



CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO 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 Vida**

INDÍCE

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA

1. ¿QUE CUBRE ESTE SEGURO?.....	4
1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA INCLUIDO EL SUICIDO	4
2. AMPAROS ADICIONALES	4
2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	4
2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	5
2.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	6
2.3.1. TABLA DE INDEMNIZACIONES	6
2.4. CANASTA POR FALLECIMIENTO	6
2.5. CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	7
2.6. RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGIA O TRATAMIENTO MEDICO.....	7
2.7. RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.....	7
3. EXCLUSIONES	7
3.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	7
3.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.....	8
4. DEFINICIONES.....	8
5. VIGENCIA DEL SEGURO	8
6. PAGO DE LA PRIMA	8
6.1. CLÁUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS.....	8
7. GRUPO ASEGURABLE.....	9
8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	9
9. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD	9
10. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.....	9
11. RENOVACIÓN DEL CONTRATO	9
12. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.....	10
13. RETICENCIA O INEXACTITUDES.....	10
14. AVISO DE SINIESTRO.....	10
15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	10
16. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN	10
17. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO	10
18. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO	11
19. PROCESO DE RECLAMACIÓN.....	11

SEGURO DE VIDA - CLIENTES BANCAMIA

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA

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 POR CUALQUIER CAUSA INCLUIDO EL SUICIDIO

La Compañía indemnizará hasta el valor de la suma asegurada del plan contratado, al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas ocasionado por cualquier causa, siempre y cuando el fallecimiento ocurra durante la vigencia de la póliza. Se incluye fallecimiento por suicidio, homicidio, terrorismo y Sida no preexistente.

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

2. AMPAROS ADICIONALES



2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Mediante este amparo se indemnizará al asegurado hasta el monto de la suma indicada, cuando éste sea declarado incapacitado total y permanente, como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidan a la persona desempeñar

todas las ocupaciones o empleos remunerados, para los cuales se encuentra razonablemente cualificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, dicha incapacidad se considerara siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes o cuando la pérdida de incapacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora sea superior al 50% y no haya sido provocada así mismo por el asegurado. Se debe anexar Calificación de invalidez emitida por la ARL, AFP, EPS, Junta regional de Invalidez o aquellas emitidas para personas que pertenezcan al régimen de excepción, que indique fecha de estructuración la cual será la fecha de siniestro y porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

No se amparan preexistencias.

Para efectos de esta cobertura la fecha de siniestro será la **fecha de estructuración** que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente. Para los regímenes exceptuados al Sistema General de Seguridad Social la fecha del siniestro será la fecha de estructuración que figure en el dictamen de calificación de la Incapacidad Total y Permanente salvo que no se determine en el dictamen, caso en el cual y de manera subsidiaria la fecha del siniestro será la fecha de la resolución emitida por la entidad competente del régimen exceptuado.

Incluye tentativa de homicidio, terrorismo e intento de suicidio.

En caso de que el asegurado no este afiliado al Sistema de Seguridad Social y Riesgos Laborales que le permita obtener al asegurado la calificación de pérdida de capacidad laboral establecida en la normatividad colombiana legal vigente, la Compañía acepta realizar esta calificación bajo su costo.

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

2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL



Si el asegurado principal fallece o sufre alguna de las lesiones corporales enumeradas en la tabla de indemnizaciones prevista en el numeral 2.3.1, como consecuencia de un accidente, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

Dentro de esta cobertura se incluye:

El desaparecimiento del asegurado cuando ocurra alguno de los siguientes eventos, que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, con arreglo a la ley colombiana:

La desaparición en catástrofes naturales tales como: terremotos, inundaciones, maremotos, desaparición en un río, lago o mar, desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

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

La Compañía pagará al asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura, además, de la indemnización que correspondería por la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, cuando ocurra su fallecimiento a consecuencia de homicidio, actos terroristas, practica de motociclismo a excepción de competencias, peleas, riñas que sean provocadas por el asegurado y atraco.

2.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

La Compañía Aseguradora Indemnizará al asegurado, cuando a causa de un accidente o enfermedad no preexistente, sufra la pérdida o inhabilitación funcional total y definitiva de alguno de los órganos o miembros lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

2.3.1. 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.	50%
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 la Tabla anterior se entiende por:

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.

- **Manos:** A la altura de la muñeca o por encima de ella.
- **Pies:** A la altura del tobillo o por encima de él.
- **Dedos:** Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder el valor asegurado contratado para este amparo.

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

2.4. CANASTA POR FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado principal, según lo definido en

el numeral 1.1., La compañía pagará el valor asegurado contratado para esta cobertura como pago único.

