devengada por el demandante mas no demuestra cuál era el salario al momento de los hechos por los que se reclama.

Sumado a lo anterior, **NO ES CIERTO** que el demandante MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, devengara la suma de \$18.180.571, por el contrario la asignación básica mensual para el mes de septiembre del año 2017 era de **DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL UN PESOS (\$17.300.001)** de acuerdo con la certificación emitida por LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG de fecha 29 de marzo de 2021, documento que se anexa con la presente contestación a la reforma de la demanda:



**LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA
DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG
NIT: 860.402.272-2**

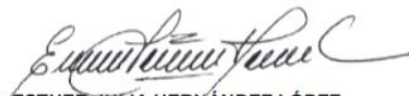
CERTIFICA:

Que, **MAURICIO ALBERTO BELTRAN SANÍN**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470 expedida en Bogotá, laboró en esta Entidad desde el 17 de marzo de 2003 hasta el 08 de enero de 2018, con contrato a término indefinido para Trabajador Oficial.

Que desempeñó el cargo de VICEPRESIDENTE JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO en la Vicepresidencia Jurídica y Administrativa.

Que la asignación básica mensual para el mes de septiembre del año 2017 era de DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL UN PESOS (\$17.300.001).

Se expide en Bogotá D.C. a solicitud de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A, a los 29 días del mes de marzo del año 2021.



ESTHER JULIA HERNÁNDEZ LÓPEZ
Directora de Gestión Humana

En el presente caso no se encuentra ningún elemento material probatorio tendiente a demostrar la existencia de perjuicios extrapatrimoniales por lo que en caso de una eventual sentencia en contra, no es posible.

SÉPTIMA: EXCLUSIONES Y GARANTÍAS CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO

De conformidad con los artículos 1056 y 1061 del Código de Comercio y, teniendo en cuenta el clausulado y condicionado aportado, si el despacho encuentra probada en el curso del proceso, cualquier causal de exclusión pactada en la póliza, o garantía incumplida, solicito al juez que declare probada la excepción.

La póliza contratada excluye expresamente los tumores malignos sin evidencia de invasión.

2.3.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.3.1.5. 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.

OCTAVA: LAS CLÁUSULAS CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO NO DEBERÍAN, A PRIORI, SER DECLARADAS CLÁUSULAS ABUSIVAS, ILEGALES O NULAS

Lo anterior teniendo en cuenta Dado el carácter de interés público que envuelve la actividad aseguradora, según se contempla en el artículo 335 de la Constitución Política de Colombia, el legislador se ha ocupado de reglamentar la actividad, exigiendo a las compañías aseguradoras una serie de requisitos habilitantes para poder operar en el mercado. Dentro de estos requisitos, se exige la autorización previa de los condicionados generales cuando se pretende la explotación de un nuevo ramo y el previo depósito obligatorio para la comercialización de nuevos productos de ramos autorizados.³

Sobre el requisito habilitante, la Superintendencia Financiera como entidad inspectora, vigilante y controladora de la actividad aseguradora, está llamada a realizar un estudio previo del clausulado que se pone en su conocimiento al momento de autorizar un ramo, para determinar la eventual existencia

³ Rev. Ibero - Latinoam. seguros, Bogotá (Colombia), vol. 28 (50): 241-291, enero-junio de 2019.

de cláusulas abusivas. En caso de no hacerlo, la misma entidad caería en el error de no distinguir sus funciones ante un depósito de productos y ante una autorización previa de ramo. En la primera de ellas, la Circular Básica Jurídica en el numeral 1.2.3.1, Capítulo II del Título IV de la parte II, prevé que el depósito en *“sí mismo no supone un pronunciamiento de la SFC sobre la legalidad de los mismos y se lleva exclusivamente para efectos del depósito”*, contrario a lo que se espera de la facultad de autorización de clausulados generales de nuevos ramos.

Ahora bien, ha expresado la Corte Suprema de Justicia⁴, que la inserción de cláusulas en los condicionados generales, *“se acentúa aún más si se tiene en cuenta que el asegurador las inserta dentro de las condiciones generales del contrato (C. de Co., art. 1047), esto es, en aquellas disposiciones -de naturaleza volitiva y por tanto negocial- a las que se adhiere el tomador sin posibilidad real o efectiva de controvertirlas (...)”*.

Por lo tanto, si el trámite ante la Superintendencia Financiera implica una revisión previa de los clausulados, no deberían poder declararse como abusivas o nulas las cláusulas que se incluyan en los condicionados generales.

NOVENA: PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES ORIGINADAS EN EL CONTRATO SEGURO

Las acciones que tiene el demandante frente a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. se encuentran prescritas, en la medida que el hecho que facultaría la reclamación, esto es, el diagnóstico de la enfermedad ocurrió el **10 de octubre de 2017**, habiendo transcurrido desde esta fecha hasta la fecha de notificación de la demanda a la aseguradora, **07 de noviembre de 2020**, más de dos años,, visto lo anterior el artículo 1081 del Código de Comercio estipula lo siguiente:

“Artículo 1081. Prescripción de acciones

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Exp No. 5670, magistrado ponente Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.

De acuerdo con lo anterior, solicito respetuosamente al juez declarar probada la excepción de prescripción extintiva de carácter ordinario que señala el artículo 1081 del Código de Comercio, toda vez que ha transcurrido el tiempo estipulado para decretar la prescripción en mención.

DÉCIMA: BUENA FE DE LA ASEGURADORA

Mi mandante ha actuado siempre en atención a los principios de la buena fe. Ha obrado con el absoluto convencimiento de estar ajustado a la ley y ha procedido conforme a derecho frente a las diferentes solicitudes que se le han impetrado. Razón por la cuál en una hipotética decisión desfavorable no debería ser condena al pago.

UNDÉCIMA: COMPENSACIÓN

Esta excepción está llamada a prosperar en el entendido de que, en el eventual caso se declare la obligación de pagar alguna suma de dinero, dicha suma deberá ser compensada con las sumas que ya les hayan reconocido o pagado al demandante.

III. PRUEBAS

3.1. EN CUANTO A LAS PRUEBAS PRESENTADAS Y SOLICITADAS EN LA DEMANDA

3.1.1. EN CUANTO A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES

Frente a las pruebas documentales me atengo a lo que resulte probado, dado que los documentos que se aportan como prueba en el proceso deben reunir los requisitos establecidos en los artículos 243 a 264 del Código General del Proceso, y sólo en esta medida tendrá el respectivo valor probatorio, debiendo el juez resolver sobre su valor probatorio.

Ahora bien, de acuerdo con el artículo 262 del Código General del Proceso, solicito se ratifique la totalidad de los documentos privados que contengan declaraciones y emanen de terceros, desconociendo los que abarquen valores o apreciaciones que se hayan realizado sin la intervención, audiencia y discusión de mi representada.

Sin embargo, manifiesto oposición a los dictámenes médicos presentados como pruebas documentales en el presente proceso teniendo en cuenta que se tratan de unos documentos privados, aportados en copia simple, suscrito por terceros que no hace parte del proceso y, por ende, se hace imposible verificar su autenticidad mediante otro medio probatorio en el curso del proceso.

En el eventual caso que se accediera a los conceptos médicos me permito manifestar que me reservo el derecho de ejercer efectivamente el derecho de defensa y contradicción a favor de mi representada en la etapa procesal correspondiente.

3.1.2. EN CUANTO A LA SOLICITUD DE TESTIMONIOS

En relación con los testimonios de los doctores CATALINA FIGUEROA RESTREPO y EDGARD RAMÍREZ MORENO, manifiesto que me adhiero a la solicitud de estos y me reservo el derecho de intervenir en

todos y cada uno de ellos, a fin de ejercer efectivamente el derecho de defensa y contradicción a favor de mi representada.

3.2. SOLICITO SE DECRETEN Y PRACTIQUEN, LAS SIGUIENTES PRUEBAS:

3.2.1. DOCUMENTALES:

1. Copia del contrato de seguro de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. con tomador FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS- FNG S.A., póliza de Seguro de Vida Grupo número 2201417900222, con vigencia a partir del 01 de julio de 2017.
2. Copia de las condiciones generales de la póliza número 2201417900222 – anexo técnico No. 1 Condiciones técnicas obligatorias seguro de vida empleados.
3. Derecho de petición enviado por correo electrónico al FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A.
4. Copia de la respuesta al derecho de petición por parte del FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. de fecha 15 de abril de 2021.

3.2.2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito citar al señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470, en su calidad de demandante, para que absuelva el interrogatorio que le formularé en torno a los hechos que motivaron el presente proceso conforme al artículo 198 del Código General del Proceso. La parte demandante podrá ser citada en la dirección de notificación indicada en la demanda presentada.

