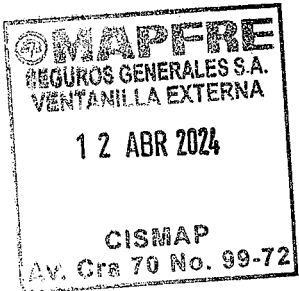


 Institución de Educación Superior UCEVA Unidad Central del Valle del Cauca	GESTIÓN DE CONSULTORÍA Y ASESORÍA	CÓDIGO:GPS-GCRE-F-036
	FORMATO	VERSIÓN: 1
	BOLETA DE CITACIÓN – CENTRO DE CONCILIACIÓN	FECHA: 10/AGO/2022

Tuluá, 04 de abril de 2024

Señores
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
ATT: Representante Legal o quien haga sus veces
Avenida Carrera 70 No. 99-72
601 3227174 – 6503300 - 3176608192
Correo electrónico: njudiciales@mapfre.com.co
Bogotá D.C.



Referencia: Citación a Audiencia de Conciliación.

WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ C.C. 14.894.015 expedida en Buga (V), se ha presentado a nuestras oficinas, con el fin de solicitar audiencia de conciliación en materia CIVIL, relacionado con pago indemnización contenida en la Póliza No. 1503421000150.

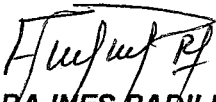
Por lo tanto, con el único fin de tratar de llegar a un acuerdo extrajudicial satisfactorio para ambas partes, lo cito para que comparezca en **audiencia virtual El día 06 de mayo de 2024 hora: 8:00 a.m., por Google meet, mediante el siguiente enlace:**
<https://meet.google.com/uvu-akpm-inf>

De conformidad con el Artículo 58 de la Ley 2220 de 2022, podrá presentarse a la audiencia de conciliación sola o en compañía de apoderado, quien debe ser abogado titulado.

De conformidad con el Artículo 59 de la Ley 2220 de 2022 se advierte que su inasistencia a la audiencia de conciliación podrá ser considerada como indicio grave en contra de las pretensiones o de sus excepciones de mérito en un eventual proceso judicial y en caso de ser esta conciliación requisito de procedibilidad y se instaure la demanda judicial, el juez impondrá multa a la parte que no haya justificado su inasistencia a la audiencia.

NOTA: También se le informa que según lo establecido en el Artículo 62 de la Ley 2220 de 2022 “En la conciliación en derecho las pruebas podrán aportarse con la solicitud de conciliación, teniendo en cuenta los requisitos consagrados en el Artículo 243 y siguientes del Código General del Proceso, o las normas que lo sustituyan, adicionen o complementen.

Atentamente,

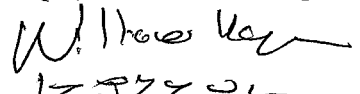

ALBA INES PADILLA ROLDAN
Docente Conciliadora
Centro de Conciliación de la Unidad Central del Valle del Cauca
3153567928

Guadalajara de Buga abril, 11 de 2024

Señores:

mapfre Colombia Vida Seguros S.A
cordial saludo.

me permito informar que este documento
realizado a mano es independiente al
paquete que a ustedes le llega.

nota; quero que tengan encuesta ya que
por via tutela no se observo una prueba que
se anexo y tuvimos que seguir el conducto
regular que es la conciliación y de no llegar
a ningun acuerdo continuaremos con la demanda
quero que tengan encuesta que tengo los audios
donde la asesora acepta el error que cometo
con la venta de la póliza el no haber entre
gado el clausulado a tiempo y que reconozca
que tuvo una falla cuando deseen si quie
ren se los podemos enviar por el medio
que ustedes soliciten extrajudicialmente para
que analicen si es viable una conciliación
quedare atento a una posible respuesta
recuerden que este documento no hace
parte del paquete que se les envia esto
fue decisión mia escribirlo Aff 

Tel: 3187370371

correo: Wchicozos@gmail.com.

1757804

SOLICITUD DE CONCILIACIÓN

No. _____

Guadalajara de Buga, 14 de marzo de 2024

Señor(es)

CENTRO DE CONCILIACIÓN DEL CONSULTORIO JURIDICO

Sede Casa de Justicia

Calle 30 No. 13-01

Buga, Valle

REFERENCIA: SOLICITUD DE CONCILIACIÓN.

DATOS DEL SOLICITANTE(S):

Nombres y apellidos **WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 14.894.015 de Buga Estado Civil Escolaridad: **TECNICO**; Ocupación: **PENSIONADO**, Dirección **CARRERA 12 SUR CASA 29 VEREDA EL MANIANTIAL**, Municipio: **GUADALAJARA DE BUGA**, Departamento: **VALLE DEL CAUCA** Estrato: 1, celular: 3187370371, Correo electrónico: wichixo205@gmail.com

Comedidamente solicito a ustedes audiencia de conciliación de manera Virtual , Presencial ☐ o Mixta ☒ en materia **CIVIL** con el fin de solucionar el conflicto con:

DATOS DEL SOLICITADO(S):

Nombre y Apellidos **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**

Dirección completa: **CARRERA 14 # 96-34** Municipio: **BOGOTÁ D.C.**

Teléfono: **601 3227174** Celular **3176608192**

Correo Electrónico: **njudiciales@mapfre.com.co**

¿CUÁNTO HACE QUE SE INICIÓ EL CONFLICTO?: 1 mes (☐); 2 meses (☐); inferior a un año (☐); superior a un año (☒).

Comedidamente y en cumplimiento de las normas constitucionales y legales que regulan la conciliación, solicito se cite a las partes relacionadas, para que previo los trámites de ley se concilien los siguientes hechos:

HECHOS

La controversia que se desea solucionar tiene como hechos los siguientes:

PRIMERO. Desde el mes de noviembre de 2013 aproximadamente y hasta el día 30 de diciembre de 2021 laboré como auxiliar de enfermería domiciliaria en la IPS CONFANDI de la ciudad de Buga.

SEGUNDO. En dicha IPS laboré bajo la modalidad de prestador de servicios y mis labores eran las de estar visitando pacientes en sus domicilios todos los días de la semana, por lo que tenía que estar trasportándome permanentemente en la motocicleta de placas **NDZ28C** de propiedad de mi señora esposa **DIANA ALEJANDRA VANEGAS GARCIA**.

TERCERO. Que el día 10 de diciembre de 2018 cuando me dirigía a visitar a un paciente, a eso de las 5.30 de la mañana un carro fantasma me atropelló y se dio a la huida, dejándome tirado en el piso.

CUARTO. Que a consecuencia de dicho accidente perdí la visión en mi ojo derecho con terminación de tratamiento y reintegro a mi puesto de trabajo.

QUINTO. Que, debido a lo ocurrido con mi ojo derecho en el accidente de tránsito antes acotado, resolví tomar un seguro de vida con la compañía de Seguros **MAPFRE COLOMBIA** la cual se distingue con el número **1503421000150**, la cual además de amparar a beneficiarios por muerte natural o accidental contaba también con un **“AMAPRO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”**.

SEXTO. Que al momento de adquirir con la señora **MARIA ROSARIO CASTILLO DE VALENCIA**, cuya clave en la mencionada compañía de seguros es la **5564** de la sucursal de la ciudad de Tuluá.

SÉPTIMO. Que cuando adquirí la mentada póliza con la asesora MARIA DEL ROSARIO, ella me preguntó sobre posibles patologías, enfermedades o accidentes “recientes” a lo cual yo respondí que no y que tuve un accidente, pero hacía más de 3 años actual, a lo cual ella no hace ninguna observación ni comentario que pueda impedir la adquisición de la póliza de vida aquí referida. Incluso la señora asesora diligenció a puño y letra el formato donde se debía informar sobre dichas preexistencias y contingencias. Es de anotar que cuando ya se presenta el caso aquí controvertido, la asesora admite en dos (2) audios compartidos con el suscrito que ella “*no tuvo en cuenta de explicarme lo relacionado con dichas preexistencias*” y **que solo hasta el año presente (2023) me fue entregado el clausulado.**

OCTAVO. Que la mencionada póliza fue adquirida el primero (1º) de octubre del año 2021 y ha sido renovada automáticamente hasta **octubre de 2023** la cual no me volvieron a expedir (renovar) por los motivos que más adelante explicaré

NOVENO. Que el día **30 de diciembre de año 2021** infortunadamente sufrí un nuevo accidente de tránsito a eso de las 3.30 pm en la vía Buga - Sonso, cuando me disponía a asistir a un paciente, a causa de que dos camiones que iban adelante el uno al otro, uno de ellos me cerró e hizo que cayera al piso ocasionando un fuerte golpe en la cabeza a pesar de que portaba adecuadamente mi casco de protección. Cabe aclarar que en dicho siniestro llevaba como acompañante a mi señora esposa DIANA ALEJANDRA, quien afortunadamente no sufrió lesión alguna, y que fue en la misma motocicleta de placas NDZ28C de propiedad de mi esposa.

DÉCIMO. Que a consecuencia del golpe sufrido en la cabeza en el accidente mencionado en el anterior hecho después de todos los tratamientos médicos realizados por neuro-oftalmología y con la posterior calificación por medicina laboral en la ARL SURA fui calificado con un 55.4% de pérdida de la capacidad laboral de origen laboral.

UNDÉCIMO. Que por haber sido calificado con dicho porcentaje el cual me hacía beneficiario de la pensión de origen laboral y en razón a que dicha incapacidad era total y permanente, resolví solicitar a la compañía MAPFRE COLOMBIA la indemnización por la invalidez total y permanente que me habían dictaminado, solicitud que realicé el día 27 de marzo de hogañio a través de la asesora MARIA DEL ROSARIO CASTILLO (a su correo electrónico) y del cual recibí respuesta negativa en la que argumentaba la ACCIONADA que la invalidez tenía que ser igual o superior al 65% **día y correo en el que apenas se dignó enviarme el clausulado, es de recalcar y reiterar que dicho clausulado nunca me lo entregaron sino después de casi 3 años. Anexo copia del WhatsApp recibido de la señora asesora MARIA DEL ROSARIO CASTILLO donde me informan sobre el porcentaje requerido para el pago de la indemnización.**

DECIMOSEGUNDO. Que debido a la negativa de la ACCIONADA de pagarme la indemnización con el porcentaje de 54% de PCL de origen laboral, tomé la decisión de realizarme a mi costa, una nueva calificación ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, la cual arrojó un 84.5% de pérdida de capacidad laboral, ya que fue por ser inferior al 65% de la PCL que la accionada **OBJETÓ** el pago de la indemnización que me asiste por derecho.

