

Re: NOTIFICACION OFICIO 0019 RAD 13-001-40-03-002-2021-00131-00

paula.fuentes@bancamia.com.co <paula.fuentes@bancamia.com.co>

en nombre de

NOTIFICACIONES JUD BANCAMIA <notificacionesjud@bancamia.com.co>

Vie 9/02/2024 11:46

Para: Juzgado 02 Civil Municipal - Bolívar - Cartagena <j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (631 KB)

OFICIO 38.docx.pdf; poliza plan B.pdf; Condiciones Seguro de Vida.pdf;

Bogotá D.C. nueve (09) de febrero de 2024

Señores:

**JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGENA DE INDIAS**

**MARIA FERNANDA MATSON TORRALBO**

**Secretaria**

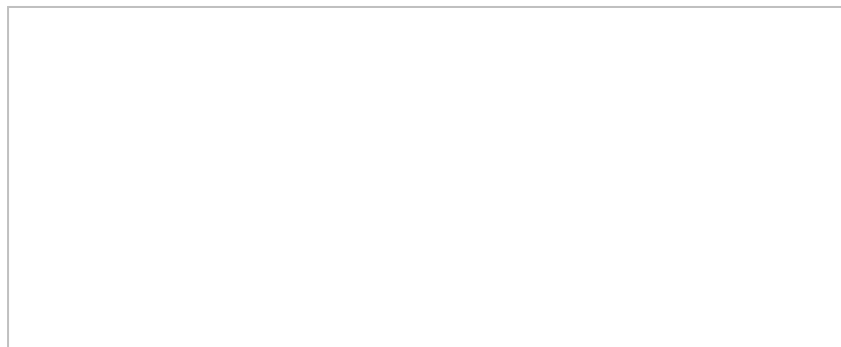
[j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**ASUNTO:** solicitud de información

**RADICADO:** 13001-40-03-002-2021-00131-00

(Por favor ver adjuntos)

Cordialmente,



**Notificaciones Judiciales** / Gerencia Jurídica y Protección de Datos

Teléfono: [\(571\) 3139300](tel:5713139300) Ext: **336-299** / Cra. 9 # 66 - 25 Piso 4, Bogotá D.C. /

Código Postal: 110231

[notificacionesjud@bancamia.com.co](mailto:notificacionesjud@bancamia.com.co) / [www.bancamia.com.co](http://www.bancamia.com.co)

*Hacemos parte del Grupo Fundación Microfinanzas BBVA*

[www.mfbbva.org](http://www.mfbbva.org) / [www.progresomicrofinanzas.org](http://www.progresomicrofinanzas.org) (boletín de actualidad jurídica)

El jue, 1 feb 2024 a las 8:12, Juzgado 02 Civil Municipal - Bolívar - Cartagena

(<[j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co)>) escribió:

Cartagena de Indias D.T. Y C., 25 de enero de 2024.

Cite al contestar

**Oficio No.0019/2021-00131**

Señores (a)

**I. BBVA SEGUROS**

[notifica.co@bbva.com](mailto:notifica.co@bbva.com) - [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)

**II. BANCAMÍA S.A.**

[notificacionesjud@bancamia.com.co](mailto:notificacionesjud@bancamia.com.co) - [impuestos@bancamia.com.co](mailto:impuestos@bancamia.com.co)

Cartagena, Bolívar.