3.2.3. TESTIMONIO

Se solicita citar como testigo técnico a la médica MARÍA MERCEDES PEÑA CASTILLO, identificada con cédula de ciudadanía número 39.777.205, quien podrá ser notificada en la Calle 57 # 141 - 27 de Bogotá D.C., teléfono 318 801 7238, correos electrónicos mmpena@renconsultores.com.co y mechaspc@yahoo.com, con el fin de que aclare al despacho las circunstancias médicas por las que MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. objeta la reclamación presentada por el demandante. El

testimonio se encargará de demostrar que en el presente caso no se evidencia la presencia de una enfermedad grave en los términos del contrato de seguro y por lo tanto es válida la objeción de la reclamación.

IV. ANEXOS

Acompaño al presente escrito los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
2. Copia de mi tarjeta profesional de abogado.
3. Documentos relacionados en el acápite de pruebas documentales.

V. NOTIFICACIONES

1. MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Dirección: Carrera 14 # 96 -34, Bogotá D.C.

Dirección de notificación electrónica: njudiciales@mapfre.com.co

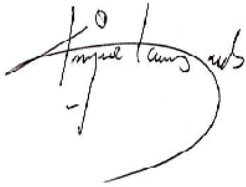
2. Al suscrito abogado

Dirección: Carrera 58 D # 128 B – 01, Interior 6, casillero 102, Bogotá D.C.

Teléfono: 317 660 8192 – 601 322 7174

Dirección de notificación electrónica: enriquelaurens@enriquelaurens.com

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Enrique Laurens Rueda". The signature is stylized with a large, sweeping loop at the bottom.

ENRIQUE LAURENS RUEDA

Cédula de ciudadanía número 80.064.332 de Bogotá D.C.

Tarjeta profesional de abogado número 117.315 del Consejo Superior de la Judicatura.

**LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN HUMANA
DEL FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A. - FNG
NIT: 860.402.272-2**

C E R T I F I C A:

Que, **MAURICIO ALBERTO BELTRAN SANÍN**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470 expedida en Bogotá, laboró en esta Entidad desde el 17 de marzo de 2003 hasta el 08 de enero de 2018, con contrato a término indefinido para Trabajador Oficial.

Que desempeñó el cargo de VICEPRESIDENTE JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO en la Vicepresidencia Jurídica y Administrativa.

Que la asignación básica mensual para el mes de septiembre del año 2017 era de DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL UN PESOS (\$17.300.001).

Se expide en Bogotá D.C. a solicitud de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A, a los 29 días del mes de marzo del año 2021.



ESTHER JULIA HERNÁNDEZ LÓPEZ
Directora de Gestión Humana

EJHL/dpg



Bogotá D.C. 15 de abril de 2021
VCM 1780/21

Señor

ENRIQUE LAURENS RUEDA

Representante legal para asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

enriquelarens@enriquelarens.com

Asunto: Respuesta a solicitud de certificación

Radicado de salida FNG-2021-3245-S del 15 de abril de 2021

Respetado Señor Laurens:

Dando respuesta a su petición, adjunto remitimos el certificado laboral emitido por el Departamento de Gestión Humana del Fondo Nacional de Garantías S.A. – FNG a nombre del señor Mauricio Alberto Beltran Sanín identificado con C.C. 79.490.470 en calidad de exfuncionario del FNG.

Así las cosas, damos respuesta a su solicitud elevada mediante el buzón servicio.cliente@fng.gov.co el día 15 de marzo del año en curso, identificada bajo el caso No. FNG-134377-X0J9, en la que solicita: "Se certifique el salario devengado en el FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A por el señor MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470 para el 25 de septiembre de 2017 en razón a los hechos anteriormente reseñados".

Cualquier inquietud adicional con gusto será atendida a través de nuestros canales de atención.

[#JuntosAportamosALaReactivacion](#)

Cordialmente,

Subdirección de Servicio al Cliente

FONDO NACIONAL DE GARANTIAS S.A.

Calle 26ª No. 13-97 Piso 25

Línea de Servicio al Cliente: (1) 323 9010 Bogotá D.C. – Colombia

Línea de Atención al Cliente 018000 910 188

Línea de Quejas y Reclamos 018000 919 670

servicio.cliente@fng.gov.co - info@fng.gov.co - quejas@fng.gov.co

www.fng.gov.co

Anexo 1

Proyectó: JGalindo

Revisó: ABernal





“Los datos suministrados en su solicitud serán tratados por el FNG con la finalidad de atender y dar respuesta a su petición, de conformidad con el Manual de Políticas para el Tratamiento de Datos Personales del FNG, que puede ser consultado en nuestra página web www.fng.gov.co. – Atención al Ciudadano.”



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5161063283326968

Generado el 27 de enero de 2022 a las 09:45:57

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0001044 del 24 de febrero de 1999 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 1044 del 24 de febrero de 1999 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 277 del 05 de marzo de 1999

REPRESENTACIÓN LEGAL: El representante legal es el Presidente Ejecutivo. Corresponde a la Junta Directiva designar al Presidente Ejecutivo, a los Representantes Legales que considere conveniente, a una o varias personas que lleven la representación legal de la compañía para los solos efectos de la atención de asuntos judiciales, extrajudiciales o administrativos ante todo tipo de autoridades u organismos oficiales, judiciales, administrativos o de policía. (E. P. No. 1529 del 5 de junio de 2003 de la Notaría 35 de Bt.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Pablo Andrés Jackson Alvarado Fecha de inicio del cargo: 23/01/2020	PASAPORTE - 116871008	Presidente Ejecutivo
Ethel Margarita Cupides Hurtado Fecha de inicio del cargo: 12/01/2017	CC - 32787204	Representante Legal
Jorge Cruz Aguado Fecha de inicio del cargo: 04/09/2020	CE - 729920	Representante Legal
Lina Victoria Fuentes Rivera Fecha de inicio del cargo: 25/11/2021	CC - 53122021	Representante Legal

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5161063283326968

Generado el 27 de enero de 2022 a las 09:45:57

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE

Esmeralda Malagón Meola
Fecha de inicio del cargo: 06/03/2014

IDENTIFICACIÓN

CC - 32755752

CARGO

Representante Legal-(Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, el día 30 de noviembre del 2015, se aceptó la remoción al cargo de Representante Legal, información radicada con el número P2015004206-000. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).

Patricia Calle Moreno

Fecha de inicio del cargo: 11/03/1999

CC - 39690579

Representante Legal-(Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, el día 30 de noviembre del 2015, se aceptó la remoción al cargo de Representante Legal, información radicada con el número P2015004207-000. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).

Jorge Alberto Cadavid Montoya
Fecha de inicio del cargo: 18/09/2014

CC - 19491370

Representante Legal

José Mauricio Malagón Acosta
Fecha de inicio del cargo: 31/01/2019

CC - 79560043

Representante Legal

Francisco Finn
Fecha de inicio del cargo: 16/04/2020

CE - 1092757

Representante Legal

Enrique Laurens Rueda
Fecha de inicio del cargo: 08/09/2011

CC - 80064332

Representante Legal para Asuntos Judiciales Extrajudiciales y Administrativos

Luisa Fernanda Paz Delgado
Fecha de inicio del cargo: 05/08/2021

CC - 1020740327

Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos

María Camila Aljure Cortés
Fecha de inicio del cargo: 07/11/2019

CC - 1019009647

Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5161063283326968

Generado el 27 de enero de 2022 a las 09:45:57

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Leidy Carolina Serrano Perdomo Fecha de inicio del cargo: 08/10/2009	CC - 53066197	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos - (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, el día 27 de junio de 2017, se aceptó la renuncia al cargo de Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos, información radicada con el número P2017003057-000. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Silvio Rodrigo Hidalgo España Fecha de inicio del cargo: 01/10/2009	CC - 12996399	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos
Juan Carlos Molina Gomez Fecha de inicio del cargo: 27/05/2009	CC - 98575399	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos-- (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, el día 30 de noviembre del 2015, se aceptó la remoción al cargo de Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos, información radicada con el número P2015004205 -000. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Alexandra Rivera Cruz Fecha de inicio del cargo: 30/03/2017	CC - 51849114	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales o Administrativos
Leonary Sánchez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 23/12/2021	CC - 52589484	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos
Andres Absalon Peñaloza Gutiérrez Fecha de inicio del cargo: 23/12/2021	CC - 1030625493	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos
Maryivi Salazar Pastrana Fecha de inicio del cargo: 31/08/2017	CC - 55163399	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5161063283326968