DECIMOTERCERO. Que cuando ya realicé nuevamente la solicitud del pago de la indemnización con el nuevo dictamen emitido por la Junta regional de calificación de invalidez que arrojó un 84.5% de PCL de carácter permanente y total, la accionada **OBJETÓ** nuevamente el pago de mi indemnización argumentando que existía una “preexistencia” originada por el primer accidente de tránsito acaecido el día 18 de diciembre de 2018 y haciendo alusión a una reticencia de mi parte lo cual no es cierto. Pues como ya lo he explicado yo informé a la asesora de todo lo sucedido en dicho siniestro y mi incapacidad total y permanente se originó fu a causa del segundo accidente que incluso fue la que originó mi pensión de origen laboral (con una pensión mínima) por parte de SURA ARL.

DECIMOCUARTO. Es pertinente aclarar que incluso cuando me dan la primera respuesta “**OBJETANDO**” el pago de la indemnización (por no contar con el 65% o más de PCL), me envían un clausulado diferente a aquel que me envían en la posterior respuesta (segunda) en la que me **OBJETAN** nuevamente el pago por la supuesta preexistencia, es decir como cambiando las reglas de juego en la mitad del camino. Pues como se puede corroborar con las copias que anexo a la presente acción constitucional los numerales de las objeciones son diferentes en cada uno de los clausulados en los que se basaron para objetar el pago de la indemnización.

PRETENSIONES

Con fundamento en los anteriores hechos, presento las siguientes pretensiones:

Que la compañía **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.** pague al suscrito **WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ** titular de la cédula de ciudadanía 14.894.015 de Buga, la respectiva indemnización, contenida en la póliza denominada **PÓLIZA DE SEGUROS DE VIDA** distinguida con número **1503421000150** contratada por mi persona, la cual cuenta entre otros con el **"AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE** por valor de **DOCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE (\$200.000.000.00)**

ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Estimo la cuantía en un valor total equivalente a **DOCIENTOS MILLONES DE PESOS MCTE (\$200.000.000.00)**

PRUEBAS

Anexo para que sirvan como pruebas los siguientes documentos

- 1_Recibo de pago de la póliza No. **1503421000150** realizado a la compañía **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A**
2. Solicitud de pago de la indemnización **AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**
3. Pantallazo donde se objeta el pago de la indemnización, argumentando que la invalidez debería de ser del 65% de pérdida de capacidad laboral o mayor.
4. Solicitud del pago de la indemnización anexando nueva calificación de la junta regional de calificación con el 84.50% de pérdida de capacidad laboral de carácter permanente y de origen laboral.
5. Objeción por reticencia al pago de la indemnización de **AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. Es decir ya no objetan por el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, sino por otro motivo.**
6. Derecho de petición solicitando se reconsidere la objeción por reticencia y se me haga el pago de la indemnización **AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**
7. Confirmación de no pago del **AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**
8. Copia del clausulado o condicionado Póliza de seguros emanado de **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.** Enviado al suscrito solo cuando requerí del pago de la indemnización. Es decir nunca se me entregó el clausulado cuando realicé la compra de la póliza de seguros la cual incluye el **AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**

En caso de actuar como agente oficioso, el interesado deberá ratificar su interés de continuar con el proceso conciliatorio dentro de los diez (10) días siguientes a la radicación de la presente solicitud, de conformidad con el Parágrafo 1 del Artículo 50 de la Ley 2220 de 2022.

Solicitante,


WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ 17 397 015
C.C. No. 14.894.015 de Buga

Señores: Mapfre
Área de defensoría Mapfre
VANESSA PALOMAR ANISTA DE MAPFRE

DERECHO DE PETICION ARTICULO 23 DEL C.P.C

Cordial saludo me dirijo a ustedes con el fin de presentar una inconformidad con la respuesta que he obtenido por parte de la compañía aseguradora Mapfre.

Parece que solo prestan atención al material enviado solo a conveniencia de la aseguradora es importante saber que lo aquí aportado fue analizado también por un abogado que trabajo para una aseguradora, tambien con médicos calificados para dar su opinión sobre mi caso.

Antes de referirme al caso también analizando con un abogado dice que las aseguradoras hacen hasta lo imposible para obstaculizar el desarrollo de una reclamación.

Ahora paso a comunicar mi inconformidad y queja al respecto de mi caso.

1. El día 27 de marzo del 2023 se habló con la señora rosario asesora de mapfre se le comento que cómo yo reclamaba la indemnización por invalidez total y permanente ya que. Me califico la arl con un porcentaje del 55.4% de calificación .la señora me dice que le envié los papeles de la calificación con unos requisitos que ella me dijo que tenía que aportar. luego se comunica conmigo y me dice que ella no puede hacer esa gestión que me toca hacerlo yo y me da un correo. lo envió a ese correo y me dicen que allí no es luego me informaron de otro correo, bueno luego el día 4 de abril 2023 me envía doña rosario por PDF la cartilla con las cláusulas. NOTA importante saber y muy delicado para la compañía que se me entregaran las cláusulas de la póliza dos años después de haber obtenido la misma me la enviaron cuando hago la reclamación ósea posterior al intento de reclamo, llegaron a mi poder dos años después y mucho menos fueron explicadas tal vez si la información y la explicación de las mismas yo supiera de ellas no se compraría la póliza, tendrían que habérmelas entregado al comienzo de la compra de la póliza, No cuando inicio el proceso de reclamación quien me dice que la compañía no actuó de mala fe y modificaron las cláusulas par que no se pudiera hacer la reclamación. Luego me mandan a decir que no se puede hacer la reclamación por qué el porcentaje para reclamar es del 65% o más de calificación de invalidez aclarando también que en varias ocasiones se le pregunto a la señora asesora por la carpeta de la póliza y me refería que era que el jefe no se la avía enviado y por este motivo no me la entregaba, luego continúe con mi proceso y me realice una valoración por la junta regional de calificación la cual me dio un porcentaje de invalidez del 84.5% de invalidez la cual quedó en firme se enviaron los documentos al correo con la

calificación y me llega la respuesta de la compañía diciendo que en la cláusula de exclusiones de la póliza en el numeral 2.4 dice enfermedad mental corporal cualquier Tara preexistente.

En la cartilla que me enviaron después de 2 años dice el numeral 2.3.1.5 enfermedad mental corporal o cualquier dolencia defecto o limitación preexistente.

Esto nos da a entender que la compañía actúa de mala fe por qué si bien son las mismas cláusulas el numeral no corresponde a la de mi cartilla dice la persona que me analizo esto que cada tomador de pólizas las cláusulas las realiza la compañía según la persona que tome la póliza y que las más si bien son las mismas no coinciden los numerales esto se presta para generar muchas dudas sobre las cláusulas más si estás no fueron entregadas según el código de comercio en el artículo 1046 que dice básicamente que el clausulado debe de ser entregado en los siguientes 15 días de la toma de la póliza y tambien deben de ser entregadas y explicadas al tomador de la póliza de lo contrario se darán las cláusulas por no escritas es decir inválidas que es mi caso cuento también con el audio de lo que hable con la señora rosario dónde me dice que cometió un error al no entregarme las cláusulas.

2. tambien es importante saber que nunca se actuó de mala fe al tomar la póliza. Yo estoy seguro de que le manifesté a la señora rosario que por este motivo compré la póliza por qué en el 2018 tuve un accidente y que Gracias a Dios me recupere y quede con problemas en ojo derecho pero esto no impidió que volviera a trabajar y este no fue el motivo de mi invalidez ya que pude recuperarme y volver a trabajar normalmente en mis funciones de enfermería domiciliaria tambien volviendo a las cláusulas, si se me explican a tiempo quizás la póliza se podía modificar o en su defecto anular ella me pregunto sobre accidentes recientes y yo le dije que no por qué mi accidente fue en el 2018 y yo tome la póliza en el 2021 ósea tres años después.

Pues también la compañía debió hacerme exámenes de ingreso para corroborar el estado de salud mía y no fue así.

Los analistas de la aseguradora solo miran la historia clínica a conveniencia por qué en la negación de la póliza solo se concentran en la opinión de la neuro oftalmóloga y ella solo mira la parte ocular la parte cerebral no ella me remitió a neurología en la cual los exámenes tomados no dicen nada sobre daño cerebral dice trauma le sin secuelas esto parece que no lo vieron o lo omitieron a conveniencia.

De todas maneras, al no entregar a tiempo las cláusulas la compañía debe de asumir su responsabilidad por qué esto no fue mi error y si a mí me entregan unas clausulas después de decir que se haría una reclamación, cómo hago yo para saber si la compañía no las acomodo para no pagar la indemnización a la cuál yo tengo derecho. Tambien nunca supe y no tuve en mis manos las clausulas para saber cuales eran las exclusiones de la misma. Y esto es un error grave de la compañía.

Nota, les enviare los numerales que no coinciden los de la póliza dicen algo similar pero los numerales no coinciden se supone que el numeral donde me dan respuesta debería ser el de la cartilla que me entregan 2 años después y luego de tratar de hacer la reclamación.

Envio la cartilla que medio la señora rosario cuando tome la póliza allí no hay nada de cláusulas solo que la póliza fue aprobada. envio el audio donde la señora rosario asesora de Mapfre me dice que cometió un error al no entregar las cláusulas a tiempo.

Envio copia de historia clínica donde dice que si bien hubo golpe en la cabeza no se presentó secuelas posteriores al golpe nada cerebral el daño fue ocular que no impidió el normal desarrollo de mis funciones laborales las cuales pude volver a realizar normalmente después del accidente en el 2018. Envio Foto de la clínica en la camilla el día del accidente.

Envio copia de los numerales de las cláusulas que no coinciden.

Copia del día que me envían por PDF la póliza dos años después de tomar el seguro después de tratar de hacer la reclamación.