Proceso	:	EJECUTIVO
Demandante	:	NEYLA MARGARITA FLORES DE VOZ C.C. 45.500.476
Demandado	:	BBVA SEGUROS NIT. 800.226.098-4 BANCAMÍA S.A. NIT. 900.215.071-1
Radicación	:	13001-40-03-002-2021-00131-00

Por medio del presente me permito comunicar a usted que este despacho providencia de 05 de diciembre de 2023, dictada dentro del proceso de la referencia, resolvió:

**"Oficiar a BBVA SEGUROS y BANCAMÍA S.A. a fin de que, dentro del término de **cinco (5) días** siguientes a la notificación de este auto, aporten al proceso las condiciones generales de la póliza de seguro de vida grupo No 102162066535, donde figura como tomador Bancamía y como asegurado principal NEYLA MARGARITA FLORES DE VOZ."**

*Se le advierte, que este Despacho convocó a audiencia de que tratan los artículos 372 y 373 del C.G.P. para el día **22 de febrero de 2024 a las 02:30 P.M.,** fecha en la cual debe reposar el documento requerido."*

Al contestar favor citar el radicado.

Atentamente,

Co.Co. [ericksonlopezabogado@gmail.com](mailto:ericksonlopezabogado@gmail.com)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

*Antes de imprimir pensemos en el medio ambiente. En Bancamía estamos comprometidos con la Ecoeficiencia.*

*AVISO: La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos es confidencial y está dirigida exclusivamente a su destinatario, por lo tanto, su uso está prohibido a cualquier persona diferente. Si usted ha recibido este mensaje por error, favor notifiquenoslo y elimínelo. Si usted no es el destinatario no debe usar revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje. La información contenida en este correo no relacionada con el negocio oficial del remitente debe entenderse como personal y de ninguna manera es avalada por BANCAMIA*

MAPFRE COLOMBIA VIDA 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 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 CRÉDITO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y PERIODOS DE CARENIA ESTABLECIDOS Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

## 1. AMPARO BASICO

**1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA INCLUIDO SUICIDIO**  
LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DEBE INDEMNIZAR HASTA EL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA DEL PLAN CONTRATADO, AL FALLECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS OCASIONADO POR CUALQUIER CAUSA Y OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. INCLUYENDO SUICIDIO, HOMICIDIO, TERRORISMO Y FALLECIMIENTO POR SIDA NO PREEXISTENTE, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTA PÓLIZA Y DESDE EL PRIMER DÍA.

## 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 CONSIDERARÁ SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS COMUNES O CUANDO LA PERDIDA 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 AMPARA PREEXISTENCIAS. LAS EXCLUSIONES PARA ESTA COBERTURA SERÁN LAS CONTEMPLADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO.

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 RÉGIMENES 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 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.

**2.1.1. EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**  
EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

**2.2. ANTICIPO POR CÁNCER Y 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 SESENTA (60) DÍAS CALENDARIOS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL 50% DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA, CUANDO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ CÁNCER O UNA

ENFERMEDAD CONSIDERADA COMO GRAVE, (CÁNCER, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL, INFARTO AL MIOCARDIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE, TRASPLANTE DE ÓRGANOS; GRAN QUEMADO.

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SON OBJETO DE COBERTURA:

**CÁNCER:** ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE O NO SER TUMORAL, QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL MAL DE HODGKIN.

**CÁNCER IN SITU:** SERÁN INCLUIDOS ÚNICAMENTE LOS DE SENO, MATRIZ, PRÓSTATA Y PIEL, EL 10% DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, EN CASO DE PAGARSE LA COBERTURA AL 100% SERÁ DEDUCIDO.

**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 TRASPLANTE DE RIÑÓN.

**INFARTO DEL MIOCARDIO:** MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE.

**CIRUGÍA ARTERIO - CORONARIA:** INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO, QUE SE REALIZA PARA CORREGIR LA 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, 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. LA COMPAÑÍA, AMPARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, UNO O DOS RIÑONES, MEDULA ÓSEA, HIGADO 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 PERINÉ.

**ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:** DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN EXÁMENES NEUROLÓGICOS Y COGNITIVOS (POR EJEMPLO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, PET DE CEREBRO). LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

**ENFERMEDAD DE PARKINSON:** DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCEROS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.  
**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 DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TESTS 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.