Generado el 27 de enero de 2022 a las 09:45:57

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Omar Leonardo Franco Romero Fecha de inicio del cargo: 15/09/2016	CC - 80771487	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos
Ethel Margarita Cubides Hurtado Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 32787204	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos
Rosa Margarita Lozano García Fecha de inicio del cargo: 11/05/2007	CC - 32759589	Representante Legal para Asuntos Judiciales Extrajudiciales y Administrativos-(Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, el día 26 de septiembre de 2016, se aceptó la renuncia al cargo de Representante Legal para Asuntos Judiciales Extrajudiciales y Administrativos, información radicada con el número P2016003698 -000. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Johanna Milena Aya Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 23/12/2021	CC - 53114347	Representante Legal para Asuntos Judiciales, Extrajudiciales y Administrativos

RAMOS: Resolución S.B. No 0308 del 11 de marzo de 1999 vida individual

Resolución S.B. No 0440 del 09 de abril de 1999 vida grupo, colectivo de vida, accidentes personales, salud, exequias y educativo

Resolución S.B. No 1394 del 07 de septiembre de 1999 la Superintendencia Bancaria autoriza a la COMPAÑÍA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., la cesión de la totalidad de la cartera de los ramos de Accidentes Personales, Colectivo Vida, Exequias, Salud y Vida Grupo a la COMPAÑÍA MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., de conformidad con lo previsto en los artículos 68 numeral 3, inciso 2 y 71 numeral 6 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero

Resolución S.B. No 1529 del 06 de octubre de 2000 la Superintendencia Bancaria autoriza a MUNDIAL DE SEGUROS DE VIDA S.A., la cesión total de la cartera del ramo de Vida Individual a la COMPAÑÍA MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., de conformidad con lo previsto en los artículos 68 numeral 3, inciso 2 y 71 numeral 6 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero

Resolución S.B. No 1062 del 17 de septiembre de 2002 seguro pensiones Ley 100 y seguro previsional de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 0328 del 10 de abril de 2003 enfermedades de alto costo

Resolución S.B. No 0260 del 31 de marzo de 2004 se revoca la autorización para operar el ramo de Seguros Previsionales de Invalidez y Sobrevivencia, otorgada con resolución 1062 de 2002

Resolución S.B. No 0401 del 04 de marzo de 2005 se autoriza para operar el ramo de Seguros Previsionales de Invalidez y Sobrevivencia.

Resolución S.F.C. No 1530 del 30 de agosto de 2007 se autoriza para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales, (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5161063283326968

Generado el 27 de enero de 2022 a las 09:45:57

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.F.C. No 1093 del 08 de julio de 2008 se cancela la autorización a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. para operar el ramo de seguro de enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1775 del 11 de noviembre de 2008 se autoriza para operar el ramo de pensiones con conmutación pensional. Con Resolución No. 0809 del 14 de septiembre de 2020, la Superintendencia Financiera de Colombia revoca la autorización concedida a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. para operar el ramo de Pensiones con conmutación pensional.

Resolución S.F.C. No 1425 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. para operar el ramo de Seguro Colectivo de Vida.



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL (E)**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

ENRIQUE LAURENS RUEDA

ABOGADO

Bogotá D.C., 15 de marzo de 2021

Señores

FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A.

NIT 860.402.272-2

Calle 26ª No 13-97

Dirección de notificación electrónica: servicio.cliente@fng.gov.co - notificacionesjudiciales@fng.gov.co
- info@fng.gov.co

Bogotá D.C.

Proceso	Declarativo verbal de Responsabilidad Civil Contractual
Radicación	11001310301220190083100 (2019-3831)
Demandante	MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN, C.C. 79.490.470
Demandado	MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., NIT 830.054.904-6
Asunto	Derecho de Petición según artículo 23 de la Constitución Política de Colombia.

Respetados Señores:

ENRIQUE LAURENS RUEDA, mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 80.064.332 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado número 117.315 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de representante legal para asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos de **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**, entidad legalmente constituida, identificada con el NIT número 830.054.904-6, con domicilio principal en Bogotá D.C., y en mi calidad de abogado dentro del proceso de responsabilidad civil contractual que cursa actualmente

en el juzgado 12 civil del circuito de Bogotá bajo la radicación 11001310301220190083100 (2019-3831), me dirijo a ustedes respetuosamente mediante el ejercicio del Derecho Fundamental de Petición de acuerdo con el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y a su vez la Ley 1755 de 2015, teniendo en cuenta los siguientes:

I. ARGUMENTOS FÁCTICOS

PRIMERO: El señor **MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470, interpuso demanda de responsabilidad civil contractual en contra de la aseguradora que represento, al considerar que esta debe hacer el pago correspondiente al amparo de enfermedades graves contemplada en la póliza de vida grupo en donde figura como tomador el FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A.

SEGUNDO: En consecuencia, la aseguradora que represento fue notificada del proceso el 18 de febrero de 2021, y para efectos de ejercer el derecho a la defensa técnica que le asiste a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. se hace indispensable obtener la información que reposa en sus archivos.

II. PETICIONES

PRIMERO: Se certifique el salario devengado en el FONDO NACIONAL DE GARANTÍAS S.A por el señor **MAURICIO ALBERTO BELTRÁN SANÍN**, identificado con cédula de ciudadanía número 79.490.470 para el 25 de septiembre de 2017 en razón a los hechos anteriormente reseñados.

III. ANEXOS

- 1- Copia simple del Auto que admitió la demanda.
- 2- Certificado de existencia y representación Legal de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

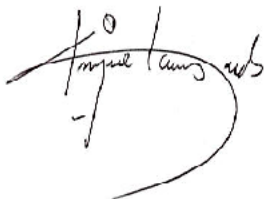
IV. NOTIFICACIONES

Correo electrónico: enriquelarens@enriquelarens.com

Dirección: Carrera 58 D # 128 B – 07 Interior 6 casillero 102, Bogotá D.C.

Celular: 317 660 8192

Cordialmente;



ENRIQUE LAURENS RUEDA

Cédula de ciudadanía número 80.064.332 de Bogotá D.C.

Tarjeta profesional de abogado número 117.315 del Consejo Superior de la Judicatura.

ANEXO TECNICO N° 1
CONDICIONES TECNICAS OBLIGATORIAS
SEGURO DE VIDA EMPLEADOS
GRUPO 4 - FORMATO DE CONDICIONES TECNICAS – CT7

TOMADOR: FONDO NACIONAL DE GARANTIAS

ASEGURADO: Funcionarios Activos

BENEFICIARIO: FONDO NACIONAL DE GARANTIAS

1. Objeto del Seguro.

Amparar a todos los funcionarios del Fondo Nacional de Garantías que, dentro del desempeño del cargo, presta su servicio al Fondo Nacional de Garantías, vinculada a este mediante contrato de trabajo.

2. Limite asegurado: Ver listado detallado

3. Coberturas Básicas

- 3.1. Muerte por Cualquier Causa
- 3.2. Incapacidad Total y Permanente.
- 3.3. Enfermedades Graves
- 3.4. Fallecimiento Accidental
- 3.5. Renta Diaria por hospitalización por enfermedad o accidente
- 3.6. Auxilio por Maternidad o Paternidad
- 3.7. Bono Canasta para Gastos de Hogar
- 3.8. Auxilio de Traslado por Fallecimiento

4. Coberturas y Valores Asegurados por Persona

AMPARO	VALOR ASEGURADO *
Muerte por Cualquier Causa	15 Salarios
Incapacidad Total y Permanente.	15 Salarios
Enfermedades Graves	Anticipo del 60% del básico
Fallecimiento Accidental	15 Salarios
Renta Diaria por Hospitalización	\$120.000
Auxilio Maternidad o Paternidad	\$ 420.000
Bono Canasta para Gastos de Hogar	\$ 420.000
Auxilio de Traslado por Fallecimiento	Hasta 6.000.000

*** Ver cláusula de valor asegurado**

Ver en anexo relación de Asegurados y Valores

5. Alcance de Las Coberturas



5.1. Amparo Básico De Muerte.

Con motivo del fallecimiento natural o accidental del asegurado, indemnizará a los beneficiarios hasta la suma contratada. Incluye suicidio, homicidio, terrorismo y fallecimiento por Sida, siempre y cuando no sea preexistente.

5.2. Incapacidad Total y Permanente.

Mediante el presente amparo se indemnizará al valor asegurado hasta la suma indicada, cuando éste sea declarado incapacitado, de acuerdo con la siguiente definición:

Para todos los efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado menor de 71 años de edad que haya sido ocasionada o se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar su ocupación habitual o cualquier actividad remunerada, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos; la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente, al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

Se considera como fecha de ocurrencia del siniestro para el amparo de incapacidad total y permanente, la fecha de estructuración indicada por el ente calificador, fecha en la cual la póliza debe estar vigente.

EXCLUSIONES

- El amparo de incapacidad total y permanente no cubre al asegurado cuando dicha incapacidad haya sido provocada por el mismo.
- Cualquier incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre por fuera de la vigencia de la presente póliza.