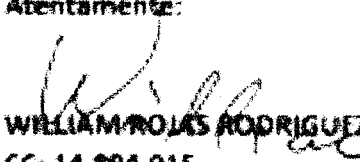
Envio exámenes realizados donde no hay nada cerebral como intentan hacerlo ver en la Aseguradora colocando que es preexistencia. Nota es bueno aclarar que los exámenes enviados corresponden al accidente del 2018 donde se puede corroborar que no hay secuelas cerebrales como ustedes lo quieren hacer ver.

NOTA: para terminar la compañía debe tener en cuenta que al no entregar las cláusulas a tiempo esto implica que tal vez las modificaron. No me las explicaron y tenía derecho a saber y el asesor debió hacerlas entender por el tomador de la póliza en ese caso el mío.

En investigaciones sobre acciones de tutela por el no pago de las indemnizaciones por parte de las aseguradoras hay casos similares al mío las cuales han sido reconocidas por las aseguradoras entre ellas Mapfre porque teniendo en cuenta la compañía no sé por qué NO entrego las exclusiones del contrato en el tiempo estipulado por el código de comercio, deja dudas de por qué se hace o mi caso fue un hecho aislado que les pasó cordialmente pido el estudio de mi caso para no recurrir a otras instancias ya sea vía tutela o la justicia ordinaria.

Muchas gracias espero pronta respuesta.

Atentamente:


WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ
 CC: 14.894.015
 TELEFONO 3187370371
 EMAIL: wchico205@gmail.com

No / en
17 8/27 015-

POLIZA DE SEGURO DE VIDA

Póliza N°	Plan	Página
1503421000150	TEMPORAL ANUAL REVALORIZABLE AL IPC (82141)	1 / 3

Condiciones Particulares

Tomador: WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ
KR 12 SUR CA 29 EL MANANTIAL
BUGA
CC: 14894015
Tel.: 2282122
Dpto.: VALLE

Asegurado: WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento: 05/02/1971
CC: 14894015
Sexo: Masculino

Beneficiarios:

Nombre	Parentesco	Porcentaje
BENEFICIARIOS MUERTE		
DIANA VALENTINA ROJAS VANEGAS	HIJO/A	100%

Fecha de inicio de vigencia: 01/10/2021 Vencimiento: 01/10/2022
(El pago de la primera prima o la primera cuota de prima en caso de fraccionamiento es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro).

Plazo del seguro: 1 Anualidad(es)

Datos de Cobranza: Según relación de Bancos indicados en el comprobante de pago

Forma de pago: PAGO ANUAL

Moneda: PESO COLOMBIANO

Prima neta anual: 2.261.418,00

Duración pago de primas: 1 Anualidades o hasta el fallecimiento del Asegurado

IMPORTE DEL COMPROBANTE DE PAGO

Prima Neta		Recargo Pago		Total
Básico	Adicionales	Fraccionado	Impuestos	Cpte. pago
1.513.918,00	747.500,00	0,00	0,00	2.261.418,00

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

Tomador	Asegurado	MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6
---------	-----------	--

AGENTE	CLASE	CLAVE	SUCURSAL
MARIA DEL ROSARIO CASTILLO DE VALENCI	AGENTE INDEPENDIENTE	5564	TULUA

POLIZA DE SEGURO DE VIDA		
Póliza N°	Plan	Página
1503421000150	TEMPORALANUAL REVALORIZABLE AL IPC (82141)	2 / 3

MAPFRE COLOMBIA VIDA S.A. se compromete a pagar, con arreglo a las condiciones expresadas en esta póliza, a los Beneficiarios designados tan pronto como se reciba y apruebe la documentación exigida, los siguientes amparos:

AMPARO BASICO

Si el Asegurado fallece con anterioridad a la fecha de vencimiento del contrato, un valor asegurado inicial garantizado de **200,000,000.00 más los incrementos que correspondan por cada anualidad completa de seguro transcurrida, de acuerdo con la siguiente cláusula:

CLAUSULA DE REVALORIZACION

a) El valor asegurado inicial se revalorizará automáticamente por anualidades completas transcurridas, al vencimiento anual de la póliza y en base al Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.) que resulte de las cifras oficiales publicadas y correspondientes al año inmediatamente anterior.

b) En cada renovación de la póliza, el nuevo valor asegurado, que será fijo para toda la anualidad, será igual al último garantizado, incrementado según el índice detallado (I.P.C.) en el apartado a) de esta cláusula.

El seguro se contrata por años prorrogables y su renovación se producirá automáticamente al vencimiento de cada anualidad, salvo notificación expresa en contrario por alguna de las partes con una antelación no inferior a dos meses de la fecha de la renovación.

La póliza se extinguirá, sin posibilidad de renovación, en la anualidad en la que el Asegurado cumpla 70 años de edad.

La prima neta anual del amparo básico, variará en función de la edad actuarial alcanzada por el(la) Asegurado(a) en cada vencimiento anual, de acuerdo con la tarifa correspondiente a esta modalidad y en función del importe del nuevo valor asegurado resultante de la aplicación de la presente cláusula.

AMPARO ADICIONAL DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Tomador	Asegurado	MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6		
				
MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. Firma autorizada	AGENTE	CLASE	CLAVE	SUCURSAL
MARIA DEL ROSARIO CASTILLO DE VALENCI	AGENTE INDEPENDIENTE	5564		TULUA

POLIZA DE SEGURO DE VIDA		
Póliza N°	Plan	Página
1503421000150	TEMPORAL ANUAL REVALORIZABLE AL IPC (82141)	1 / 3

Se incluye el presente amparo, regulado en sus condiciones especiales, por un valor inicial garantizado de **200,000,000.00. Este valor, adicional al del Amparo Básico, se incrementará con el mismo sistema y porcentaje que el indicado en la Cláusula de Revalorización del Amparo Básico, siendo su prima en cada anualidad la correspondiente al nuevo valor.

AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se incluye el presente amparo de Invalidez Permanente y Total, regulado en las Condiciones Especiales de los Amparos Complementarios por un valor inicial garantizado de **200,000,000.00. Este valor se revalorizará con el mismo sistema y porcentaje que el indicado en la Cláusula de Revalorización del Amparo Básico, siendo su prima en cada anualidad la correspondiente al nuevo valor.

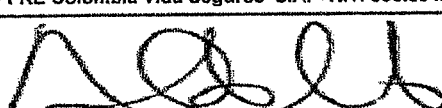
Con el pago de este valor, quedarán rescindidos los demás amparos adicionales contratados.

EN PAGINA SIGUIENTE, TABLA DE VALORES GARANTIZADOS			
CUADRO DE PRIMAS NETAS ANUALES Y VALORES ASEGURADOS			
PRIMAS SEGURO			VL.R.ASEGURADO
AÑOS	BASICO	ADICIONALES	FALLECIMIENTO
1	1.513.918,00	747.500,00	200.000.000,00

Se adjuntan Condiciones Generales y Especiales modelo Vid-143-Abr-2014 y que el tomador del Seguro declara expresamente conocer y aceptar, y que con las presentes condiciones forma un Contrato de Seguro del que son parte integrante, y no tienen valor por separado.

El pago de la primera prima es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro. El no pago de las primas subsiguientes a la primera dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato.

FIN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES
Emitido en TULUA el 7 de octubre de 2021

Tomador	Asegurado	MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6	
			
AGENTE	CLASE	CLAVE	SUCURSAL
MARIA DEL ROSARIO CASTILLO DE VALENCI	AGENTE INDEPENDIENTE	5564	TULUA

POLIZA DE SEGURO DE VIDA		
Póliza N°	Plan	Página
1503421000150	TEMPORAL ANUAL REVALORIZABLE AL IPC (82141)	1 / 1

DOCUMENTO PERSONAL DE INFORMACION SOBRE SU SEGURO			
Fecha inicio vigencia	Fecha vencimiento	Forma de pago	Moneda
01/10/2021	01/10/2022	PAGO ANUAL	PESO COLOMBIANO

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y Domicilio	Tipo / N. Documento
WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ KR 12 SUR CA 29 EL MANANTIAL BUGA	CC 14894015

PLANIFICACION DE PAGOS

Detalle del pago

Prima Seg. 2.261.418,00
Impuestos 0,00
Otros 0,00

DOMICILIACION BANCARIA

Domicilio de Cobro	Ventajas
--------------------	----------

A abonar en alguna de las siguientes cuentas:
Ver lista de Bancos en Comprobante de Pago

* El medio de pago que Usted eligió para el recaudo de esta póliza fue Pago en Caja y/o Bancos. Puede consultar el estado de su cuenta en nuestro Centro de Conservación de Cartera Tel : 3077024 en Bogotá o línea nacional gratuita 018000519991 (opción 4) o <www.mapfre.com.co/cartera > o envíenos su inquietud o sugerencia al Email: ccc@mapfre.com.co

El débito automático en su cuenta le permite ahorrar tiempo y despreocuparse del pago.
Autorice su descuento automático comunicandose a nuestra línea de atención al cliente teléfono Bogotá 307 7024
Resto País 018000 519 991
o enviar email a:
vidacol@mapfre.com.co

MAPFRE COLOMBIA VIDA VIVE PARA RESPALDARLO

Tomador	Asegurado	MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6
---------	-----------	--

AGENTE	CLASE	CLAVE	SUCURSAL
MARIA DEL ROSARIO CASTILLO DE VALENCI	AGENTE INDEPENDIENTE	5564	TULUA

POLIZA DE SEGURO DE VIDA		
Póliza N°	Plan	Página
1503421000150	TEMPORAL ANUAL REVALORIZABLE AL IPC (82141)	1 / 1

**MAPFRE LE AGRADECE LA CONFIANZA DEPOSITADA EN
NUESTRA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Apreciado Cliente:

En nombre del equipo de MAPFRE COLOMBIA VIDA queremos extenderle un saludo de bienvenida al incorporarse a nuestro grupo de clientes.

Así mismo le estamos remitiendo la documentación relacionada con el seguro contratado :

- Póliza de seguro.
- Amparos y valores.
- Información relativa a nuestra compañía y sus servicios.