PARÁLISIS: PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN MOTORA Y SENSITIVA DE DOS MIEMBROS COMPLETOS, SUPERIORES O INFERIORES, COMO RESULTADO DE LESIÓN O ENFERMEDAD. LA DISCAPACIDAD DEBE SER PERMANENTE Y PROBADA CON EVIDENCIA MÉDICA PERTINENTE. LAS CAUSAS DE LA PARÁLISIS, DEBEN AFECTAR LA CONDUCTIVIDAD DE LA MÚDULA ESPINAL POR SECCIÓN, COMPRESIÓN O DESTRUCCIÓN DE LA MISMA, COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD SUFRIDOS. EL DIAGNÓSTICO Y LA DETERMINACIÓN DE LA PÉRDIDA FUNCIONAL PERMANENTE, DEBEN SER CERTIFICADOS POR UN MÉDICO Y HABERSE PRESENTADO, EN FORMA CONTINUA Y PERMANENTE, DURANTE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE PRESENTÓ INICIALMENTE LA PARÁLISIS. EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR PRUEBAS FEHACIENTES DE LA CAUSA Y/O CAUSAS DE LA PARÁLISIS.

EN CASO QUE EXISTA CONCOMITANCIA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS EN LA COBERTURA SE DARÁ COBERTURA ÚNICAMENTE A LA DE MAYOR SEVERIDAD ES DECIR NO SON ACUMULATIVAS.

2.2.1. RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y DEL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE RESTABLECE AL CIENTO POR CIENTO (100%) A LA RENOVACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA DE VIDA GRUPO, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO AL MENOS 120 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE SE REALIZÓ EL PAGO DE LA ENFERMEDAD GRAVE Y SE RENUEVE LA PÓLIZA.

EN CUALQUIER CASO, EL RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA NO SERÁ REALIZADO ANTES DE 120 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE SE REALICE EL PAGO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES AMPARADAS Y DEFINIDAS EN ESTE ANEXO.

2.2.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

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

- CUALQUIER MANIFESTACIÓN O TRATAMIENTO RELATIVO A DOLENCIAS QUE SE HAYAN PRESENTADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS), EL CÁNCER DE CÉRVIX Y CÁNCER IN SITU NO INVASIVO SALVO LOS DEFINIDOS PARA LA MUJER, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCritos EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PREMALIGNOS O QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE INVASIÓN.
- LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO.
- TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.

2.3. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

SI EL ASEGURADO PRINCIPAL FALLECE O SUFRE ALGUNA DE LAS LESIONES CORPORALES ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES PREVISTA EN EL NUMERAL 2.3.3. COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO.

DENTRO DE ESTA COBERTURA SE INCLUYE EL DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

LA DESAPARICIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO: TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS, DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHÍCULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE CONSIDERARÁ FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, CUANDO OCURRA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS QUE DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1145 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3.1. INCLUYE HOMICIDIO Y TERRORISMO:

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ AL ASEGURADO EL DOBLE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA INCLUYENDO EL AMPARO BÁSICO DE VIDA, CUANDO OCURRA SU FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE HOMICIDIO O ACTOS TERRORISTAS, SIGNIFICA EL LEVANTAMIENTO DE LA EXCLUSIÓN POR HOMICIDIO Y TERRORISMO, NO CONSTITUYE UNA TRIPLE INDEMNIZACIÓN.

INCLUYE MOTOCICLISMO A EXCEPCIÓN DE COMPETENCIAS, PELEAS Y RIÑAS QUE NO SEAN PROVOCADAS POR EL ASEGURADO Y ATRACO.

