



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
CLIENTES BANCAMIA**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



MAPFRE

Banca **ía**
El Banco de los que crecen

Fundación
BBVA Microfinanzas

Estamos a tu lado sin importar las circunstancias, porque tu tranquilidad y la de tu familia es lo más importante para nosotros, por eso tenemos para ti el

Seguro de Enfermedades Graves

INDÍCE

CODICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES.

1. ¿QUE CUBRE ESTE SEGURO?	4
1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	4
1.2. ENFERMEDADES GRAVES	4
1.2.1. ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CANCER IN SITU.....	6
1.2.2. RENTA POR MEDICAMENTOS	6
1.3. ASISTENCIAS	6
1.3.1. ASISTENCIA MÉDICA.....	6
1.3.2. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.....	6
1.3.3. TELEMEDICINA.....	7
1.3.4.SERVICIO DE AMBULANCIA.....	8
1.3.5. LIMITES POR PLAN.....	9
2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?	9
2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	9
2.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES	9
3. DEFINICIONES	10
4. GRUPO ASEGURABLE	10
5. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	10
6. VIGENCIA DEL SEGURO	10
7. PAGO DE LA PRIMA	10
7.1. CLÁUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS	10
8. AVISO DE SINIESTRO	10
9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD	11
10. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO	11
11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	11
12. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN	11
13. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL	11
14. RENOVACIÓN DEL CONTRATO	11
15. REVOCACIÓN DEL CONTRATO	12
16. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD	12
17. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO	12
18. PROCESO DE RECLAMACIÓN	12

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES - CLIENTES BANCAMIA

CODICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA 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 sujeción a las condiciones generales de esta póliza, el valor asegurado contratado a la fecha de ocurrencia del siniestro, por las coberturas expresamente contratadas, con base en la información suministrada por el tomador 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 periodos de carencia establecidos y se haya pagado el valor de la prima correspondiente.

1. ¿QUE CUBRE ESTE SEGURO?



1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

La compañía cubre el riesgo de fallecimiento de las personas aseguradas, como consecuencia de un accidente siempre y cuando este hecho ocurra estando vigente la póliza, dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del accidente y se haya pagado el valor de la prima correspondiente.

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



1.2. 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 describen, La Compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando el primer diagnóstico se dé dentro de la vigencia de la póliza.

Las siguientes enfermedades graves serán objeto de cobertura:

CÁNCER: Enfermedad que se caracteriza por el crecimiento, invasión y expansión incontrolable de células malignas en los tejidos de diferentes órganos. También se considera bajo esta definición la leucemia y el linfoma de hodgkin o no hodgkin.

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo (tipo trombótico, embólico o hemorrágico), que acuse lesiones irreversibles.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal (peritoneal o hemodiálisis) o un trasplante renal.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una interrupción del aporte sanguíneo.

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 incapacidad severa. Diagnóstico clínico inequívoco de esclerosis múltiple diagnosticado por especialista.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: La Compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados por cualquier tipo de accidente o enfermedad. La compañía, 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), (no están incluidos ni riñón ni cornea) que provenga de un donante efectivo compatible 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 periné.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: deterioro o pérdida de la capacidad intelectual puesta de manifiesto por el estado clínico o por los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer o comportamiento anormal por alteraciones orgánicas irreversibles que causan deterioro importante del funcionamiento social y que obligan a la supervisión continua del asegurado.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central o pérdida de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. Únicamente está cubierta la enfermedad de Parkinson idiopática. El pago del amparo estará condicionado a que la enfermedad no pueda controlarse con medicación, muestre signos de evolución del daño cerebral y haya provocado inhabilidad del asegurado para realizar determinadas actividades de la vida diaria, tales como: bañarse, vestirse, desplazarse, comer.

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.

TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que deber ser confirmado por un neurólogo o neurocirujano y haya provocado inhabilidad del asegurado para realizar determinadas actividades de la vida diaria, tales como: bañarse, vestirse, desplazarse, comer.

PARÁLISIS: pérdida definitiva de la capacidad de movimiento de dos o más miembros del cuerpo producida por un accidente o enfermedad. Deberá haber evidencia de fallo total y

permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma.

En caso de diagnóstico de más de una de las enfermedades amparadas en la cobertura, se dará cobertura únicamente a la de mayor severidad, es decir, no son acumulativas.

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

1.2.1. ANTICIPO POR DIAGNÓSTICO DE CANCER IN SITU

La Compañía anticipará al asegurado, el 50% del valor asegurado contratado para la cobertura de enfermedades graves, en caso de diagnóstico por primera vez durante la vigencia de la póliza, de cáncer in situ de seno, próstata o matriz.