Adicionalmente nos permitimos recordarle que el pago de la primera prima o la primera cuota de prima en caso de fraccionamiento es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

De antemano agradecemos nos devuelva debidamente firmada copia de las condiciones particulares de la póliza, y reiteramos nuestra disponibilidad para aclarar cualquier inquietud adicional.

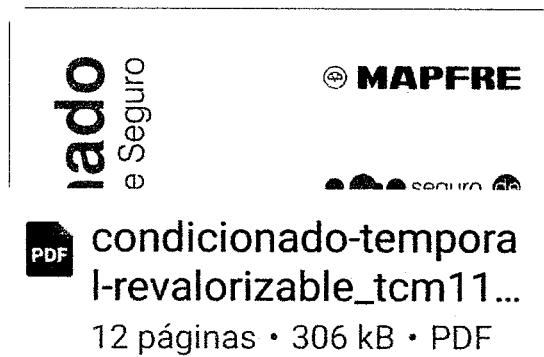
Reciba un cordial saludo,

Tomador	Asegurado	MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. - NIT. 830.054.904-6	
			
AGENTE	CLASE	CLAVE	SUCURSAL
MARIA DEL ROSARIO CASTILLO DE VALENCI	AGENTE INDEPENDIENTE	5564	TULUA

Wchico205@gmail.com

12:50 p. m. ✓✓

4 de abril de 2023



2:26 p. m.

11 de abril de 2023



 Mensaje



Guadalajara de buga julio 21 del 2023

Señores:

Mapfre Colombia

Ref: Solicitud del pago indemnización por invalidez permanente por accidente de tránsito ocurrido el 30 de diciembre del 2021, siendo aproximadamente las 3:30 de la tarde en la vía que conduce de buga a Guacarí a la altura del corregimiento de zanjón hondo

William rojas Rodríguez mayor de edad y vecino de la ciudad de Buga con cédula de ciudadanía número 14894015 de Buga valle. por medio de la presente y con el debido respeto me dirijo a ustedes, con el fin de solicitar el pago de la indemnización por incapacidad permanente, ocasionado por accidente de tránsito ocurrido el día 30 dediciembre del 2021.

Me permito anexar los documentos requeridos para tal fin.

1 historia clínica completa

2 calificación particular en la junta regional del valle del cauca dicho resultado no tiene apelación el fallo queda en firme por no ser de carácter laboral.

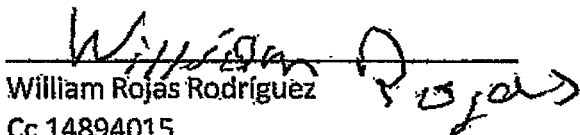
3 fotocopia de la cédula de ciudadanía

4 anexa los dos últimos pagos

5 registro bancario.

Agradezco de antemano la colaboración prestada y a espera de pronta respuesta según lo acordado en dicho seguro.

Atte:


William Rojas Rodríguez

Cc 14894015

Correo: wchico205@gmail.com

Tel 3187370371

DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

1. Información general del dictamen		
Fecha de dictamen: 27/06/2023	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 16202303434
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	Nombre solicitante: PARTICULAR	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		
2. Información general de la entidad calificadora		
Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1	Identificación: 805.012.111-1	Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020	Correo electrónico: solicitudes@juntavalle.com	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca
3. Datos generales de la persona calificada		
Nombres y apellidos: WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ	Identificación: CC - 14894015 - BUGA	Dirección: CALLE 12 SUR CASA 29 BARRIO MANANTIAL
Ciudad: Guadalajara de buga - Valle del cauca	Teléfonos: - 3146665658- 3187370371	Fecha nacimiento: 05/02/1971
Lugar: Guadalajara de buga - Valle del cauca	Edad: 52 año(s) 4 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Técnica
Correo electrónico: wchico205@gmail.com	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: SOS EPS
AFP: Colpensiones	ARL: ARL SURA	Compañía de seguros:
4. Antecedentes laborales del calificado		
Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo:	Ocupación:
	Actividad economica: ccfcomfandi@ssf.gov.co; carlosrojas@comfandi.com.co; gustavodominguez@comfandi.com.co; monicagrisales@comfandi.com.co; rosmerycastrillon@comfandi.com.co ; notificacionesjudiciales@comfandi.com.co; luzelnavelasquez@comfandi.com.co; adrianaalava@comfandi.com.co; olgamontoya@comfandi.com.co	
Código CIUO:		
Empresa: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE COMFANDI-	Identificación: NIT -	Dirección: DIAGONAL 23 #26B - 46
Ciudad: Santiago de cali - Valle del		
Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1		
Calificado: WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ	Dictamen:16202303434	Página 1 de 7

cauca

Teléfono: 3340000 Extensión 2301

Fecha ingreso:

Antigüedad:

Descripción de los cargos desempeñados y duración:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)
Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Hombre de 52 años. Solicita calificación de manera particular para reclamar un seguro de vida, por las secuelas de un accidente de tránsito / de trabajo ocurrido el 30/12/21 ya calificado por su ARL.-

Resumen de información clínica:

Aporta y se revisa HC, de donde - por cuestiones de espacio en el formato de Dictamen - solo se transcriben los exámenes e interconsultas más relevantes: 1) ORTOPEDIA (23/05/22): “Evolución medica > evolución # [1] consulta especializada hora [23/05/2022 14:14:56] Dr. Dagoberto Martinez [traumatología y ortopedia]rojas William paciente de 51 años de edad, quien padece accidente vía pública en dic / 2021 a su ingreso presenta traumatismo de rodilla bilateral de ambas rodillas más la izq. cuadro de varios días de comienzo abrupto post traumático sin mejoría clínica luego de traumatismo en contexto de accidente de tránsito con un mecanismo de lesión indirecto que le provoca a su ingreso dolor tumefacción bloqueo articular limitacion funcional en rodilla bilateral más la izq. con diagnóstico de ruptura meniscal de rodilla izquierda con plan quirúrgico de corrección artroscópica ahora en postoperatorio mediato en buenas condiciones al momento leve dolor intermitente antecedente Qx o patología ortopédica previa si Qx artroscopia rodilla derecha y rodilla izq. examen físico deambulando sin apoyo inflamación de rodilla izq. edema periarticular con postura en flexión fuerza de ext falta últimos 5 grados de extensión flexión 130° extensión menos 0° maniobras meniscales negativos sospecha diagnostica pop meniscos rodilla izq. paciente con antecedente traumático de rodillas con lesión meniscal izq. ahora en pop mediato buena evolución está en plan de rehabilitación está trabajando con recomendaciones no carga peso mayo de 5 kg; ... Dx: Desgarro de menisco, presente – Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía”; 2) ORTOPEDIA (25/05/22): “motivo que origina la consulta: accidente de trabajo consentimiento informado: no mc: 'asiste para mostrar valoraciones ea: expediente: 1310611500 " cita de seguimiento integral "at:30/diciembre/2021 1/ edad: 51 años ii estado civil: union libre ii escolaridad: tecnologia en auxiliar de enfermeria ii procedencia: buga / valle del cauca /1 eps: sura 1/ dominancia: diestro//cargo: auxiliar de enferia en atencion domiciliario (12 años) 1/ empresa: caja compensaclon familiar valle del cauca comfamiliar (11 paciente con ya descrito en historia clínica con accidente de transito en manejo por soat por ortopedia, con dx: cielo con 1. trauma en rodillas con dolor de rodilla derecha enmanejó con clínica de dolor, trauma en rodilla izquierda con lesion de meniscos manejo quirurgico, 2. tce leve sin perdia de conciencia (posterior dolor enojo izquierdo con eventos de amaurosis), control con control con fisioterapia, control con clinica de dolor en redes imat, solicita cita de seguimiento para



mostrar historias de especialistas, vx oftamologia en clinlca oftamolgoia dr ospina 26/04 /2022 agudeza visual od: 20/npl no color, 01:20/50, biomicorscopia ambos ojos hiperemea simple. cornea ok caf vacia, iris normal, pupila en midriasis en od, y midriasis media de 01, retina papicada, macula normal. exacavacion 0.3. indica midriasis postrauma, ss vx por neurologia y neurooftamologia, vx por fisiatria dr salcedo 09/05/2022: paciente pop mediato de por desgarró meniscal de ordjlla izquierda, acude con marcha independiente, no claudicante, dolor en region articular minimo sin gonometrica, examen fisico: marcha independiente con alteracion del trofismo ctjadricipital aporixmaoamente 1/2 en relacion al flexion 90, extension completa, dolor en puntos meniscales, y puntos quirurgico,s presenta signos demenicitis con pruebas semiologica tolerables, indica: tf 10ss, to 20ss, control en 1 mes, reintegro laboral, vx por ortopedia dr martinez 23/05/2022: pop mediato en buenas condiciones, momento leve dolor intermitete, examenf iscl1o: deambulando sin apoyo, inflamacion de rodilla izquierda periarticular con flexion, fuerza de extension falta (jltimos 5" de extension, flexion 130", maniobras meniscales negativos, indica: paciente con buena 1 plan de rehabilitacion, reintegro con recomendaciones, manejo farmacolgoico: durapost oxaprozin 600mg cada 12 hrs, nimesulide gel, 2 meses//subjetivo: refiere sentirse en buenas condiciones, persiste con dolro tipo punzada en rodillas, sin irradiacion, eva 6 /10. refiere que el dolr aumenta cuando realiza esfuerzos, y esta mucho tiempo en la mismo posicion. reintegrado con recomendaciones desde hace 5 i manejo farmacologico instaurado; ... Dx: (S832) DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE – (S099) TRAUMATISMO DE LA CABEZA NO ESPECIFICADO”; 3) NEURO-OFTAMOLOGIA (29/11/22): “Mc: Me remitió la arl” enfermedad actual: paciente con antecedente de trauma craneoencefálico por accidente de tránsito en el 2018 en moto. presentó trauma en región occipital y frontal. presentó fractura de piso de órbita izquierda que no requirió tratamiento quirúrgico. desde entonces presenta pérdida visual del ojo derecho. en ese momento se tomaron estudios: pve flash mostró disminución de la amplitud de la onda p100 en el ojo derecho y fue normal en el ojo izquierdo. no le realizaron fase patrón. campo visual mostró depresión generalizada de la sensibilidad en ojo derecho. resonancia cerebral sin lesiones en vía visual. oct de mácula y nervio óptico (21/8/2019) normales. se consideró una neuropatía óptica traumática en ojo derecho, no recuperó visión con el tiempo, tampoco desarrolló atrofia óptica. el 30/12/2021, sufrió nuevamente accidente de tránsito, al conducir moto fue atropellado por camion, cayó a una zanja. cuatro dias despues inicio con fotofobia y fotopsias, además episodios de visión borrosa. posterior a esto presentó disminución rápidamente progresiva de la visión en ojo izquierdo. en consulta de neuro-oftalmología en junio de 2022 se encontró midriasis y reflejo fotomotor ausente en ambos ojos. se solicitaron estudios: potencial visual evocado 11/08/22: od: reducción en la amplitud de la onda p100, no hay prolongación en la latencia. 01: onda p100 de amplitud y latencia normales. oct de nervios ópticos 4/08/22: capa de fibras nerviosas od: 98 micras, 01: 98 micras, promedios normales en 4 cuadrantes, células ganglionares normales en ambos ojos. campo visual 11/08/22: 01: baja confiabilidad por pérdidas de fijación 10/15, defectos inespecíficos superiores. no se tomó en ojo derecho. rm de cerebro y órbitas 6710/22: fractura de piso de óribta izquierda con hernia del componente graso extraconal y algunas fibras de músculo recto inferior y media; sin signos de atrapamiento. hiperintensidades en t2 puntiformes en sustancia blanca corticosubcortical inespecíficas. se remitió a neurología, se descartó patología neurológica. trae hoy pve del ojo izquierdo tomado el 9/11/22: prolongación de la latencia de la onda p100; ... Ef: agudeza visual ojo derecho ojo izquierdo lejos sc 20 /:- no