2.3.2. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN:

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO PRINCIPAL, CUANDO A CAUSA DE UN ACCIDENTE SUFRA LA PÉRDIDA O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DE UN ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO, EN FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

2.3.3. 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 irreuperable en ajenación mental irreuperable, Pérdida total e irreuperable de la visión de ambos ojos, las dos manos, los dos pies, una mano y un pie o una mano o un pie junto con la visión de un ojo.	100%
Pérdida total e irreuperable de la visión por un ojo, el habla, la audición por ambos oídos, o una mano o un pie.	50%
Ablación o Extripación de la mandíbula inferior.	30%
Pérdida total e irreuperable de la audición por un oído o dos o más dedos de cualquiera de las manos.	25%
Catarata traumática bilateral operada, pérdida de un Pulmón o reducción al 50% de su capacidad, pérdida de un Riñón, Bazo, Hígado o Páncreas.	20%
Pérdida o inutilización del dedo pulgar de cualquier pie o Catarata traumática operada.	10%
Pérdida total e irreuperable de; el olfato, el gusto, un dedo de cualquier mano o 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 SERA OBJETO DE COBERTURA

2.3.4. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

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

ADEMAS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CODIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE ANEXO NO CUBRE PERDIDA ALGUNA, INCLUYENDO LA DE VIDA, QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD
- TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO (EXCEPTO EL QUE SE NECESITARE ÚNICAMENTE A CONSECUENCIA DE LESIONES CUBIERTAS POR ESTE ANEXO)
- SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO,
- LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACION POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA.



2.4. AUXILIO POR MATERNIDAD:

LA COMPAÑÍA OTORGA UN AUXILIO POR MATERNIDAD PARA LAS ASEGURADAS PRINCIPALES MUJERES SIEMPRE Y CUANDO AL INGRESO DE LA PÓLIZA EL ESTADO DE EMBARAZO NO SEA PREEXISTENTE: SE PAGARA MÁXIMO UN (1) EVENTO POR VIGENCIA.

2.5. 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 DE \$ 100.000 COMO PAGO ÚNICO.

2.6. 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 DE \$ 100.000 COMO PAGO ÚNICO.

2.7. CANASTA EDUCATIVA PARA UTILES PAGO UNICO 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 DE \$ 100.000 COMO PAGO ÚNICO.

2.8. CANASTA EDUCATIVA PARA UTILES PAGO UNICO 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 DE \$ 100.000 COMO PAGO ÚNICO.

2.9. 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 DE \$100.000, COMO PAGO ÚNICO PARA ESTE AMPARO. 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, CONVALESCENCIA 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.

2.10. AUXILIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO O CASA:

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO DE \$100.000 COMO PAGO ÚNICO, PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO O CASA.

2.11. RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL  
LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR DE \$300.000, 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.

2.11.1. PERIODO DE CARENIA  
SE DEFINE COMO EL PERIODO POSTERIOR INMEDIATO A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO ESTARÁ CUBIERTO BAJO NINGUNO DE LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA. ESTE PERIODO DEBERÁ CUMPLIRSE POR ÚNICA VEZ PARA CADA ASEGURADO.  
PARA LAS COBERTURAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL EL PERIODO DE CARENIA ES DE SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO.

NOTA: ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN (1) EVENTO POR VIGENCIA POR ASEGURADO.

3. RESUMEN Y DEFINICION PLANES DE SEGURO

AMPAROS Y COBERTURAS	PLAN A	PLAN B
Muerte por cualquier causa	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000

Incapacidad Total y permanente	\$ 3.000.000	\$ 5.000.000
Muerte Accidental - Incluido el Amparo básico	\$ 6.000.000	\$ 10.000.000
Anticipo por Enfermedades graves (50%)	\$ 1.500.000	\$ 2.500.000
Cáncer Mujer anticipo (10% del Anticipo)	\$ 150.000	\$ 250.000
Auxilio por Maternidad	\$ 200.000	\$ 200.000
Canasta por Fallecimiento	\$ 100.000	\$ 100.000
Canasta por Incapacidad Total Y Permanente	\$ 100.000	\$ 100.000
Canasta Educativa para Pago de Útiles Por Fallecimiento	\$ 100.000	\$ 100.000
Canasta Educativa para Pago de Útiles Por Incapacidad Total Y Permanente	\$ 100.000	\$ 100.000
Renta clínica por Hospitalización, Cirugía o tratamiento médico	\$ 100.000	\$ 100.000
Auxilio de Incapacidad Total y Permanente para adecuación de vehículo o casa	\$ 100.000	\$ 100.000
Renta para Incapacidad Total temporal igual o superior a 15 días	\$ 300.000	\$ 300.000
PRIMA MENSUAL	\$ 4.500	\$ 5.550