La suma de dinero pagada a título de anticipo se restará del valor total que, posteriormente, pudiera causarse en la cobertura de enfermedades graves (amparo 1.2.).

El pago de este anticipo generará la terminación automática de la cobertura denominada "anticipo por diagnóstico de Cáncer in situ".



1.2.2. RENTA POR MEDICAMENTOS

La Compañía realizará un pago único del valor asegurado contratado, en caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez una enfermedad grave, de acuerdo con lo definido en el numeral 1.2.

El pago de esta renta generará la terminación automática de la cobertura denominada "Renta por medicamentos".

1.3. ASISTENCIAS

La Compañía ofrece a los asegurados bajo esta póliza, las asistencias definidas a continuación, de acuerdo con su sexo de nacimiento.

1.3.1. ASISTENCIA MÉDICA

Exámenes Preventivos: La Compañía pone a disposición del asegurado principal el servicio de exámenes preventivos, referentes a:

- a) Antígeno prostático
- b) Colonoscopia
- c) Toma de citología
- d) Toma de mamografía

La compañía dispondrá una cabina para realizar el contacto telefónico y agendamiento de esta asistencia. Los registros contactados dependerán de la capacidad de la cabina.

Se realizará contacto por medio de envíos masivos de mensajes de texto, mails informativos o mensajes vía WhatsApp, que puedan promover la usabilidad del producto.

1.3.2. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El asegurado principal podrá acceder al servicio de segunda opinión médica, la cual será brindada por especialistas, de acuerdo con la patología presentada por el Asegurado. Los

especialistas se encontrarán ubicados preferiblemente en Colombia, Europa, Israel y Estados Unidos y brindarán el servicio en los siguientes casos:

- Cuando se presenten dudas de parte del médico tratante y éste necesite una segunda de un colega.
- Cuando el tratamiento de la enfermedad diagnosticada indique que es preciso contar con la opinión de un especialista.
- Cuando se le haya programado una cirugía.
- Cuando la vida del paciente que es asegurado del presente Anexo se encuentre en grave riesgo.
- Cuando alguno de los asegurados del presente anexo ha sido desahuciado.

1.3.3. TELEMEDICINA

Telemedicina Médico General: La Compañía pone a disposición del Asegurado Principal y su grupo familiar (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente), el servicio de orientación médica básica virtual las 24 horas al día los 365 días del año.

Los operadores médicos que atienden la videollamada, según la sintomatología dada por el asegurado principal y/o su grupo familiar (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el asegurado principal), harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios prehospitalario de emergencia médica.

Los servicios de Telemedicina se relacionan a continuación:

- a) Video consulta sobre urgencias médicas y primeros auxilios.
- b) Orientación sobre medicación, efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.
- c) Envío de Recetas Médicas.
- d) Solicitud de exámenes complementarios de acuerdo con la evaluación del médico.
- e) Generación de incapacidades médicas.
- f) Acceso al historial clínico desarrollado en video consulta y que podrá ser ampliado con la información que el asegurado desee incluir como alergias, enfermedades preexistentes, plan de vacunación, medicaciones actuales, patologías familiares y personales, recetas médicas emitidas por otros especialistas y demás información que considere el Asegurado relevante para la evaluación del médico en la video consulta.
- g) Video consulta programada de acuerdo con las especialidades acordadas en este anexo.

El Asegurado Principal y su grupo familiar (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente) puede, no obstante, plantear preguntas relativas a cuestiones de salud no incluidas en la lista anterior a las que la Compañía dará una respuesta siempre y cuando cuente con los recursos necesarios para poder contestar a la consulta planteada.

El operador médico orientará al Asegurado Principal y su grupo familiar (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente) o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional directo médico- paciente.

Telemedicina Médico Especialista: La Compañía pone a disposición del Asegurado principal y su grupo familiar (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente), el servicio de orientación médica especializada virtual entre las 7:00 am y 7:00 pm de lunes a viernes.

El cual se coordinará por agendamiento de cita en el aplicativo de consulta médica, de acuerdo con la disponibilidad de los especialistas. Las especialidades a las cuales podrá solicitar consulta médica virtual son: Nutricionista, Psicología y Ginecología.

Exclusiones de la Cobertura en Telemedicina

No son objeto de la cobertura de asistencia, las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Colombia,

diferentes a los señalados en la cobertura del anexo.