percibe luz lejos sc 20 1: movimiento de manos; ... Dx: Neuropatia optica traumatica(ao) estado:/confirmado repetido ceguera de un ojo(od) estado: confirmado repetido vision subnormal de un ojo(01) estado: confirmado Repetido”; ... 4) CAMPIMETRIA (01/08/2022): “PHG: Dentro de limites normales VFI: 95% MD242: -27O dB P 2% PSD24-2: 213 dB P 5%”; ... 5) NEUROOFTAMOLOGIA (29/11/2022): “avvlsc od npl – od 20/npl – oi 20/50-3 ph: 20/25-3 oi 20 /400 y 6) OFTAMOLOGIA (14/04/2023): “Agudeza Visual ojo derecho lejos SC 20/ : no percibe luz – Ojo izquierdo Lejos SC 20/Movimiento de mano...” .-

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 22/06/2023 Especialidad: PSICÓLOGO JRCIV

Hombre de 52 años, con base en la anamnesis y examen físico descrito por el medico de la junta previamente visto, se procede a calificar el título II, capítulos II_III de la calificación del rol laboral y otras actividades ocupacionales y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede calificar PCL

Fecha: 22/06/2023 Especialidad: MEDICO LABORAL JRCIV

Se realiza valoración presencial a las 02:40pm (Hora programada).- Manifiesta está pensionado por su ARL por los 2 accidentes, “idénticos” en su presentación: en el 2018 cuando sufrió pérdida de la visión por el OD y en el 2021 cuando perdió totalmente la visión.- S: No visión, dolor en la rodilla izquierda: no puede subir gradas.- Al EF: T=168, P=96Kg.- Lo (+): Obeso. Diestro.- Se desplaza apoyado en tercera persona, con cojera del MII. Usa gafas de protección, con filtro solar.- OJOS: Aparenta visión nula.- Midriasis bilateral.- O/N/M: AMAs completos todos los segmentos, dolor al movilizar rodilla izquierda.- Resto, No evaluado.- Se procede a calificar PCL x AC con base en los Fundamentos de Hecho y Derecho soportados.-

Análisis y conclusiones:

NOTA 1: En el presente caso, se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCCI-VALLE y posteriormente se llamó al Sr. Rojas Rodríguez (Ver Hoja de Ruta virtual) para otorgarle cita presencial con el Médico Ponente el día Jueves 22/06/23, a las 02:40 pm e informarle que si así lo autorizaba se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.-

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
H540	Ceguera de ambos ojos			Accidente común
S832	Desgarro de meniscos, presente	RODILLA IZQUIERDA		Accidente común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por sistema visual	11	NA	NA	NA	NA	NA	100,00%		100,00%
							Valor combinado		100,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Gonalgia Izquierda, POP: Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	NA	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
							Valor combinado		10,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por enfermedades del tejido conectivo que involucra el sistema osteomuscular	14	14.15	0		NA	NA	0,00%		0,00%
							Valor combinado		0,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 11. Deficiencias por alteraciones del sistema visual.	100,00%
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	0,00%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	100,00%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

A + (100 - A)
* B

100

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

50,00%

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	25
Restricciones autosuficiencia económica	1

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1

Restricciones en función de la edad cronológica	2
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	28,00%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)
--

A 0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B 0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C 0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D 0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E 0,4	Dificultad completa, dependencia completa.		

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0.3	0	0	0	0	0.3	0.3	0	0	0.3	
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0.3	0	0	0	0	0.3	0	0	0.3	
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0	0	0	0	0	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0.2	0	0.3	0.3	0.3	0	0	0	0.3	
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0	0	0	

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)	6.5
--	-----

Valor final título II	34,50%
-----------------------	--------



7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	50,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	34,50%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	84,50%

Origen: Accidente

Riesgo: Común

Fecha de estructuración: 29/11/2022

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

NOTA 2: Este Dictamen solo es válido para tramitar Indemnizaciones particulares o reclamación ante el SOAT.- No es válido para tramitar Prestaciones frente a las Entidades y/o Aseguradoras de la Seguridad Social.- FE = 29/11/22, Concepto Y ALTA POR Neuro-Oftalmología.-

Nivel de perdida: Invalidez

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: Si

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: Si

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador

ZOILO ROSENDO

Firmado digitalmente por ZOILO
ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Fecha: 2023.06.27 17:39:23 -05'00'

DELVASTO RICAURTE

Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte

Médico ponente

Miembro Principal Sala 1

David A

Firmado digitalmente por
David A Alvarez Rincon
Fecha: 2023.06.28
15:54:25 -04'00'

Alvarez Rincon

David Andrés Álvarez Rincón

Miembro Principal Sala 1

HECTOR

Firmado digitalmente por
HECTOR VELASQUEZ RODAS
Fecha: 2023.06.28 08:25:32 -05'00'

VELASQUEZ RODAS

Hector Velásquez Rodas

Miembro Principal Sala 1



Bogotá D.C., 27/09/2023

Apreciado(a) cliente:

WILLIAM ROJAS

Teléfono: 3187370371

Ciudad

Asunto: PQRS N° 209149

Reciba el más cálido saludo y sincero agradecimiento por habernos escogido como su compañía de seguros.

En MAPFRE, buscamos cada día mejorar en todos nuestros procesos y tomamos como prioridad cada petición, queja, reclamo y sugerencia de nuestros clientes, ya que esto nos permite mejorar permanentemente para prestarle el mejor servicio y así consolidarnos como su aseguradora global de confianza.

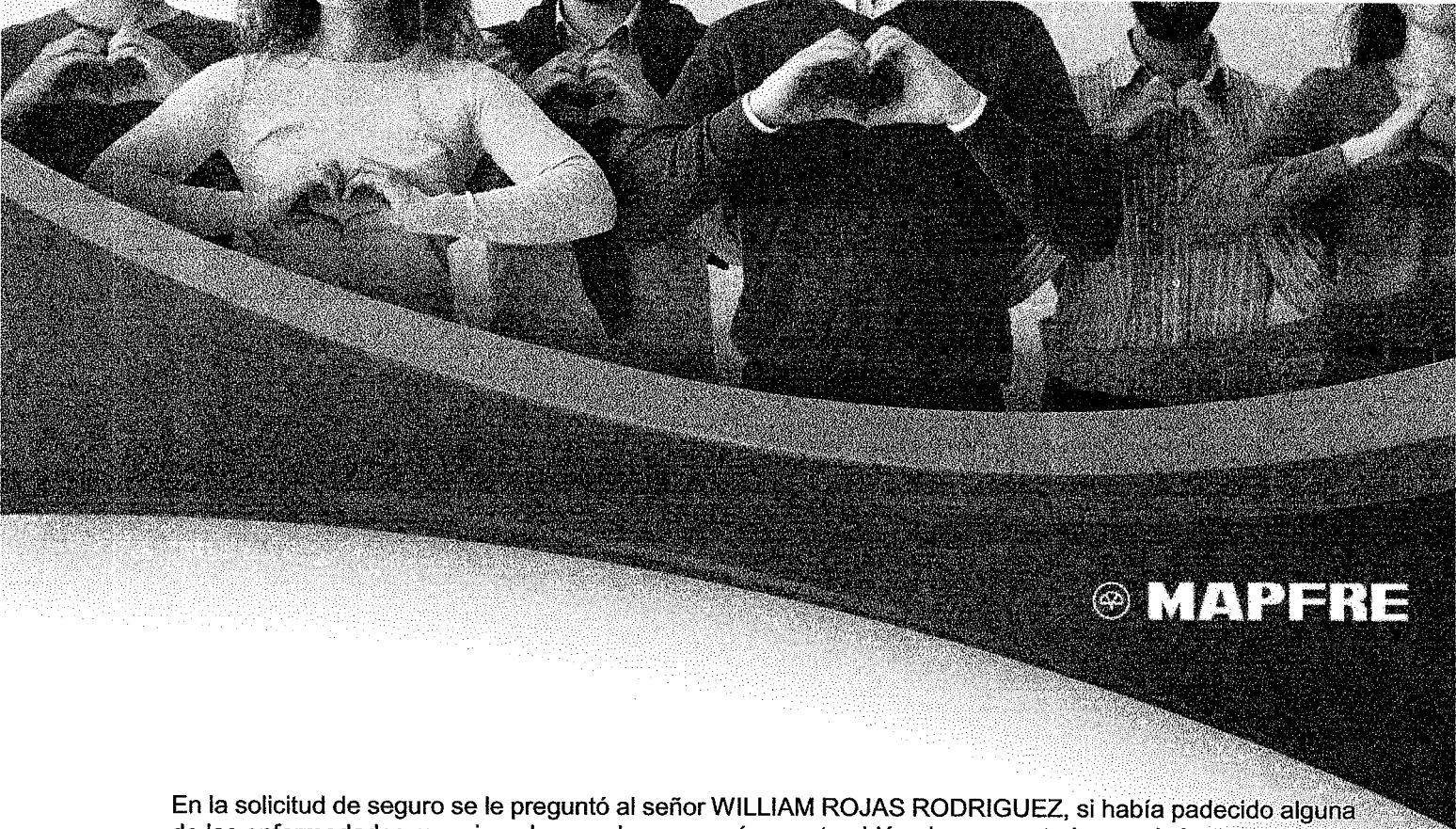
Entendemos la importancia de sus comentarios con referencia a la petición del pasado 20/09/2023, en atención a lo requerido, comedidamente nos servimos a dar respuesta al requerimiento dentro de la debida oportunidad, teniendo en cuenta el objeto de la petición:

A lo referido al ítem 1,2 y 3 de la comunicación, la petición fue escalada con el área técnica de la compañía con el propósito de, recibir información atinente a la entrega del condicionado de la póliza contratada por su parte, en próximos días le será informada la respuesta obtenida por el mencionado departamento.