2.5. CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de incapacidad total y permanente del asegurado principal, según lo definido en el numeral 2.1., La compañía pagará el valor asegurado contratado para esta cobertura como pago único.

2.6. RENTA CLINICA POR HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGIA O TRATAMIENTO MEDICO

Si el asegurado es recluido en una institución hospitalaria o clínica, en caso de enfermedad o accidente, La compañía pagará el valor asegurado contratado para la cobertura como pago único.

Para efectos del presente amparo, se entiende como hospitalización cuando el asegurado se encuentre en una habitación en piso de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas.

No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura de este amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades Psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio, los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

Nota: Esta cobertura está limitada a un (1) evento por vigencia por asegurado.

2.7. RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL



La Compañía pagará al asegurado el valor asegurado contratado para esta cobertura, cómo valor único, cuando el asegurado padezca una incapacidad total temporal causada por accidente o enfermedad durante la vigencia del seguro. La compañía pagará el valor contratado, cuando la incapacidad total temporal sea igual o mayor a 15 días continuos en el que el asegurado permanezca en estado de incapacidad temporal.

Lo anterior solo si la fecha en que ocurrió la incapacidad, el asegurado se encuentra dentro de la vigencia de la póliza, y el asegurado se encuentre al día con las primas correspondientes.

Esta cobertura tiene un periodo de carencia de treinta (30) días calendario.

Esta cobertura está limitada a un (1) evento por vigencia por asegurado.

3. EXCLUSIONES

3.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Cualquier enfermedad o accidente que tenga el asegurado desde antes de la fecha de inicio de la póliza.

3.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

El presente amparo no cubre el fallecimiento o lesiones corporales en los siguientes eventos, además de las exclusiones contempladas en el código de comercio, el presente anexo no cubre pérdida alguna, incluyendo la de vida, que sea a consecuencia de:

- Cualquier clase de enfermedad
- Tratamiento médico o quirúrgico (excepto el que se necesitare únicamente a consecuencia de lesiones cubiertas por este anexo)
- Suicidio o tentativa de suicidio,
- Los actos causados por violación por parte del asegurado, de cualquier norma.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

6.1. 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.

7. 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.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	78 años y 364 días.	Indefinido
Incapacidad Total y permanente	18 años	78 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental y beneficios por desmembración	18 años	78 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Canasta por fallecimiento	18 años	78 años y 364 días.	Indefinido
Canasta por Incapacidad Total y Permanente	18 años	78 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Renta Clínica por Hospitalización, por Cirugía o tratamiento médico	18 años	65 años y 364 días.	70 años y 364 días.
Renta por Incapacidad Total Temporal igual o superior a 15 días	18 años	65 años y 364 días.	70 años y 364 días.

9. 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.

10. TERMINACIÓN DEL SEGUO 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.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando La Compañía indemnice por el amparo de Fallecimiento del asegurado.
- Cuando La Compañía indemnice el 100% del Valor asegurado en el amparo de Inhabilitación Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.
- Al finalizar la vigencia del seguro.

11. 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.

12. 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.

13. RETICENCIA O INEXACTITUDES

La reticencia o la inexactitud del asegurado, sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía 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, estas solo afectaran al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

14. AVISO DE SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

15. 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 corrientes siguientes, a la fecha en que se formalice la reclamación y se radique el último documento.

16. 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.

17. 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 son:

- Copia registro civil de defunción
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa
- Acta de levantamiento o protocolo de necropsia en caso de muerte violenta (suicidio, homicidio, accidente)
- Certificación Bancaria

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Incapacidad Total y permanente

- Calificación de invalidez emitida por la ARL, AFP, EPS, Junta regional de Invalidez o aquellas emitidas para personas que pertenezcan al régimen de excepción, que indique fecha de estructuración y porcentaje de pérdida de capacidad laboral.
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa
- Certificación Bancaria

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Desmembración

- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia de la historia clínica completa del asegurado al momento del accidente o la enfermedad.
- Certificación Bancaria

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Renta Clínica

- Copia del documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad si es el caso.)
- Certificado del número de hospitalización emitida por la EPS.
- Certificación bancaria.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Incapacidad Temporal

- Copia del documento de identidad del asegurado
- Original de la Incapacidad Médica superior a 15 días, expedida por el médico tratante
- Historia clínica
- Certificación bancaria.

18. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO

Dr. Manuel Guillermo Rueda

Correo: defensoriapf@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.

19. 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: 01 8000 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



MAPFRE

MAPFRE SEGUROS GENERALES
DE COLOMBIA S.A.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE
COLOMBIA S.A.