- b) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.
- c) Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado) .Para los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del anexo; como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del asegurado, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del anexo.
- d) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.
- e) La asistencia médica que requiera el paciente cuando sea consecuencia de estados postquirúrgicos y los controles derivados de estos.
- f) No se prestará video consulta, cuando se trate de chequeos médicos de rutina, control de peso, toma de muestras y lecturas de exámenes de laboratorio, control de tensión y en general cualquier control médico que requiera el paciente.
- g) La asistencia médica que requiera el paciente y sea consecuencia o que corresponda a: eventos agudos y/o controles derivados de cirugías estéticas, tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

Obligaciones del Cliente en relación con el servicio de Telemedicina:

En caso de evento cubierto por el presente anexo, el Asegurado Principal y su grupo familiar (Max. 4 familiares en primer grado de consanguinidad que deben vivir con el cliente), deberá solicitar siempre la asistencia por video consulta a la compañía de asistencia, debiendo ingresar o informar:

- Nombre del Titular o Asegurado.
- Destinatario de la prestación.
- Número de la cédula de ciudadanía, o documento de identidad registrado.
- Lugar donde se encuentra.
- Número de teléfono.
- Tipo de asistencia que precisa.
- Datos médicos como: Peso, talla, hábitos y antecedentes personales.

1.3.4. SERVICIO DE AMBULANCIA

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista del Asegurado Principal, que requiera a criterio del médico tratante manejo en un centro hospitalario, La Compañía adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

Traslado básico: Cuando la situación clínica presentada por el asegurado principal no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, La Compañía pondrá a disposición del asegurado un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano.

Traslado médico en ambulancia: Una vez clasificada la situación médica del asegurado principal, La Compañía coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano, acompañamiento médico, La Compañía pondrá a disposición del asegurado un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo será definido de acuerdo con el TRIAGE inicial realizado al asegurado.

El operador médico orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

1.3.5. LIMITES POR PLAN

ASISTENCIAS	LIMITES DE EVENTOS POR VIGENCIA ANUAL	
	PLAN A	PLAN B
Examen Preventivo de: Mujer: citología y mamografía Hombre: antígeno prostático y colonoscopia	1	1
Segunda opinión médica: Mujer: Cáncer cuello uterino, mama, colon. Hombre: cáncer de colon, pulmón y próstata.	1	1
Telemedicina, psicología, nutrición, ginecología, médico general. Para titular y 4 beneficiarios	2	3
Servicio de ambulancia	2	4

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

La presente póliza no cubre fallecimiento por los siguientes eventos:

- Suicidio o lesión intencionalmente causada por el asegurado a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- Participación del asegurado en riñas.
- Culpa grave del asegurado, así como los derivados de actos delictivos.
- Accidente, enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara preexistente.
- Cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de bebidas embriagantes o de alucinógenos.
- Convulsiones de la naturaleza de cualquier clase; fisión, fusión nuclear o radiactividad.
- Guerra declarada o sin declarar.

2.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

La presente póliza no cubre enfermedades por los siguientes eventos:

- La tentativa de suicidio o lesiones intencionalmente causadas por el asegurado a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia
- 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.
- La colocación de STEN medicado o no, así como cualquier otro tipo de prótesis endovascular.
- Los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes cerebrovasculares reversibles, entendiéndose como tales aquellos en los que el asegurado pueda recuperarse completamente en las seis (6) semanas siguientes a su ocurrencia.
- Enfermedades o lesiones diagnosticadas o tratadas con anterioridad a la iniciación de la vigencia del presente amparo, así como las de origen congénito y genético, siempre y cuando sean conocidos por el asegurado al inicio de vigencia del certificado individual o a la inclusión de la cobertura en la póliza o soportada a través de historia clínica con fecha de diagnóstico (preexistencia).
- Enfermedades o lesiones derivadas del uso de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Cualquier dolencia amparada por la póliza que haya sido diagnosticada o esté siendo tratada por un médico que no posea licencia permanente y válida, expedida por la autoridad respectiva para practicar la medicina en el país.
- Lesiones premalignas, cáncer de próstata en sus etapas iniciales t1a o t1b de la clasificación TNM (tumor nódulo metástasis) con clasificación de Gleason inferior a cinco, cáncer INSITU no invasivo (incluido el melanoma maligno en estadio INSITU), los tumores malignos de piel (excepto el melanoma maligno invasivo), enfermedad de hodgkin estadio i y los tumores en presencia del VIH o SIDA. Carcinoma de tiroides variedad papilar en sus etapas iniciales T1 T2 N0 M0 (de la clasificación TNM). El resto de ESTADIOS, T3-4 y carcinomas de tiroides variedades folicular, anaplásico, medular, o cualquier otro tipo de cáncer de tiroides diferentes a los mencionados, tendrán cobertura en cualquiera de sus ESTADIOS.