4. VIGENCIA

La vigencia de la cobertura individual será igual a la vigencia del crédito, incluyendo las nuevas vigencias de las pólizas por los créditos otorgados por el Banco, con fecha futura correspondiente a la póliza inicial.

5. CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMO INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa, Canasta por fallecimiento, Canasta Educativa para Pago de Útiles Por Fallecimientoa	18 AÑOS	78 años y 364 días	INDEFINIDO
Incapacidad Total y permanente, Fallecimiento Accidental y beneficios por desmembración, Canastas por Incapacidad Total y Permanente Auxilio de Incapacidad Total y Permanente para adecuación del vehículo o casa.	18 AÑOS	78 años y 364 días	80 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 AÑOS	74 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Auxilio por Maternidad	18 AÑOS	50 años y 364 días.	50 años y 364 días.
Renta Clínica por Hospitalización, por Cirugía o tratamiento médico	18 AÑOS	60 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Renta por Incapacidad Total Temporal igual o superior a 15 días	18 AÑOS	62 años y 364 días.	62 años y 364 días.

6. INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará directamente al asegurado o a los beneficiarios, según corresponda, la indemnización a que está obligada, dentro del tiempo definido con el Tomador, una vez se haya formalizado la reclamación.

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

6.1. PARA RECLAMACIÓN POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Copia registro civil de defunción y del certificado de defunción del DANE (2 hojas)
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Acta de levantamiento o protocolo de necropsia en caso de muerte violenta (suicidio, homicidio, accidente)
- Historia Clínica
- Certificación bancaria

6.2. PARA RECLAMACIÓN 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. En los casos en los cuales no se adjunte la certificación, la compañía realizará la calificación, con base en la Historia Clínica completa.
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Historia clínica completa
- Certificación bancaria

6.3. PARA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

- Copia cedula
- Historia clínica completa
- Exámenes de diagnóstico de la patología
- Certificación bancaria

6.4. PARA RECLAMACIÓN POR AUXILIO MATERNIDAD

- Registro civil de nacimiento del hijo
- Copia de la cedula del asegurado
- Certificación bancaria

#### 6.5. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

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

#### 7. AMPLIACIÓN 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 hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

#### 8. RENOVACION

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas; por un periodo de dos años.

#### 9. REVOCACION

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de sesenta (60) días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual. Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

La recepción 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.

#### 10. DEVOLUCIONES DE PRIMA.

En caso de revocación del contrato por parte del asegurado, la fórmula para devolución de primas por parte de la Compañía será:

Valor a devolver al asegurado por parte de Mapfre = [(fecha fin de vigencia seguro - fecha de cancelación)/(fecha fin de vigencia seguro - fecha inicio de vigencia seguro)] \* prima emitida

#### 11. DEFINICIONES

**ACCIDENTE:** Hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y que le cause la muerte o lesiones.

**ASEGURADO:** Es la persona natural que tiene un vínculo con el Tomador y que, para efectos de este seguro, tiene interés asegurable, y ha sido aceptado por la Compañía.

**BENEFICIARIO:** Es la persona o personas a quienes el asegurado principal 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 COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

**EVENTO:** Es la circunstancia que da lugar al pago de la indemnización cubierta por la Póliza.

**GRUPO ASEGURABLE:** Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan personería jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

**EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Es la edad hasta la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.

**EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Es la edad a partir de la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.

**EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Es la edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente contrato de seguro. Una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el seguro se dará por terminado. Exclusiones. Se refiere a todos aquellos hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el contrato de seguro, y que se encuentran expresamente indicados en las condiciones particulares.

**MÉDICO:** Profesional que cursó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del Asegurado otorgándole el derecho a reclamar una indemnización en virtud del Seguro, no podrá ser el Asegurado, un pariente o un amigo cercano.

**PERIODO DE CARENIA:** 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. **PÓLIZA:** Documento que contiene las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que identifican el riesgo.

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

**RESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.** A los efectos de esta Póliza, es aquella persona cuyo domicilio principal se encuentra situado en el territorio de la República de Colombia.

**TERRORISMO:** Toda acción o tentativa de acción que sea realizada con propósitos políticos, sociales o religiosos que afecte físicamente a los asegurados. Dicha acción o su tentativa debe ser real, presente, inminente, y puede ser tangible o intangible.

#### 12. 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.

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

#### 14. CONTINUIDAD DE COBERTURA

Para las pólizas actuales que venzan después del 1 de febrero de 2018, La compañía otorgará continuidad de cobertura al asegurado principal, su grupo familiar que se encuentren actualmente asegurados, en las mismas condiciones que vienen asegurados con Mapfre Seguros, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, Esta continuidad aplica para los casos en que los certificados individuales vigentes tengan vencimiento y el asegurado decida adquirir una nueva póliza o renovarla bajo los planes que se estén comercializando.

#### 15. 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.

#### 16. 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 mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.
- Cuando ocurra el fallecimiento del asegurado.
- Al finalizar la vigencia de seguro

#### 17. PREEXISTENCIAS

No se otorga cobertura de Preexistencias

EN CASO DE SINIESTRO, FAVOR COMUNÍQUESE A:



**NACIONAL: 018000 977 025**  
**BOGOTÁ: 307 7026**

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

15092015-1430-VID-546-SEP/15



**MAPFRE**

MAPFRE SEGUROS GENERALES  
DE COLOMBIA S.A.

*[Firma manuscrita autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE  
COLOMBIA S.A.



PÓLIZA DE VIDA PLAN B No.

102162066535

CERTIFICADO No.

B-000255156

Código oficina	Nombre oficina	Número	Cod. ejecutivo	Vigencia del seguro
221	CASTILLA	0	MCASTANO	Desde 14/02/2020 Hasta 14/02/2021

Plan seleccionado Plan B

Tomador del seguro BANCAMIA S.A. Nit 900.215.071-1

**Datos del asegurado principal**

Nombres y apellidos	JOSE ARIEL REYES TAMAYO	Fecha nacimiento	29/04/1963	Sexo	MASCULINO
Identificación	CC 6023450	Fecha exp	11/03/1983	Estado civil	CASADO
Lugar expedición	VENADILLO	Ocupación	Empleado		
Dirección residencia	URBANO CARRERA 85 98D 21 PISO 2				
Ciudad	MEDELLIN	Teléfono	Celular 3136657244		
Actividad económica	10 ASALARIADOS: PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILIQUIDAS. CUYO				
Correo electrónico		Envío de correspondencia	<input type="checkbox"/> Residencia <input checked="" type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Correo		

**Datos del cónyuge**

Nombres y apellidos	Identificación	Fecha nacimiento	/ /
---------------------	----------------	------------------	-----