5.3. Fallecimiento Accidental y Beneficios por Desmembración

Se ampara la muerte o desmembración anatómica o las secuelas físicas y funcionales totales causadas por un accidente que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones, manifestada dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a su ocurrencia.

Para los efectos de éste amparo, por accidente se entiende el hecho exterior, imprevisto, contundente repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, que por golpes físicos entre dos o mas cuerpos genere lesiones corporales visibles.



Por pérdida, conforme se emplea aquí, se entiende, la desmembración anatómica de los miembros registrados o la pérdida funcional total por ausencia de todos sus movimientos, o la pérdida de los órganos y/o las funciones totales del habla, visión o audición, y la presencia de secuelas neuropsiquiátricas, cognitivas y/o funcionales permanentes posteriores a traumas craneoencefálicos, Con respecto de

- a) Manos: la pérdida funcional total ó la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
- b) Pies: la pérdida funcional total ó la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibio tarsiana..

5.4. Enfermedades Graves

Como anticipo se pagará el 60% de la suma principal, si al asegurado se le descubre o diagnostica por primera vez con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de una enfermedad grave, diagnosticada después del inicio de la vigencia.

Anticipo del 60% del Amparo Básico.

- > **Infarto de miocardio:** Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia del abastecimiento sanguíneo deficiente, tratado en un centro hospitalario. El diagnostico debe haberse basado en todos estos elementos: antecedentes de dolores pectorales típicos, alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y aumento de las enzimas cardíacas.
- > **Cáncer:** Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluye en esta definición la leucemia, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno. Se excluye: La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos) cáncer de seno, próstata y el cáncer de cérvix (cuello de la matriz) in situ, todo tipo de tumores que sean descritos en términos histológicos como premalignos o que presenten cambios malignos en su fase inicial o tumores.
- > **Apoplejía o Accidente Cerebrovascular (infarto cerebral por trombosis, hemorragia o embolia):** Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extra craneal.
- > **Insuficiencia renal crónica:** Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse Trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.
- > **Esclerosis Múltiple:** Corresponde a enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la médula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades,



trastornos visuales, trastornos en la marcha etc., a menudo con periodos de remisión y exacerbación. El diagnóstico debe ser efectuado por profesional médico con especialización en neurología, con base en todas las siguientes:

- Historia clínica completa y examen del líquido cefalorraquídeo. Debe declararse como diagnóstico confirmado y mostrar cambios por resonancia magnética pertinentes, manifestar parálisis completa o parcial, parestesias y/o neuritis óptica por un periodo continuo de seis (6) meses. No se aceptan los diagnósticos de certeza por un primer episodio, ni aquellos asociados con otras causas no neurológicas, tales como el Lupus Eritematoso o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).-Corresponde a enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la médula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades, trastornos visuales , trastornos en la marcha etc., a menudo con periodos de remisión y exacerbación.
- El diagnóstico debe ser efectuado por profesional médico con especialización en neurología, con base en todas las siguientes:
- Historia clínica completa y examen del líquido cefalorraquídeo. Debe declararse como diagnóstico confirmado y mostrar cambios por resonancia magnética pertinentes, manifestar parálisis completa o parcial, parestesias y/o neuritis óptica por un periodo continuo de seis (6) meses. No se aceptan los diagnósticos de certeza por un primer episodio, ni aquellos asociados con otras causas no neurológicas, tales como el Lupus Eritematoso o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).- Corresponde a enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida
- de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la médula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades, trastornos visuales , trastornos en la

> **Afección de Arteria Coronaria que Exija Cirugía:** Haberse sometido a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de bypass. En el caso de personas con la limitación de síntomas anginales, la necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada por una angiografía coronaria.

> **Quemaduras de Tercer Grado:** Quemaduras de tercer grado (todo el espesor de la piel) en el 20% de extensión de la superficie corporal.

> **Transplante de Órganos Vitales:** Consiste en la colocación quirúrgica en un paciente, de órganos donantes humanos por el fallo total e irreversible de sus propios órganos. Para los fines de este seguro se incluye el trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea que utilice células pluri potenciales hematopoyéticas precedida de una ablación total medular. El trasplante de cualquier otro órgano, partes de órgano, tejidos o células está excluida. Para hacerse efectiva la indemnización debe haberse efectuado en su totalidad el trasplante.



- > **Parkinson:** Trastorno degenerativo del sistema nervioso central que pertenece a un grupo de enfermedades llamadas trastornos del movimiento. Trastorno neurodegenerativo crónico del movimiento que conduce a una incapacidad progresiva, producido como consecuencia de la destrucción de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra, hasta llegar a alteraciones en la función cognitiva, la expresión de las emociones y la función autónoma. El diagnóstico debe apoyarse en la detección de la característica tríada rigidez-temblor-akinesia y la indemnización se pagará a partir del estado 3 de la enfermedad según la escala hoehn y yahr.
- > **Alzheimer:** Trastorno neurológico progresivo que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro, déficit de memoria, alteraciones del estado de ánimo, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas. Enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales que desembocan en la necesidad de supervisión continua. El diagnóstico lo debe hacer un neurólogo confirmado con una evaluación neuropsicológica.
- > **Estado de Coma:** Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.
- > **Anemia Aplástica:** Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea.
- > **Traumatismo Mayor de Cabeza:** Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los test neuroradiológicos (por ejemplo: tac o rnm de cerebro). el trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

5.4.1. Anticipo por Cáncer in situ

Mediante este amparo se dará también cobertura al cáncer in situ así:

No obstante lo indicado en las exclusiones del anexo de Enfermedades Graves se otorga cobertura para:

- Cáncer in Situ de seno, matriz y próstata, con la siguiente suma asegurada: anticipo del 25% del valor asegurado del amparo de Enfermedades Graves, con un máximo de cincuenta Millones (\$50.000.000).



- Cáncer in situ de Piel tipo melanoma maligno, con la siguiente suma asegurada: anticipo del 10% del valor asegurado del amparo de Enfermedades Graves, con un máximo de Diez Millones (\$10.000.000).

En todo caso, cualquier pago parcial que se haya realizado por la cobertura de enfermedades graves será descontado del total del valor asegurado del amparo de enfermedades graves.

5.5. Bono canasta para gastos de hogar.

La Compañía indemnizará, como beneficio adicional, en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado, la suma correspondiente al amparo básico de vida con un máximo de Cuatro cientos veinte Mil Pesos (Cop\$420.000) mensuales para este amparo, destinada a cubrir los gastos del hogar por un periodo de doce (12) meses

5.6. Renta diaria por hospitalización por enfermedad o accidente.

Si como consecuencia de una enfermedad originada dentro de la vigencia de la póliza, o de un accidente cubierto por la misma, el asegurado resultare internado de modo necesario y continuo en un centro hospitalario por más de veinticuatro (24) horas, para recibir tratamiento médico hospitalario o quirúrgico, bajo el cuidado y supervisión de un medico legalmente autorizado para el desempeño de su profesión, la Compañía pagará una renta diaria por una suma de Cop\$120,000, por cada día que permanezca hospitalizado, pero sin exceder, en ningún caso, de treinta (30) días continuos o discontinuos, como resultado de uno o más accidentes presentados dentro de la vigencia anual de la póliza.

5.7. Auxilio Maternidad o Paternidad.

No obstante lo contenido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía pagará a los(as) aseguradas(os) principales un auxilio de maternidad o paternidad por valor de cuatrocientos veinte mil pesos (\$420.000) por un hijo nacido vivo o un hijo adoptado, aun tratándose de alumbramiento múltiple o adopción múltiple, siempre y cuando la concepción del embarazo o la formalización legal de la adopción se haya dado después de transcurridos 30 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) al presente amparo y se efectúe el alumbramiento o la adopción legal dentro de la vigencia del seguro. El pago se producirá siempre y cuando el funcionario tenga contrato de trabajo a término indefinido.

Bajo este amparo no se cubren preexistencias. En caso de que ambos padres tengan el carácter de Empleados, el auxilio corresponderá a un solo pago por los dos padres Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a)

5.8. Auxilio de Traslado por Fallecimiento.

Traslado del fallecido a su residencia habitual: Cuando el fallecimiento del funcionario(a) asegurado(a) se presente dentro del territorio nacional, en una ciudad distinta de su residencia habitual, la compañía atenderá sin cargo alguno para la familia, el traslado del fallecido hasta la ciudad de residencia habitual y hasta \$6.000.000.

6. Edades de Ingreso y Permanencia

COBERTURAS	MÍNIMA	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
------------	--------	----------------	-------------



	INGRESO		
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Incapacidad Total y permanente	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Renta Diaria por Hospitalización	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Renta mensual por Fallecimiento	18 años	70 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Auxilio Maternidad o Paternidad	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.