3. DEFINICIONES

- **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.
- **Asegurado:** Las personas naturales sobre cuya vida se estipula el seguro.
- **Beneficiario:** Persona o personas a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que se designe.
- **Compañía:** Entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza y que para efectos de este contrato será MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- **Póliza:** Se trata del presente documento, el cual establece los derechos y obligaciones de La Compañía y el asegurado, en relación al seguro contratado.
- **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- **Tomador del seguro:** Para el caso de la presente póliza se trata de BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA, a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y Beneficiario.

4. GRUPO ASEGURABLE

Para efectos del presente contrato serán las personas que adquieran el seguro, que sean reportados por el Tomador y que hayan pagado el valor de la prima correspondiente.

5. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de Ingreso es de mínimo 18 años y máximo 78 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 80 años y 364 días

6. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza individual podrá ser:

- Igual a la vigencia del crédito, incluyendo las nuevas vigencias de las pólizas de los créditos otorgados por el Banco con fecha futura correspondiente a la póliza inicial.
- Un año o dieciocho (18) meses a elección del cliente, contados a partir de la contratación de la póliza en caso de que el asegurado no tenga obligaciones con la Entidad.

7. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador deberá pagar dentro de los sesenta (60) días calendario contados a partir del inicio de vigencia del correspondiente certificado de cobro.

7.1. CLÁUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS

La aseguradora se obliga a mantener todos los asegurados o certificados vigentes a la fecha en que se presente la cancelación o revocación de la póliza por parte del tomador, hasta la fecha de terminación de vigencia de cada uno de los certificados individuales, teniendo en cuenta que la prima total de la vigencia de los certificados ha sido trasladada al 100% a la aseguradora.

En caso de solicitud de cancelación por parte del asegurado, se realizará la devolución de primas así: Valor a devolver al asegurado por parte de La Compañía = [(fecha fin de vigencia de la póliza individual - fecha de cancelación) / (fecha fin de vigencia de la póliza individual - fecha inicio de vigencia de la póliza individual)] * prima emitida.

8. AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán avisar 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 treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Al tratarse de un seguro voluntario, se requiere solicitud de seguro por parte del cliente.

10. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

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

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Fallecimiento Accidental son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia del registro civil de defunción del asegurado.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Acta de Levantamiento del cadáver.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia.
- Prueba de alcoholemia
- Certificación bancaria de los beneficiarios.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Enfermedades Graves o Cáncer In situ o Renta por Medicamentos son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia de historia clínica completa
- Certificación bancaria del asegurado.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente al Tomador y/o asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro de los veinticinco (25) días corridos siguientes, a la fecha en que se formalice la reclamación y se radique el último documento.

12. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla fuesen en alguna forma fraudulentos o, si en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus amparos adicionales termina por las siguientes causas:

- Por el no pago de la prima.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando La Compañía indemnice por el amparo de Enfermedades Graves.
- Cuando La Compañía indemnice por el amparo de Fallecimiento Accidental.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

14. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Vigencia de la póliza individual: La renovación de la póliza se realizará por periodos iguales al inicialmente contratado, sin requisitos adicionales de asegurabilidad, hasta que el asegurado manifieste su intención de no renovar o revocar la póliza o hasta que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia definida en las condiciones particulares de la póliza.

Para estos efectos, con al menos 45 días de anterioridad a la fecha de renovación, La Compañía se pondrá en contacto con el asegurado para confirmar su interés en renovar la póliza. En todo caso, el Asegurado y/o Tomador mantendrá la posibilidad de terminar en cualquier momento el seguro con la consecuente devolución de la prima no devengada.

15. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a La Compañía por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

16. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD

Si al momento de presentarse una pérdida amparada bajo la póliza a la cual se adhiere este documento, se comprobare que la edad real del asegurado afectado por la pérdida es mayor que la declarada a la Compañía, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

17. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO

Dr. Manuel Guillermo Rueda

Correo: defensoriamapfre@gmail.com

Celular: 312 3426229

Dirección de oficina: Carrera 13 # 28-38 Oficina 221 Bogotá.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm jornada continua.

18. PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de siniestro usted puede comunicarse con la línea de atención MAPFRESI 24 Bogotá 3077024, Nacional 018000 519 991 o al correo electrónico zzlaperturasvida@mapfre.com.co.

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



NACIONAL: 018000 519 991

BOGOTÁ: (601) 307 7024 Cel:#624

Opción 8: **Solicitar información de Siniestros o reclamación en curso.**

Opción 9: **Aviso de siniestro**

Defensor del Consumidor Financiero

defensoriamapfre@gmail.com

LÍNEA DE ATENCIÓN ASISTENCIAS

En Bogotá: 601 745 4896, **opción 8.**

Enfermedades Graves, marque 9.



MAPFRE

MAPFRE SEGUROS GENERALES
DE COLOMBIA S.A.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE
COLOMBIA S.A.