**Amparos y valores asegurados**

AMPAROS	Plan Plan B
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (HOMICIDIO, SUICIDIO, TERRORISMO Y SIDA)	\$ 5,000,000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE(HOMICIDIO, TERRORISMO E INTENTO DE SUCIDIO)	\$ 5,000,000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (HOMICIDIO, TERRORISMO, MOTOCICLISMO A EXCEPCIÓN DE COMPETENCIAS, PELEAS Y RIÑAS QU)	\$ 5,000,000
ANTICIPO ENFERMEDADES GRAVES (50%), CÁNCER, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍ	\$ 2,500,000
CÁNCER IN SITU	\$ 250,000
AUXILIO POR MATERNIDAD	\$ 200,000
CANASTA POR FALLECIMIENTO ÚNICO	\$ 100,000
CANASTA POR FALLECIMIENTO PAGO ÚNICO	\$ 100,000
CANASTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO ÚNICO	\$ 100,000
CANASTA EDUCATIVA PARA PAGO DE ÚTILES POR FALLECIMIENTO PAGO ÚNICO	\$ 100,000
RENTA CLÍNICA POR HOSPITALIZACIÓN, POR CIRUGÍA O TRATAMIENTO MÉDICO	\$ 100,000
AUXILIO DE ITP POR ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO O DE LA CASA	\$ 100,000
RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL, TEMPORAL IGUAL O SUPERIOR	\$ 300,000

**Valores de la Prima**

Prima mensual individual	\$ 5,550.00
Prima total	\$ 66,600.00

**Relación de beneficiarios**

Nombres y apellidos	Identificación	Parentesco	Fecha nacimiento	%
NORA VALENCIA GUEVARA	CC 42092420	CONYUGE	20/01/1965	100.00

**Declaración de asegurabilidad**

Por medio de la presente declaración, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro, así como, acepto el contenido de sus amparos, exclusiones, los cuales se encuentran al reverso de la presente Solicitud Póliza. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 78 años. También declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas, no practico deportes que pongan en peligro mi integridad personal, no padezco ni he padecido enfermedades mentales, psiquiátricas, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, SIDA, enfermedades congénitas o cualquier otra enfermedad que haya afectado mi salud antes de la suscripción de la presente póliza.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación penal colombiana vigente, cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. En desarrollo al artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas, aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Artículo 1068 del código de comercio Terminación automática del seguro, "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato", BANCAMIA S.A. no actúa ni como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa de la aseguradora contratante. Autorizo a MAPFRE Seguros, sus proveedores o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión, muestreos, consulte, procese, reporte, obtenga, actualice y divulgue en la centrales de información del sector financiero y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, cumplimiento y extinción de las Obligaciones contraídas o que lleguen a contraer, fruto de operaciones financieras o comerciales celebradas con MAPFRE Seguros "Vigencia del seguro: La cobertura del certificado iniciará una vez se realice el desembolso del crédito de BANCAMIA S.A. hasta la finalización del mismo.

**AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS — (NO FIRME ESTE CERTIFICADO SIN LEER Y ACEPTAR)**

Autorizo a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. a sus encargados y/o aquellos que representen sus derechos, para tratar los datos que suministro con el presente certificado, para fines relacionados con la actividad aseguradora, tales como el aseguramiento de riesgos, la realización de estudios estadísticos, campañas comerciales y de mercadeo, el cumplimiento de normas legales, así como las demás finalidades establecidas en la política y autorización de tratamiento de datos personales, disponible en la página web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co) MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. bajo estas mismas finalidades, podrá obtener, almacenar, consultar, procesar, actualizar y adicionalmente compartir mis datos con contratistas y terceras personas con las cuales se establezcan relaciones legales y contractuales que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, así como con la matriz de MAPFRE Seguros y demás subsidiarias de la matriz, todo ello dentro del marco de la ley.