7. Vigencia de la póliza.

La contratación será a 2 años y la vigencia técnica de cada póliza será anual renovable.

8. Para Nuevos asegurados y/o aumentos de suma asegurada y/o inclusión de coberturas.

- Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todos empleados.
- Presentación de requisitos médicos por parte de los asegurados que respondan positivamente a las preguntas de carácter médico en la declaración de asegurabilidad.

9. Valor Asegurado.

El valor asegurado de cada funcionario(a) asegurado(a), será de 15 salarios (asignación básica mensual), de acuerdo con la relación de asegurados que suministre la entidad. Para dos funcionarios(as) asegurados(as) que informará en la base de datos, este cálculo del valor asegurado incluye la prima técnica.

10. Continuidad de cobertura.

Se otorgara continuidad de amparo sin exigencia de requisitos de asegurabilidad para todos los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza.

11. Garantía del Tomador:

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

12. Cobertura de preexistencias.

Se cubren preexistencias ocasionadas como consecuencia de eventos preexistentes a la fecha de inicio de la cobertura, siempre que dichas preexistencias hayan sido declaradas por el asegurado previo diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y aceptadas expresamente por la aseguradora.

13. Amparo automático.



Se otorga amparo automático hasta sesenta (60) días. El Fondo Nacional de Garantías se compromete a reportar los ingresos y retiros de asegurados y modificaciones en el valor asegurado de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que se presenten tales modificaciones, superado este período de tiempo dejará de operar el amparo automático.

Nota: En los casos en que el estado de salud del solicitante esté de alguna manera agravado, no operará el amparo automático y en consecuencia, para su ingreso será necesaria la aprobación previa de la Aseguradora quien determinará los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

14. Límite Agregado de Responsabilidad (L.A.R) por un solo evento (solo aplica para la cobertura de accidentes personales).

No aplicación de Limite Agregado de Responsabilidad.

15. Pago de la prima.

El pago de la prima se realizará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de entrega del respectivo cobro o factura.

16. Aviso del siniestro.

Reporte de siniestros dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

17. Requisitos para el pago de indemnizaciones.

17.1. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de muerte:

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Solicitud de seguro
- Registro civil de defunción del asegurado original o copia autenticada en notaria.
- Historia clínica completa del asegurado
- Fotocopia del Acta del Levantamiento del cadáver, si es muerte accidental.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia, si es muerte accidental.
- Certificación bancaria, indicando número y tipo de cuenta.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

17.2. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de Incapacidad Total y Permanente y/o desmembración Accidental, o enfermedades Graves.

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Solicitud de seguro



- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Historia Clínica completa del asegurado
- Practicarse la valoración de la pérdida de la capacidad laboral a través la junta calificadora de invalidez
- Certificación bancaria , indicando número y tipo de cuenta

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

17.3. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de Renta por Hospitalización.

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias
- Fotocopia del documento de Identidad del asegurado
- Historia Clínica completa del asegurado
- 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 de la evolución, diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
- Certificación bancaria, indicando número y tipo de cuenta.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

17.4. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de Maternidad o Paternidad.

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Fotocopia del Registro Civil de nacimiento.
- Certificación bancaria, indicando número y tipo de cuenta.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

18. Pago de la indemnización.

El pago de las indemnizaciones se hará dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la entrega de documentos que acrediten el siniestro y una vez se haya firmado finiquito por el asegurado o beneficiarios.

19. Deducciones.

- Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, 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.
- Una vez se 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.

20. Terminación del seguro individual.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas en la póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados.

21. Renovación del contrato.

El presente contrato es renovable a voluntad de las partes contratantes, y las tarifas y condiciones serán ajustadas dependiendo del resultado técnico de la vigencia que termina.

Se manejarán las mismas condiciones técnicas y económicas para la renovación durante dos años.

22. Prevención de lavados de Activos.

El Fondo Nacional de Garantías, Asegurado (s) y Beneficiario (s), se obligan a diligenciar el formato Sarlaft y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones

23. Convertibilidad.

Tratándose del seguro de grupo, los asegurados menores de setenta años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un reclamo, se separen del grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la póliza de vida grupo, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo.

24. Administración.

Facturación anual anticipada con ajuste Blanket al finalizar la vigencia, cobrando o devolviendo el 50% de la diferencia entre el cobro al inicio de la vigencia y el cobro al finalizar la misma.

25. Cláusula de participación de utilidades.

Esta participación se otorgará como un menor valor de prima de la renovación, siempre y cuando la siniestralidad incurrida por vigencia anual sea menor del 50% (primas facturadas menos (-) siniestros pagados menos (-) siniestros pendientes) de la presente póliza, dando aplicación a la siguiente fórmula, así:

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

FORMULA: La fórmula de la participación será del 20% [60% P (-) el 100% SI (-) IBNR].

PU = Participación de utilidades

P = Prima facturadas durante la vigencia anual

SI = Siniestros incurridos

IBNR = Siniestros Incurridos y no reportados



La Compañía liquidará el importe correspondiente a la aplicación de la fórmula establecida, después de transcurridos sesenta (60) días, plazo que se estima conveniente para posibles reclamaciones no conocidas por el Tomador y la Compañía, el valor será liquidado por la aseguradora e informado al tomador."



VIDA GRUPO
CARATULA POLIZA GRUPO
FONDO NACIONAL DE GARANTIAS

HOJA 1 de 2

INICIACION
ORIGINAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01012012-1430-P-34-VID-083-ENE/2012 PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
861 86108	2201417900222	44529	0	CORREDORES BTA	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D.C.
TOMADOR	FONDO NACIONAL DE GARANTIAS SA			CIUDAD	BOGOTA D.C.	NIT / C.C.
DIRECCION	CL 26A NORTE 13 97 PI 25			TELEFONO	2336976	8604022722
TIPO DE CONTRATO	VIDA GRUPO AJUSTE BLANKET				CORREO ELECTRONICO	JUANCDURAN@HOTMAIL.COM

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
30	08	2017	INICIACION	24:00	01	07	2017		INICIACION	24:00	01	07	2017	730
			TERMINACION	24:00					TERMINACION	24:00	01	07	2019	

CONDICIONES PARTICULARES

A. SE ANEXAN CONDICIONES PARTICULARES

OTRAS CONDICIONES APLICABLES

* SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES

- * LA SOLICITUD DE INGRESO A LA POLIZA MATRIZ DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL TOMADOR, LAS SOLICITUDES SUSCRITAS POR LOS GRUPOS ASEGURADOS, ASI COMO CUALQUIER DOCUMENTO ANEXO HARAN PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA.
- * LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION A LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.
- * LAS COBERTURAS ASI COMO LAS SUMAS ASEGURADAS SERAN REGISTRADAS EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA RIESGO.
- * LA COMPAÑIA NO ESTÁ EN LA OBLIGACION DE PAGAR INDEMNIZACIÓN ALGUNA CUANDO EL ASEGURADO NO HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS MÉDICOS DE ASEGURABILIDAD EXIGIDOS POR LA COMPAÑIA POF SUPERAR LOS LÍMITES DE EDAD O SUMA ASEGURADA, O CUANDO DECLARE TENER ALGUNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL INGRESO DE LA PÓLIZA, AUN CUANDO EL TOMADOR HAYA PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE.
- * CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO PARA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS AMPAROS CONTRATADOS, SE ENTENDERÁ QUE A PARTIR DE ESE MOMENTO NO SE ENCUENTRA ASEGURADO PARA DICHO AMPARO, MANTENIÉNDOSE LA POLIZA VIGENTE PARA LOS DEMÁS EN LOS CUALES EL ASEGURADO CUMPLA LAS CONDICIONES PARA HACER PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
DELIMA MARSH S A	CORREDOR	132	6083100	100,00

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	Valor en Pesos Impuesto a las Ventas	Total Prima
APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO	APLICA A CADA RIESGO

ESTIMADO CLIENTE, PARA CONOCER LOS CONDICIONADOS DEL PRODUCTO CONTRATADO Y UNA AMPLIA INFORMACIÓN SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS PUEDE CONSULTAR LA PÁGINA WEB WWW.MAPFRE.COM.CO.

EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA DETERMINAR EL MONTO DE LAS PRIMAS A PAGAR POR PARTE DEL TOMADOR, SERA LA FACTURA EMITIDA DIRECTAMENTE POR LA ASEGURADORA. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO, SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

NIT. 830.054.904-6 Cra 14 No. 96-34 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

TOMADOR

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

01012012-1430-P-34-VID-083-ENE/2012

VIDA GRUPO
CARATULA POLIZA GRUPO
FONDO NACIONAL DE GARANTIAS

HOJA 2 de 2

INICIACION
ORIGINAL

LA PRESENTE POLIZA AMPARA LOS RIESGOS DESCRITOS EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EN EL CODIGO 01012012-1430-P-34-VID-083-ENE/2012 PARA ESTA POLIZA RIGEN TODAS LAS CLAUSULAS, DEDUCIBLES Y GARANTIAS EXPRESADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CONTRATO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE	CIUDAD
861 86108	2201417900222	44529	0	CORREDORES BTA	CARRERA 14 NO 96-34 PISO 1	BOGOTA D.C.
TOMADOR	FONDO NACIONAL DE GARANTIAS SA			CIUDAD	BOGOTA D.C.	NIT / C.C. 8604022722
DIRECCION	CL 26A NORTE 13 97 PI 25			TELEFONO	2336976	CORREO ELECTRONICO JUANCDURAN@HOTMAIL.COM
TIPO DE CONTRATO	VIDA GRUPO AJUSTE BLANKET					

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA						VIGENCIA CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS		HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
30	08	2017	INICIACION	24:00	01	07	2017		INICIACION	24:00	01	07	2017	730
			TERMINACION	24:00					TERMINACION	24:00	01	07	2019	

REGIMEN COMUN. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 5097 DE JUNIO 21/13

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

NIT. 830.054.904-6 Cra 14 No. 96-34 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

TOMADOR

SMMLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

01012012-1430-P-34-VID-083-ENE/2012

Condiciones Generales

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO

MAPFRE COLOMBIA VIDAS SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR AL TOMADOR, A LOS BENEFICIARIOS O AL ASEGURADO, SEGÚN SEA EL CASO, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y POR LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1. FALLECIMIENTO 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

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

2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI EL ASEGURADO, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, SUFRE LESIONES QUE LE PROVOQUEN UNA PÉRDIDA IRREVERSIBLE Y DEFINITIVA DE SU CAPACIDAD LABORAL, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD 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 CINCUENTA (150) 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 APORTARÁ A LA COMPAÑÍA SU HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE DEMUESTRE UNA PERDIDA 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 - DECRETO 917 DEL 99.

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.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA PARÁLISIS TOTAL Y PERMANENTE, LA PERDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS (A NIVEL DE LA MUÑECA), AMBOS PIES (A NIVEL DEL TOBILLO), DE UNA MANO Y UN PIE (A NIVEL DE LA MUÑECA Y EL TOBILLO), LA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISION POR AMBOS OJOS O LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA E IRRECUPERABLE.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

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

2.1.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1.1.1. LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

2.1.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO BUCEO,

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1400	NT-P	034	861-0000

ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.

2.1.1.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS

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

2.1.1.5. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.

2.1.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.

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

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

2.1.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

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

2.1.1.11. ACTOS DE TERRORISMO O DE 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 NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA CUBRE 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 VEHICULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

2.2.1. TABLA DE INDEMNIZACIONES

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE A LA LESIÓN O PÉRDIDA SUFRIDA:

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

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

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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



MAPFRE | COLOMBIA

CUALQUIER PERDIDA O LIMITACION NO DESCRITA EN LA TABLA ANTERIOR NO SERA OBJETO DE COBERTURA

2.2.2. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO O LESIONES CORPORALES EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.2.2.1. SUICIDIO O SU TENTATIVA O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.2.2.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.2.2.3. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- 2.2.2.4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS
- 2.2.2.5. CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS
- 2.2.2.6. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.
- 2.2.2.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- 2.2.2.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- 2.2.2.9. 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.
- 2.2.2.10. HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
- 2.2.2.11. 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.

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

2.1.1.13. ACTOS DE TERRORISMO O DE 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 DESDE EL INCIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

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 FUNCIÓN 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 TRANSPLANTE 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 ESTENOSIS 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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



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. MAPFRE COLOMBIA VIDA, 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

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LAS ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO OCASIONADAS O QUE ESTÉN RELACIONADAS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

2.3.1.1. CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.3.1.2. 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.

2.3.1.3. CÁNCER DE SENO O UTERO

2.3.1.4. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.

2.3.1.5. 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.

2.3.1.6. 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.

2.3.1.7. ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS Y/O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.

2.3.1.8. ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS.

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

2.3.1.10. 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.

2.3.1.11. 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 CLÍNICAS

2.4.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SI EL ASEGURADO ES RECLUIDO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO SEGÚN SE DEFINE EN LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE RECLUIDO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA HOSPITALIZACIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN Y CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CONTÍNUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

ADICIONALMENTE SE PUEDEN CONTRATAR LAS SIGUIENTES OPCIONES DE COBERTURA:

2.4.2. RENTA DIARIA ADICIONAL POR SER INTERNADO EN UCI

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	851.0000

ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DE UNA CLÍNICA O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, POR CUALQUIER CAUSA, HASTA UN MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS CONTÍNUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA RECLUSIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.4.3. RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA SEGÚN EL CASO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN SU DOMICILIO TRAS HABER PERMANECIDO INGRESADA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA.

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.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA Y POR UN PERÍODO MÁXIMO IGUAL AL NÚMERO DE DÍAS QUE PERMANECIÓ RECLUIDO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA CON DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2.4.1.

2.4.4. CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA SEGÚN EL CASO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA COBERTURA Y EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EN CASO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA QUE SUFRA EL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN EL NUMERAL 3.14 DEL PRESENTE CLAUSULADO.

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.

LA PRESENTE COBERTURA NO TIENE LÍMITE DE EVENTOS POR VIGENCIA.

2.4.5. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE

CUANDO LA CIRUGÍA AMBULATORIA O LA HOSPITALIZACIÓN TENGAN ORIGEN O RELACIÓN CON:

2.4.5.1. LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS 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 PÓLIZA.

2.4.5.2. LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.

2.4.5.3. LICENCIAS POR MATERNIDAD.

2.4.5.4. HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.

2.4.5.5. HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.

2.4.5.6. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

2.4.5.7. TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

2.4.5.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.

2.4.5.9. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.

2.4.5.10. CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.

2.4.5.11. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

2.4.5.12. DISTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DE UNA CLÍNICA O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, POR CUALQUIER CAUSA, HASTA UN MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS CONTÍNUOS POR EVENTO Y DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR ASEGURADO.

EL PAGO SE PRODUCIRÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA RECLUSIÓN SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.4.3. RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA SEGÚN EL CASO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN SU DOMICILIO TRAS HABER PERMANECIDO INGRESADA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA.

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.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER DÍA Y POR UN PERIODO MÁXIMO IGUAL AL NÚMERO DE DÍAS QUE PERMANECIÓ RECLUIDO EN LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA CON DERECHO A INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2.4.1.

2.4.4. CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA SEGÚN EL CASO, EL VALOR ESTIPULADO EN LA COBERTURA Y EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EN CASO DE CIRUGÍA AMBULATORIA O PEQUEÑA CIRUGÍA QUE SUFRA EL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN EL NUMERAL 3.14 DEL PRESENTE CLAUSULADO.

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.

LA PRESENTE COBERTURA NO TIENE LIMITE DE EVENTOS POR VIGENCIA.

2.4.5. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE

CUANDO LA CIRUGÍA AMBULATORIA O LA HOSPITALIZACIÓN TENGAN ORIGEN O RELACIÓN CON:

2.4.5.1. LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS 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 PÓLIZA.

2.4.5.2. LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.

2.4.5.3. LICENCIAS POR MATERNIDAD.

2.4.5.4. HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.

2.4.5.5. HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.

2.4.5.6. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

2.4.5.7. TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.

2.4.5.8. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.

2.4.5.9. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.

2.4.5.10. CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.

2.4.5.11. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.

2.4.5.12. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

CUBIERTO CUANDO EL DESEMPLEO SE PRODUCE COMO CONSECUENCIA O POR CAUSA DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.10.1.1. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL EN CARGOS PÚBLICOS U OFICIALES DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN.

2.10.1.2. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR VENCIMIENTO DEL PLAZO O ACAECIMIENTO DE LA CONDICIÓN, EN CONTRATOS A TÉRMINO FIJO O CON DURACIÓN DEFINIDA.

2.10.1.3. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR ALGUNA DE LAS JUSTAS CAUSAS PREVISTAS EN EL LITERAL A) NUMERALES 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 DEL ARTÍCULO 62 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

2.10.1.4. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL POR HABER OBTENIDO EL ASEGURADO PENSIÓN DE VEJEZ O DE INVALIDEZ.