A lo referido al ítem 4, en validación de los documentos aportados para el análisis técnico de la reclamación, con la debida asistencia del área técnica, jurídica y médica, fue posible establecer que el señor WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ ingreso a la póliza 01 de octubre del 2021, se evidencia en los soportes médicos allegados, que previo al ingreso a la póliza, el asegurado presentaba antecedentes relevantes de salud y, sin embargo, no informó al respecto al momento de tomar el seguro, siendo reticente con los hechos relevantes del estado del riesgo amparado con la póliza; hechos que de haber sido conocidos por la Compañía hubieran ocasionado la no celebración del contrato en mención o la estipulación de condiciones más onerosas.

Enfermedad Actual:

Paciente con antecedente de trauma craneoencefálico por accidente de tránsito en el 2018 en moto. Presentó trauma en región occipital y frontal. Presentó fractura de piso de órbita izquierda que no requirió tratamiento quirúrgico. Desde entonces presenta pérdida visual del ojo derecho. En ese momento se tomaron estudios: PVE flash mostró disminución de la amplitud de la onda P100 en el ojo derecho y fue normal en el ojo izquierdo. NO le realizaron fase patrón. Campo visual mostró depresión generalizada de la sensibilidad en ojo derecho. Resonancia cerebral sin lesiones en vía visual. OCT de mácula y nervio óptico (21/8/2019) normales. Se consideró una neuropatía óptica traumática en ojo derecho, no recuperó visión con el tiempo, tampoco desarrolló atrofia óptica.



En la solicitud de seguro se le preguntó al señor WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ, si había padecido alguna de las enfermedades mencionadas en el anexo, así como también si se encontraba en algún tratamiento y evidenciamos que marcó las casillas registrando NO:

¿Ha padecido o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (En caso de respuesta afirmativa, diligencie los campos complementarios)

TIPO ENFERMEDAD	SI/NO	TRATAMIENTO / EVOLUCIÓN	FECHA DIAGNÓSTICO, OCURRENCIA O PRÁCTICA			ESTADO ACTUAL
			DD	MM	AAAA	
Cardiovascular	NO					
Hipertensión arterial	SI	MEDICAMENTOS	1	7	2014	CONTROLADA
Pulmonar, asma, tuberculosis	NO					
Digestivas (úlceras, pólipos, quistes, hémias, colón)	NO					
Renales y/o ginecologías (prostatitis, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio)	NO					
Enfermedades hepáticas (hígado, páncreas)	NO					
Enfermedades venereas	NO					
Musculo-esqueléticas, reumatismo, artritis	NO					
Mentales (bipolaridad, alzhéimer, depresión...)	NO					
Nerviosas (epilepsia, trastornos emocionales...)	NO					
Diabetes mellitus	NO					
Cáncer u otros tumores	NO					
Enfermedades vasculares	NO					
SIDA/VIH	NO					
¿Se han ocurrido accidentes o lesiones graves?	NO					
Defectos físicos u malformaciones	NO					
¿Otra enfermedad no descrita anteriormente? ¿Cuál?	NO					
¿Ha sido hospitalizado durante los últimos 5 años?	NO					
¿Se ha sometido a cirugías durante los últimos 10 años?	NO					
¿Piensa someterse a alguna cirugía?	NO					

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Se encuentra en estado de embarazo?

¿Complicaciones ginecológicas u obstétricas?

¿Ha tenido embarazo anterior?

¿Cuales?

¿Cuales?

¿He tenido complicaciones en esos partos?

¿Cuales?

¿MED. ESPERADO DEL PARTO

¿Cuales?

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

AUTORIZACIONES

Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Transmitir mi solicitud como corresponsable financiero, deudor, contraparte corriente y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de aseguradora y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraude, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ

NOMBRE TOMADOR

WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ

IDENTIFICACIÓN TOMADOR

WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ

NOMBRE ASEGURADO

14.094.015

IDENTIFICACIÓN TOMADOR

En consecuencia, esta compañía en su solicitud de reconsideración no encuentra argumentos de hecho o de derecho que permitan modificar su posición inicial, por cuanto, es claro para esta Aseguradora, que hubo reticencia por parte del tomador y asegurado, al no declarar su real estado de salud, puesto que para la fecha en que solicito el seguro, ya había sido diagnosticado y conocía su patología. Esta condición debió ser manifestada toda vez que era de total conocimiento del señor WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ.



Sin lugar a duda, sus palabras están presentes y promueven todos nuestros esfuerzos para adoptar las medidas correspondientes encaminadas a la mejora continua de nuestro servicio.

Recuerde para cualquier información puede contactarnos durante las 24 horas marcando en Bogotá (601)3077024, desde celular # 624, en el resto del país 018000519991, o si lo prefiere a través de nuestra página Web www.mapfre.com.co – clientes.mapfre.com.co.

Si no se encuentra conforme con la presente respuesta y desea interponer su queja ante el Defensor del Consumidor Financiero, a continuación, le informamos sus datos de contacto: correo electrónico defensoriamapfre@gmail.com, teléfono fijo: (601) 4587174, celular: 3123426229 dirección de oficina: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221 Bogotá.

Cordialmente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Vanessa Palomar Ferreira'.

VANESSA PALOMAR FERREIRA
INDEMNIZACIONES DE VIDA
PFVANE1@MAPFRE.COM.CO



Bogotá D.C., 05/10/2023



Apreciado(a) cliente:
WILLIAM ROJAS
Teléfono: 3187370371
Wchico205@gmail.com

Asunto: RESPUESTA DERECHO DE PETICION.

Reciba el más cálido saludo y sincero agradecimiento por habernos escogido como su compañía de seguros.

En MAPFRE, buscamos cada día mejorar en todos nuestros procesos y tomamos como prioridad cada petición, queja, reclamo y sugerencia de nuestros clientes, ya que esto nos permite mejorar permanentemente para prestarle el mejor servicio y así consolidarnos como su aseguradora global de confianza.

Entendemos la importancia de sus comentarios con referencia a petición del pasado 28/09/2023, tras haber realizado el respetivo análisis a su requerimiento nos manifestamos de la siguiente manera:

1. Al punto número 1 de su solicitud, de acuerdo a respuesta enviada por el área técnica, nos informan que efectivamente el clausulado de la póliza de vida fue entregado al tomador / asegurado, información ratificada por usted.

Así mismo es importante hacer precisión que las condiciones de la póliza no varían en sus exclusiones, al actualizarse se pueden modificar en su numeración, sin embargo, cumplen con la misma definición y la estructuración del clausulado no se realiza de acuerdo al cliente, sino que se establece de acuerdo al producto ofrecido, en este caso la póliza de vida 1503421000150.

2. Una vez más, verificados los documentos aportados y los argumentos esbozados, se evidencia en la historia clínica y de acuerdo a su narración, que el reclamante tenía claro que contaba con una preexistencia médica que consiste en la pérdida de visión del ojo derecho como resultado de un accidente de tránsito en el año 2018, información que nosotros como aseguradora no teníamos conocimiento en la fecha de ingreso a la póliza el 01 de octubre del 2021, hechos que de haber sido conocidos por la Compañía hubieran ocasionado la no celebración del contrato en mención o la estipulación de condiciones más onerosas.



Enfermedad Actual:

Paciente con antecedente de trauma craneoencefálico por accidente de tránsito en el 2018 en moto. Presentó trauma en región occipital y frontal. Presentó fractura de piso de órbita izquierda que no requirió tratamiento quirúrgico. Desde entonces presenta pérdida visual del ojo derecho. En ese momento se tomaron estudios: PVE flash mostró disminución de la amplitud de la onda P100 en el ojo derecho y fue normal en el ojo izquierdo. NO le realizaron fase patrón. Campo visual mostró depresión generalizada de la sensibilidad en ojo derecho. Resonancia cerebral sin lesiones en vía visual. OCT de mácula y nervio óptico (21/8/2019) normales. Se consideró una neuropatía óptica traumática en ojo derecho, no recuperó visión con el tiempo, tampoco desarrolló atrofia óptica.

A su vez hacemos alusión al artículo 1058 del C. Co que sanciona la inexactitud al suministrar el real estado de salud del Asegurado, con la nulidad relativa del contrato de seguro, de la siguiente manera:

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por su culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.” (...)”. (Negrilla es ajena al texto).

En consonancia con lo anterior, la declaración de asegurabilidad propende por dar certeza a las compañías aseguradoras del estado del riesgo que va a asumir así lo ha dicho la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 30 de noviembre del 2000:

“(…) “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro (...)”.

Es importante mencionar que la objeción no se basa en el diagnóstico neurológico, esta objeción tiene como fundamento que hubo reticencia por parte del tomador / asegurado, al no declarar su real estado de salud, puesto que para la fecha en que solicitó el seguro, ya había sido diagnosticado con la pérdida de visión de su ojo derecho y conocía su patología. Esta condición debió ser manifestada toda vez que era de total conocimiento del señor WILLIAM ROJAS RODRIGUEZ.