EL CLIENTE ASEGURADO autoriza expresa e irrevocablemente a BANCAMIA S.A. para que solicite ante la COMPAÑÍA ASEGURADORA la cancelación anticipada del seguro correspondiente a este documento, en el evento en que incurra en mora superior a 180 días en el pago del crédito desembolsado por BANCAMIA S.A. para financiar la prima de dicho seguro. Asimismo, lo autoriza para recibir de la COMPAÑÍA ASEGURADORA los dineros correspondientes a la devolución de las primas no devengadas y para abonar dicho dinero de manera directa al saldo insoluto del crédito en mora, aplicándolo primero a comisiones, otros seguros e intereses en mora, y finalmente al capital del crédito para reducir valor de cuotas subsiguientes. Entiendo que me asisten los derechos de acceder, rectificar, suprimir y actualizar mis datos, de acuerdo con lo establecido en la Constitución Nacional y las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, para lo cual puedo Contactarlos a la dirección Cra. 14 No. 96-34 Bogotá D.C y al teléfono 6503300 favor verificar anexos con las condiciones antes de firmar. Servicio de Atención al cliente: En Bogotá: 3077024 y en el resto del país: 01 8000 51 99 91. Horario de Atención: lunes a viernes 8:00 am – 5:30 pm sábados 8:00 am – 12:00 am.





PÓLIZA DE VIDA PLAN B No.

102162066535

CERTIFICADO No.

B-000255156

Código oficina	Nombre oficina	Número	Cod. ejecutivo	Vigencia del seguro
221	CASTILLA	0	MCASTANO	Desde 14/02/2020 Hasta 14/02/2021
Plan seleccionado	Plan B			
Tomador del seguro	BANCAMIA S.A.	Nit	900.215.071-1	

## Datos del asegurado principal

Nombres y apellidos	JOSE ARIEL REYES TAMAYO	Fecha nacimiento	29/04/1963	Sexo	MASCULINO
Identificación	CC 6023450	Fecha exp	11/03/1983	Estado civil	CASADO
Lugar expedición	VENADILLO	Ocupación	Empleado		
Dirección residencia	URBANO CARRERA 85 98D 21 PISO 2				
Ciudad	MEDELLIN	Teléfono	Celular 3136657244		
Actividad económica	10 ASALARIADOS: PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILIQUIDAS. CUYO				
Correo electrónico		Envío de correspondencia	<input type="checkbox"/> Residencia <input checked="" type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Correo		

## Datos del cónyuge

Nombres y apellidos	Identificación	Fecha nacimiento	/ /
---------------------	----------------	------------------	-----

Para constancia se firma en MEDELLIN, a los catorce (14) días del mes de febrero de dos mil veinte (2020).

Firma autorizada  
MAPFRE SEGUROSFirma del asegurado  
JOSE ARIEL REYES TAMAYO CC 6023450

Oficina defensor del consumidor: Cra. 14 No. 96-34 Bogotá D.C teléfono 3077026 e- mail manuelg.rueda@gmail.com

Este documento ha sido firmado digitalmente por BioFirma, usando un certificado digital, si desea conocer mas información acerca de este certificado puede consultarla utilizando una herramienta como Adobe Reader, opcion Firmas, detalles de certificado.

JOSE ARIEL REYES TAMAYO

Fecha: 2/14/2020 4:18:06 PM

Nombre: JOSE ARIEL

Apellido: REYES TAMAYO

Cédula: 6023450

Teléfono: 3136657244

Dirección: URBANO CARRERA 85 98D 21 PISO 2



2020-02-14-16-18-06-759-6023450,

Bogotá D.C. nueve (09) de febrero de 2024

Señores:

**JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGENA DE INDIAS**

**MARIA FERNANDA MATSON TORRALBO**

**Secretaria**

[j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j02cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co)

**ASUNTO:** solicitud de información

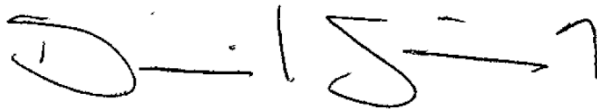
**RADICADO:** 13001-40-03-002-2021-00131-00

De manera atenta y en relación con el oficio de la referencia, remitimos la póliza No. 102162066535 y sus condiciones.

Se aclara, que la póliza fue otorgada por la Mapfre Seguros.

Esperamos haber atendido su solicitud y quedamos atentos a lo que se requiera por parte nuestra.

Con el acostumbrado respeto,



**DAVID LEONARDO SIERRA ESPITIA**