2.10.1.5. CUANDO SE TRATE DE TRABAJADORES EMPLEADOS EN SU PROPIA EMPRESA.

2.10.1.6. DESPIDOS MASIVOS CUANDO LA EMPRESA ENTRE EN LIQUIDACIÓN O CONCORDATO.

2.10.1.7. CUANDO NO SE HAYA CUMPLIDO UN MES DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA.

2.10.1.8. CUANDO EL ASEGURADO TERMINE VOLUNTARIAMENTE EL CONTRATO LABORAL.

2.10.1.9. PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

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

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

2.10.2. TIEMPO INDEMNIZABLE

UNA VEZ ESTUDIADOS LOS ELEMENTOS DE JUICIO QUE PERMITAN A LA COMPAÑÍA DEFINIR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y SE HAYA COMPLETADO EL TIEMPO CORRESPONDIENTE AL PERÍODO DE CARENIA, LA COMPAÑÍA APLICARÁ UN DEDUCIBLE DE UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE TERMINACIÓN DE LA VINCULACIÓN LABORAL.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ EQUIVALENTE AL VALOR ASEGURADO MENSUAL MULTIPLICADO POR EL NÚMERO DE MESES QUE PERSISTA LA SITUACIÓN DE DESEMPLEO, CON UN MÁXIMO DE SEIS (6) MESES

INDEMNIZABLES Y MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA.

2.10.3. AVISO DE LA VINCULACIÓN LABORAL

EL ASEGURADO TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LA COMPAÑÍA DENTRO DE UN TÉRMINO NO MAYOR A DIEZ (10) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO A SU NUEVO TRABAJO, SOBRE SU NUEVA VINCULACIÓN LABORAL.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE CONSULTAR LAS BASES DE DATOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, EN CASO DE APARECER REGISTRADO, LA COMPAÑÍA, CESARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN CON LA FECHA DE INSCRIPCIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

EL ASEGURADO ESTARÁ EN LA OBLIGACIÓN DE INFORMARLE A LA COMPAÑÍA, LA FECHA DE SU NUEVA VINCULACIÓN LABORAL, EN CASO DE NO HACERLO Y LA COMPAÑÍA HAYA EFECTUADO UN PAGO DE INDEMNIZACIÓN, EL ASEGURADO ESTARÁ OBLIGADO A RESTITUIR ESAS SUMAS DE DINERO DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE SOLICITUD DE LA COMPAÑÍA PARA EFECTOS DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN DE REEMBOLSO A CARGO DEL ASEGURADO, LAS PARTES DECLARAN QUE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS PRESTA MÉRITO EJECUTIVO PARA SU COBRO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

2.11. RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO MENSUAL, CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE SE ORIGINE DESPUÉS UN (1) MES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO PERMANEZCA EN DICHO ESTADO DE INCAPACIDAD POR UN PERÍODO SUPERIOR O IGUAL A TREINTA (30) DÍAS.

EN LOS CASOS EN QUE LA INCAPACIDAD SEA SUPERIOR A TREINTA (30) DÍAS, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL MES COMPLETO MÁS LA FRACCIÓN DE MES CORRESPONDIENTE.

ESTA COBERTURA APLICA PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SEAN TRABAJADORES, COMERCIANTES O PROFESIONALES QUE LABOREN EN FORMA INDEPENDIENTE Y QUE PERCIBAN POR ELLO UN INGRESO.

ESTA COBERTURA ES EXCLUYENTE CON LA COBERTURA DE DESEMPLEO.

2.11.1. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE CONTRATO NO CUBIERTO CUANDO LA INCAPACIDAD SE PRODUZCA COMO

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

CONSECUENCIA O POR CAUSA DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.10.1.1. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O ACCIDENTES OCURRIDOS ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.10.1.2. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS

2.10.1.3. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO Y TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.

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

2.10.1.5. CONSUMO DE SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS O EMBRIAGANTES Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

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

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

2.11.2. TIEMPO INDEMNIZABLE

UNA VEZ ESTUDIADOS LOS ELEMENTOS DE JUICIO QUE PERMITAN A LA COMPAÑÍA DEFINIR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y SE HAYA COMPLETADO EL TIEMPO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE CARENCIA, LA COMPAÑÍA EFECTUARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN LA CUAL SERÁ MÍNIMO DE UN (1) MES, MÁXIMO SEIS (6) MESES, CON UN LÍMITE DE DOS (2) EVENTOS POR VIGENCIA.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este clausulado se entenderá por:

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

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

3.3. Beneficiario: Es la persona o personas, a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe. El Beneficiario

podrá ser a título gratuito, es decir aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del Asegurado, o a título oneroso.

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

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

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

3.7. Pérdida: Amputación quirúrgica o traumática o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

3.7.1. Manos: A la altura de la muñeca o por encima de ella.

3.7.2. Pies: A la altura del tobillo o por encima de él.

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

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

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

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

3.11. Médico: Persona autorizada para ejercer la medicina y cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente. Debe estar asociado a la EPS o medicina prepagada donde se encuentre inscrito el asegurado del presente anexo.

3.12. Institución hospitalaria: Establecimiento registrado y autorizado por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social, de acuerdo con la legislación colombiana,

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



MAPFRE COLOMBIA

para la atención de enfermos, no son consideradas como instituciones hospitalarias para efectos de cobertura del amparo de la presente póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidado intermedio; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

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

3.14. Cirugía ambulatoria o pequeña cirugía: Procedimientos de cirugía que no requieren de uso de quirófano y que se realizan en salas de urgencias o en consultorio, tales como esguinces, fracturas óseas simples que requieran inmovilización y vendaje y cuya reducción no afecta el uso del quirófano.

3.15. Hospitalización: Cuando el asegurado se encuentra en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de 24 horas.

3.16. Convulsión de la Naturaleza: Se entenderán por convulsiones de la naturaleza los siguientes eventos: erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, deslizamientos de tierra, derrumbes, avalanchas, tsunamis e inundaciones.

3.17. Desempleo: Significa la pérdida involuntaria del empleo del asegurado como consecuencia de despido por parte del empleador por alguna causa que no se encuentre específicamente excluida en este contrato de seguro.

3.18. Periodo de carencia: Es el periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el asegurado no estará cubierto, este periodo deberá cumplirse por única vez para cada asegurado.

3.19. Coaseguro: Es el mecanismo de distribución por el cual dos o más aseguradoras asumen un mismo riesgo en una proporción definida.

4. CLASIFICACIÓN

El seguro de Vida Grupo tiene las siguientes clasificaciones:

4.1. Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los integrantes del grupo asegurado.

4.2. No Contributivo: Cuando la totalidad de la prima sea sufragada por el Tomador del Seguro.

4.3. Deudores: Su objeto es la protección al acreedor por el riesgo que le produce el Fallecimiento o la Incapacidad Total y Permanente de los deudores, adquiriendo el acreedor, en todos los casos, la calidad de Tomador del seguro.

5. EDADES

Para los amparos de Fallecimiento por Cualquier Causa, Renta Mensual por Fallecimiento y Exequias, la edad mínima de ingreso a la póliza es de doce (12) años para las mujeres y catorce (14) años para los hombres; la edad máxima de ingreso a esta póliza es de setenta (70) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y la edad máxima de permanencia es hasta los ochenta (80) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

Para los amparos adicionales, la edad mínima de ingreso es doce (12) años para las mujeres y catorce (14) años para los hombres; la edad máxima de ingreso a esta cobertura es de sesenta (60) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y su permanencia hasta los sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

6. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra, con base en los datos facilitados por el Tomador y/o Asegurado del seguro, declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por LA COMPAÑÍA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente,

Solamente respecto de los amparos adicionales, el asegurado y/o el tomador esta obligado a comunicar a LA COMPAÑÍA cualquier modificación del estado del riesgo. En tal virtud, tanto el Tomador como el Asegurado se encuentran obligados a notificar por escrito a LA COMPAÑÍA, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo. La notificación debe hacerse con una antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Tomador o Asegurado, o es conocida por alguno de ellos. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, LA COMPAÑÍA podrá modificar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de la fecha en que se tenga conocimiento, de dicha modificación por parte de LA COMPAÑÍA.

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

El Tomador y/o Asegurado están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador y/o Asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo. Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpa del Tomador y/o Asegurado, el contrato no será nulo, pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada, en caso de siniestro a pagar un porcentaje del valor asegurado, equivalente al que la tarifa o prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio. Esta sanción no se aplica si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

8. VIGENCIA

El presente seguro entrará en vigor a las 24:00 horas del día en que LA COMPAÑÍA haya recibido el pago de la prima en su totalidad o de la primera cuota (si el pago es fraccionado).

El término de vigencia de la presente póliza será de un (1) año contado a partir de la fecha de su inicio y será renovable por igual término, salvo que el tomador o asegurado manifiesten expresamente su intención de revocar el seguro o LA COMPAÑÍA de no renovarlo.

Los amparos adicionales respecto de cada asegurado, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique su aprobación al Tomador, mediante escrito de aceptación, expedición de la póliza o anexo correspondiente, o envío de certificado de cobro. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no se hubiere pronunciado, se considerará como no aprobada.

9. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

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

Para las pólizas de vida grupo deudores, el valor asegurado será el saldo insoluto de la totalidad de las obligaciones que tenga el asegurado con el tomador y comprenderá el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado. En el evento de mora de las obligaciones incluirá los intereses moratorios.

El Tomador deberá informar mensualmente a LA COMPAÑÍA el saldo que por capital presente cada una de las obligaciones aseguradas.

LA COMPAÑÍA pagará sobre el Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de ocurrencia del siniestro, previo a este se revisará contra base de datos para

verificar diferencias de valores asegurados que pudiesen existir, en caso de haber diferencia entre el certificado del saldo emitido por el tomador y la base de datos, se indemnizará según base de datos.

10. INCREMENTO DE LA SUMA ASEGURADA

La suma asegurada podrá ser incrementada en cualquier momento, siempre y cuando el asegurado diligencie la solicitud de seguro correspondiente y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA y esta lo autorice expresamente.

En el seguro de vida grupo deudores, se entenderá como incremento de la suma asegurada toda solicitud de un nuevo crédito o desembolso.

Si el asegurado fallece dentro del año siguiente a la fecha en la que LA COMPAÑÍA aceptó expresamente el aumento del valor asegurado, como consecuencia de un suicidio o su tentativa o de una enfermedad diagnosticada con anterioridad a la fecha en que solicitó el incremento de la suma asegurada; este incremento en el valor asegurado no surtirá efecto.

11. PAGO DE LA PRIMA

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

11.1. Periodicidad: Las primas son de vigencia anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación del correspondiente recargo.

11.2. Plazo para el Pago de la prima: Será máximo de treinta (30) días después de la entrada en vigencia del seguro o del vencimiento de cada cuota, en caso de ser esta fraccionada. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriera algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente.

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

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

12. FORMAS Y MEDIOS DE PAGO

LA COMPAÑÍA no financia primas de forma directa. Para mayor información sobre las formas y medios de pago consulte el link de la página web de LA COMPAÑÍA.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



MAPFRE | COLOMBIA

13. CONVERTIBILIDAD

Con excepción del Seguro de Vida Grupo Deudores, los asegurados que se separen del Grupo Asegurado, después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo y que no superen los sesenta y cinco (65) años, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de vida Grupo pero sin amparos adicionales o accesorios, en cualquiera de los planes de Seguro de vida Individual, que LA COMPAÑÍA promueve, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro del mes siguiente, contado a partir de su retiro del grupo.

El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y sobre prima por salud que tuviere.

14. CONTINUIDAD DE COBERTURA

LA COMPAÑÍA podrá otorgar 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 y las definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en las presentes condiciones generales y/o en las condiciones particulares de la póliza. Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud 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 citadas condiciones de salud existieran con anterioridad a la vinculación del asegurado con el tomador.

Es requisito indispensable el envío a LA COMPAÑÍA del último listado emitido por la aseguradora de la cual es trasladado el grupo con un plazo máximo de treinta (30) días con la siguiente información: nombres, apellidos, número del documento de identidad, fecha de nacimiento, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de cobertura, y sobre primas por salud y/o actividad de cada uno de los asegurados.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador pondrá a disposición de LA COMPAÑÍA las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

14.1. 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 nos informe por escrito si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado enfermedades de carácter terminal.

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

El monto total indemnizable por parte de LA COMPAÑÍA por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del límite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el (L.A.R.), que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además este límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con LA COMPAÑÍA y será estipulado en la Condiciones particulares de cada Póliza.

16. AVISO DEL SINIESTRO

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

17. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso.

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

- 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-judicial del reclamante manifestando el desconocimiento de la existencia de un beneficiario con mejor o igual derecho.
- 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.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

- Certificación bancaria del beneficiario cuando no se trate de seguros de vida grupo deudores.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de la fallecimiento cuando se trate de Vida Grupo Deudores.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Incapacidad Total y Permanente o Enfermedad Grave del Asegurado, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- 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%
- Certificación bancaria del asegurado, cuando no se trate de seguros de Vida Grupo Deudores.
- Certificado del saldo insoluto de la deuda expedido por el Tomador a la fecha de la estructuración de la Incapacidad Total y Permanente, cuando se trate de Vida Grupo Deudores.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Rentas Clínicas del Asegurado, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- 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.
- Certificado de Incapacidad médica transcrita por la EPS.
- Certificación bancaria del asegurado.

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

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Copia del último contrato de trabajo o prueba del mismo.
- Desprendible de nómina en papelería del Empleador, de los últimos seis meses.
- Copia de la carta de cancelación del contrato, del arreglo laboral y conciliación administrativa de las que deduzca claramente la terminación de la relación laboral.
- Carta informando la vinculación laboral con la fecha de inicio en el nuevo Empleo.
- Certificación Bancaria del Asegurado.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito expedido por el Tomador a la fecha de la situación de Desempleo del Deudor cuando se trate de Vida grupo deudores.

Para proceder al pago de la indemnización en caso de Renta Mensual por Incapacidad Temporal, LA COMPAÑÍA solicitará la siguiente información:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.

- Informe médico y estudios realizados con la certificación médica que indiquen el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico así como los días de Incapacidad otorgados (superior a 30 días).
- Certificación Bancaria del Asegurado.
- Certificado del valor de la cuota mensual del crédito expedido por el Tomador a la fecha de la situación de Incapacidad Temporal del Deudor, cuando se trate de Vida grupo deudores.

Mientras se encuentre pendiente un reclamo que afecte cualquier amparo adicional, LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de examinar al asegurado cuantas veces estime conveniente.

18. TRÁMITE PARA EL PAGO DE SINIESTROS

En caso de reclamación, el tomador, asegurado o beneficiario(s), deberán enviar los documentos necesarios de acuerdo con el numeral 16, a la oficina o sucursal de LA COMPAÑÍA en la ciudad donde esté radicada la póliza.

19. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para LA COMPAÑÍA de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, LA COMPAÑÍA reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago.

20. DEDUCCIONES

- Cuando LA COMPAÑÍA haya indemnizado por el amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, dicho pago se deducirá de la indemnización que pueda corresponder por el amparo básico y se producirá la terminación del contrato de seguro.
- Si bajo el amparo de Fallecimiento accidental y beneficios por desmembración, LA COMPAÑÍA reconoce una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado, quedará automáticamente extinguido el Contrato de Seguro.
- Cuando LA COMPAÑÍA haya realizado un pago por el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente.
- Cuando LA COMPAÑÍA haya realizado un pago por el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo básico.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nova Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000



MAPFRE | COLOMBIA

21. 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.

22. RENOVACIÓN

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

23. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito emitido a LA COMPAÑÍA, surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

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

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.

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

24. TERMINACIÓN DEL SEGURO Y AMPAROS ADICIONALES

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

- Por el no pago de la prima o su cuota vencido el periodo de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- El Tomador o Asegurado podrán revocar el contrato de seguro en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA COMPAÑÍA, surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación. En este caso, LA COMPAÑÍA le devolverá al tomador las primas no devengadas menos el 10% de la misma.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del 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, el amparo de Incapacidad Total y Permanente o el 100% del amparo de fallecimiento accidental y beneficios por desmembración.
- Para el caso del cónyuge o compañero(a) permanente o algún otro miembro del grupo familiar que se encuentre asegurado, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado o fallezca.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida por LA COMPAÑÍA, en el amparo básico.
- En los seguros de Vida grupo deudores, cuando la obligación se extinga totalmente.

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 máxima 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.

25. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia, sobre el tema de prevención de lavados de activos, el Tomador, el (los) asegurado (os) y el (los) beneficiario (s), se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se le entregue y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, de la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones.

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

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario autoriza a LA COMPAÑÍA para que, con fines estadísticos, de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

27. NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados de este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el Código de Comercio, y demás normas concordantes.

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	B61-0000



MAPFRE | COLOMBIA

28. JURISDICCIÓN

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

29. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

30. COMUNICACIONES

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

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Nota Técnica	01-01-2012	1430	NT-P	034	861-0000

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CÓDIGO FORMA
Clausulado General	01-01-2012	1430	P	34	Vid-063-Ene/12



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO


Consejo Superior de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO


EXP-104975

NOMBRES:
ENRIQUE

APELLIDOS:
LAURENS RUEDA

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
EDGAR CARLOS BANABRIA MELO



UNIVERSIDAD
DEL ROSARIO

FECHA DE GRADO
16/08/2002

FECHA DE EXPEDICION
17/09/2002

CONSEJO SECCIONAL
BOGOTA

TARJETA N°
117315

CEDULA
80064332