En consecuencia, esta compañía en su solicitud de reconsideración no encuentra argumentos de hecho o de derecho que permitan modificar su posición inicial.

Recuerde para cualquier información puede contactarnos durante las 24 horas marcando en Bogotá (601)3077024, desde celular # 624, en el resto del país 018000519991, o si lo prefiere a través de nuestra página Web www.mapfre.com.co – clientes.mapfre.com.co.

Si no se encuentra conforme con la presente respuesta y desea interponer su queja ante el Defensor del Consumidor Financiero, a continuación, le informamos sus datos de contacto: correo electrónico defensoriamapfre@gmail.com, teléfono fijo: (601) 4587174, celular: 3123426229 dirección de oficina: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221 Bogotá.

Cordialmente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Vanessa'.

VANESSA PALOMAR FERREIRA
INDEMNIZACIONES DE VIDA
PFVANE1@MAPFRE.COM.CO

Condicionado

••••• Póliza de Seguro



MAPFRE

● ●●●● seguro de

Alta Rentabilidad



TEMPORAL REVALORIZABLE

Condiciones Generales

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LAS COBERTURAS EXPRESAMENTE CONTRATADAS, CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL TOMADOR Y ASEGURADO EN LAS SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL SE ENTIENDEN INCORPORADA AL PRESENTE CONTRATO, SIEMPRE QUE EL RIESGO OBJETO DE COBERTURA OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

1. AMPARO BÁSICO

1.1. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA PÓLIZA, SI EL ASEGURADO FALLECE POR CUALQUIER CAUSA, SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

LA RECLAMACIÓN POR ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

1.1.1. EXCLUSIONES

LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA EL SUICIDIO, ENTENDIÉNDOSE POR TAL, EL FALLECIMIENTO CAUSADO CONSCIENTE Y VOLUNTARIAMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LOS PRIMEROS DOS (2) AÑOS DE VIGENCIA DEL SEGURO.

2. AMPAROS ADICIONALES

EL TOMADOR Y ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR, SI LO DESEA, Y LA COMPAÑÍA ACEPTA DE FORMA EXPRESA LA CONTRATACIÓN DE LOS TODOS O ALGUNO(S) DEL(OS) SIGUIENTE(S) AMPARO(S):

2.1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA PÓLIZA, CUANDO DENTRO DE LA VIGENCIA LE SEA DECLARADA UNA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

QUE DE POR VIDA LE IMPIDA DESEMPEÑAR UNA ACTIVIDAD LABORAL, QUE DICHA INVALIDEZ HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, LA CUAL SE TOMARÁ COMO FECHA DE SINIESTRO Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, EL ASEGURADO APORTARÁ A LA COMPAÑÍA LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE DEMUESTRE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL SESENTA Y CINCO POR CIENTO (65%) CERTIFICADA POR UNA ENTIDAD COMPETENTE Y CONFORME A LAS REGLAS DEL MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ. EN CASO DE DESACUERDO CON EL DICTAMEN APORTADO POR EL ASEGURADO, TENDRÁ VALOR DEFINITIVO EL DICTAMEN EMITIDO POR LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

TAMBIÉN SE CONSIDERA COMO INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, LA PARÁLISIS TOTAL PERMANENTE Y COMPLETA DE HEMICUERPO Y DEL CUERPO ENTERO. LA PÉRDIDA ANATÓMICA O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS (A NIVEL DE LA MUÑECA), DE AMBOS PIES (A NIVEL DE TOBILLO), DE UNA MANO Y UN PIE (A NIVEL DE LA MUÑECA Y EL TOBILLO), LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS Y LA ENAJENACIÓN MENTAL ABSOLUTA E INCURABLE.

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO GENERARÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO NO SE ENCUENTRE CONTRATADA LA COBERTURA DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CASO ESTE, EN EL QUE TODAS LAS DEMÁS COBERTURAS ADICIONALES SERÁN AUTOMÁTICAMENTE RETIRADAS QUEDANDO ÚNICAMENTE VIGENTE LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA POR EL TIEMPO CONTRATADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

2.1.1. EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1.1.1. LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.1.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACaidismo, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.1.1.3. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.
- 2.1.1.4. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA PREEXISTENTE.
- 2.1.1.5. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- 2.1.1.6. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- 2.1.1.7. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 2.1.1.8. LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS.
- 2.1.1.9. TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

2.2. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SITUACIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2.1 DE ESTE CLAUSULADO Y SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE PAGADA LA PRIMERA PRIMA ANUAL Y VIGENTE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA EXIMIRÁ AL TOMADOR DEL PAGO DE LAS SIGUIENTES PRIMAS ANUALES DE RIESGO DEL AMPARO BÁSICO Y DARÁ POR TERMINADOS LOS DEMÁS AMPAROS ADICIONALES.

EN CASO DE FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS, SE CUBRIRÁN SOLAMENTE LAS SIGUIENTES PRIMAS DE LAS ANUALIDADES COMPLETAS, EN NINGÚN CASO LAS PRIMAS FALTANTES DE LA ANUALIDAD EN CURSO.

ESTE AMPARO NO OPERA PARA LOS ASEGURADOS A LOS CUALES LA COMPAÑÍA NO LES HUBIERE OTORGADO EL AMPARO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DE SER SOLICITADO. EL ASEGURADO O LOS BENEFICIARIOS NO RECIBIRÁN SUMA ALGUNA AL APROBARSE LA EXONERACIÓN.

2.3. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 3.7. DEL PRESENTE CLAUSULADO, EL ASEGURADO FALLECE SIEMPRE Y CUANDO EL FALLECIMIENTO OCURRA DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE. LA COMPAÑÍA CUBRE EL DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CATÁSTROFES NATURALES COMO TERREMOTOS, INUNDACIONES, MAREMOTOS, DESAPARICIÓN EN UN RÍO, LAGO O MAR, DESAPARICIÓN COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVÍO, CAÍDA, EXPLOSIÓN, NAUFRAGIO O ENCALLADURA DE CUALQUIER VEHICULO DEL CUAL NO EXISTA EXCLUSIÓN EXPRESA DE COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO DEN ORIGEN A LA DECLARACIÓN JUDICIAL DE PRESUNCIÓN DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO, CON ARREGLO A LA LEY COLOMBIANA:

2.3.1. EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE EL FALLECIMIENTO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.3.1.1. SUICIDIO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.3.1.2. PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO O EXTREMOS TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACaidismo, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.3.1.3. LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- 2.3.1.4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS Y/O ACTOS DELICTIVOS.
- 2.3.1.5. ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA, DEFECTO O LIMITACIÓN FÍSICA PREEXISTENTE.

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

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

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

2.3.1.9. HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

2.4. ENFERMEDADES GRAVES

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO, CUANDO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE Y POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS Y HAYAN TRASCURRIDO SEIS (6) MESES DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE ESTE AMPARO. EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DEBERÁ ESTAR BASADO EN EVIDENCIAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

LA COMPAÑÍA, SE RESERVA EL DERECHO DE COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TALES PRUEBAS ASÍ COMO DE EXAMINAR AL ASEGURADO LAS VECES NECESARIAS. LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS SON:

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APOORTE SANGUÍNEO, QUE CAUSE LESIONES IRREVERSIBLES Y PERMANENTES TALES COMO PÉRDIDA PERMANENTE DEL CONOCIMIENTO, PENSAMIENTO, LENGUAJE O SENSACIÓN, PUEDE SER CAUSADO POR TROMBOSIS, EMBOLIA, ESTENOSIS DE UNA ARTERIA DEL CEREBRO O HEMORRAGIA CEREBRAL. DEBE SER DIAGNOSTICADO MEDIANTE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA REALIZADAS POR EL NEURÓLOGO, LUEGO DE TRASCURRIR COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS, CONTADAS A PARTIR DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN QUE PUEDE SER TUMORAL O NO, 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 HOGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER APOYADO CON EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE MALIGNIDAD.

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. EL PAGO DEL AMPARO ESTARÁ CONDICIONADO A QUE LA ENFERMEDAD HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

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. HAYA PROVOCADO INHABILIDAD DEL ASEGURADO PARA REALIZAR DETERMINADAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TALES COMO: BAÑARSE, VESTIRSE, DESPLAZARSE, COMER.

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, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.

INFARTO DE MIOCARDIO: MUERTE O NECROSIS DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDIACO, OCASIONADA POR UNA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DEFICIENTE POR OBSTRUCCIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS. EN LA HISTORIA MÉDICA DEL DIAGNÓSTICO DEBERÁ APARECER: DOLOR PRECORDIAL, CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA INDICATIVOS DE INFARTO, AUMENTO DE ENZIMAS CARDIACAS.

INSUFICIENCIA RENAL: DAÑO BILATERAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.

PARÁLISIS: SIGNIFICA LA PARÁLISIS TOTAL Y PERMANENTE 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. DEBERÁ SER OBVIA LA RELACIÓN TIEMPO CAUSA CON EL DAÑO. CIRUGÍA DE PUENTES AORTO CORONARIOS (BY PASS): 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. DEBEN EXISTIR EVIDENCIAS ANGIOGRÁFICAS DE LA ENFERMEDAD SUBYACENTE.

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Estrictamente indispensable PARA LA RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS COMPLETOS: CORAZÓN, UNO O DOS PULMONES, HÍGADO O PÁNCREAS TOTAL (SE EXCLUYE EL TRANSPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS), QUE PROVENGAN DE UN DONANTE VIVO O MUERTO.

2.4.1. EXCLUSIONES

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

- 2.4.1.1. LESIONES O DOLENCIAS QUE SE DERIVEN DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO O EXTREMOS, TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO ESCALAMIENTO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL.
- 2.4.1.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.
- 2.4.1.3. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS.
- 2.4.1.4. EL CÁNCER DE SENO, O ÚTERO Y ANEXOS (TROMPAS DE FALOPPIO Y OVARIOS).
- 2.4.1.5. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA Y TODOS LOS TUMORES DE LA PIEL, CÁNCER INSITU, NO INVASIVO O CIRCUNSCRITOS AL ÓRGANO SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
- 2.4.1.6. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CUANDO SEA INDUCIDA POR MEDICAMENTOS O TÓXICOS.

- 2.4.1.7. LA NEUROSIS Y LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y/O PSICOLÓGICAS.
- 2.4.1.8. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA- ARTERIAL.
- 2.4.1.9. LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- 2.4.1.10. CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL CONSUMO DE ALCOHOL O DE DROGAS.

2.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA
LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO QUE FIGURE EN LA PÓLIZA, POR CADA DÍA QUE SE ENCUENTRE INTERNADO EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CLÍNICA. EL PAGO SE EFECTUARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE HAYAN OCASIONADO LA INCAPACIDAD SE HAYAN PRODUCIDO UNA VEZ TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA INDEMNIZACIÓN SE OTORGARÁ DESDE EL TERCER (3) DÍAS CONTINUOS DE HOSPITALIZACIÓN, CUBRIÉNDOSE MÁXIMO NOVENTA (90) DÍAS CONTINUOS POR EVENTO Y HASTA TRES (3) EVENTOS POR AÑO.

2.5.1. EXCLUSIONES

NO SE EFECTUARÁ PAGO ALGUNO POR ESTE AMPARO CUANDO LA HOSPITALIZACIÓN TENGA ORIGEN O RELACIÓN CON:

- 2.5.1.1. LA PRACTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE COMO CONSECUENCIA DE UNA INCAPACIDAD DETERMINADA POR MÉDICO O CIRUJANO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN Y QUE LA ENFERMEDAD MOTIVANTE SE HAYA ORIGINADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- 2.5.1.2. LESIONES CORPORALES INFRINGIDAS A SI MISMA POR EL ASEGURADO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE LOCURA O BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS SICOTROPICAS.

- 2.5.1.3. LICENCIAS POR MATERNIDAD.
- 2.5.1.4. HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO
- 2.5.1.5. ABORTO PROVOCADO.
- 2.5.1.6. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SE PRACTIQUEN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- 2.5.1.7. TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- 2.5.1.8. CUANDO EL ASEGURADO SEA INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESORDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS O POR CUALQUIER ESTADO SIQUIÁTRICO.
- 2.5.1.9. TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O POR CUALQUIER TIPO DE ADICCIÓN.
- 2.5.1.10. ACCIDENTES DE TRÁNSITO DONDE LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL O DROGAS, A MENOS QUE DICHAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS MEDICAMENTE.
- 2.5.1.11. LA ORIGINADA COMO CONSECUENCIA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA SIDA, ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS V.I.H. O TODO LO RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ESTE.
- 2.5.1.12. CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR TAL LA ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL EL ASEGURADO HA RECIBIDO TRATAMIENTO O UNA RECOMENDACIÓN DE TRATAMIENTO POR UN MÉDICO CALIFICADO LEGALMENTE, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PÓLIZA.
- 2.5.1.13. TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- 2.5.1.14. DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- 2.5.1.15. TRATAMIENTOS DE ESTERILIDAD, FERTILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- 2.5.1.16. FISIOTERAPIA.
- 2.5.1.17. EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.
- 2.5.1.18. CÁNCER Y SU TRATAMIENTO
- 2.5.1.19. PRACTICA O ENTRENAMIENTO PROPIO DE DEPORTES CONSIDERADOS DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SEN HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS QUE NO SEA A PIE O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.
- 2.5.1.20. LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE VOLAR COMO PILOTO, ALUMNO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE TRIPULACIÓN DE CUALQUIER NAVE AÉREA.
- 2.5.1.21. RIÑAS O ACTOS ILÍCITOS COMETIDOS POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD.
- 2.5.1.22. EL INGRESO VOLUNTARIO U OBLIGADO DEL ASEGURADO AL SERVICIO MILITAR EN CUALQUIER FUERZA ARMADA DE CUALQUIER PAÍS U ORGANISMO NACIONAL (FUERZA PÚBLICA).
- 2.5.1.23. POR PARTICIPAR EL ASEGURADO EN ACTOS ILÍCITOS O CONTRARIOS A LAS LEYES COLOMBIANAS.
- 2.5.1.24. LAS DERIVADAS DE UNA CATÁSTROFE NATURAL TALES COMO TERREMOTOS, TEMBLORES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, HURACANES, TORNADOS, INUNDACIONES, ENTRE OTRAS.
- 2.5.1.25. FUSIÓN O FISIÓN NUCLEAR.
- 2.5.1.26. LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA DECLARADA O NO, REBELIÓN REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL O POPULAR.
- 2.5.1.27. ACTOS DEL ASEGURADO EN VIOLACIÓN DE LAS LEYES CON O PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ACTOS TERRORISTAS.

3. DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

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

- 3.2. **Asegurado:** Persona natural sobre quien recaen los riesgos y se estipula el seguro, y deberá aceptar expresamente el mismo.
- 3.3. **Beneficiario:** Persona(s) a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que designe. El beneficiario podrá ser a título gratuito, es decir, aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del asegurado, razón por la cual éste lo podrá cambiar en cualquier momento, dicha modificación surtirá efecto en la fecha de notificación por escrito a la Compañía. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. Cuando no se designe beneficiario o la designación se ineficaz o nula por cualquier causa, se aplicará lo contenido en el artículo 1142 del código de comercio.
- 3.4. **Compañía:** Entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza que para efectos de este contrato será MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
- 3.5. **Póliza:** Documento que contiene las condiciones generales, especiales y particulares que identifican el riesgo.
- 3.6. **Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- 3.7. **Accidente:** Es el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado que le cause la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o internas, médicamente comprobadas.
- 3.8. **Médico:** Persona autorizada para ejercer la medicina y cualificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente. Debe estar asociado a la EPS o medicina prepagada donde se encuentre afiliado el asegurado.
- 3.9. **Institución hospitalaria:** Establecimiento registrado y autorizado por reunir todas las condiciones exigidas por las autoridades correspondientes para el desarrollo de su objeto social de acuerdo con la legislación colombiana para la atención de enfermos. No son consideradas como instituciones hospitalarias para efectos de esta póliza, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio o los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.
- 3.10. **Hospitalización:** Cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.

- 3.11. **Edad Actuarial:** Es el parámetro de edad tomado para aplicar la tarificación, se obtiene tomando la edad correspondiente a la fecha de aniversario más cercana (anterior o posterior).

4. EDADES

Para el amparo de fallecimiento por cualquier causa, la edad mínima de ingreso a la póliza es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es sesenta (60) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los setenta (70) años (edad actuarial).

Para los amparos adicionales de fallecimiento accidental, invalidez total y permanente y exoneración de pago de primas, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es sesenta (60) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los sesenta y cinco (65) años (edad actuarial).

Para los amparos adicionales de enfermedades graves y renta diaria por hospitalización, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años cumplidos, la edad máxima de ingreso es cincuenta y nueve (59) años (edad actuarial) y la edad máxima de permanencia es hasta los sesenta (60) años (edad actuarial).

5. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra con base en los datos facilitados por el tomador y/o asegurado, declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por la Compañía, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente, quedando obligados a comunicar a la Compañía cualquier modificación del estado del riesgo.

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

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

El tomador y/o asegurado, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía. La reticencia o inexactitud, sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Compañía lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el tomador y/o asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

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

7. VIGENCIA

El presente seguro entrará en vigor a las 24:00 horas del día en que la Compañía haya recibido el pago de la prima en su totalidad o de la primera cuota, si el pago es fraccionado. La vigencia de la póliza quedará definida en las condiciones particulares de la póliza.

8. PAGO DE LA PRIMA

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

- 8.1. Periodicidad: Las primas son de vigencia anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación del correspondiente recargo.
- 8.2. Plazo para el pago de la prima: Será máximo de treinta (30) días calendario después de la entrada en vigencia del seguro. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar la suma asegurada correspondiente si hay lugar a ello.

El no pago de la prima vencido el plazo de gracia producirá la terminación automática del contrato,

según lo establecido en el artículo 1152 del código de comercio.

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

9. AVISO DEL SINIESTRO

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

10. PAGO DEL VALOR ASEGURADO

La Compañía pagará el valor asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza, al tomador, asegurado o beneficiario, según el caso.

La Compañía efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva, en caso de que el beneficiario sea el mismo tomador.

La Compañía pagará la indemnización a que esté obligada, dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro deberá aportar documentos tales como:

Para proceder al pago de la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia del registro civil de defunción.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Historia clínica completa.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento.
- Si el fallecimiento ocurrió a causa de un accidente, el informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del caso, acta de levantamiento del cadáver y protocolo de necropsia.
- Certificación bancaria del(os) beneficiarios (no puede ser una cuenta compartida).

Para proceder al pago de la indemnización en caso de invalidez total y permanente o enfermedad grave del asegurado:

- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Historia clínica completa.
- Certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad. En caso de reclamación por enfermedades graves.
- Dictamen de calificación de invalidez total y permanente con calificación superior o igual al 65%. En caso de reclamación por el amparo invalidez total y Permanente.
- Certificación bancaria del asegurado.
- Para proceder al pago de la indemnización en caso de renta diaria por hospitalización y cirugía del asegurado:
- Formulario de reclamación de indemnización diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad del asegurado.
- Historia clínica completa.
- Certificado de incapacidad emitida por la Institución y médico adscrito a la EPS o Medicina Prepagada, especificando causa fecha de emisión y número de días calendario de hospitalización.
- Certificación bancaria del asegurado.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

11. DEDUCCIONES

- Cuando la Compañía haya indemnizado por el amparo básico fallecimiento por cualquier causa se generará la terminación automática del contrato de seguro.
- Cuando la Compañía haya realizado un pago por el amparo de enfermedades graves, el valor asegurado del amparo básico será reducido al 50% a partir de la fecha del pago del siniestro y hasta por los siguientes 365 días calendario contados a partir de esa fecha. Una vez cumplido el día 365, el valor asegurado del amparo básico se restituirá al 100%. De la misma forma una vez pagada la indemnización por enfermedades graves el contrato quedará automáticamente sin los demás amparos adicionales vigentes a la fecha de la indemnización.
- Cuando la Compañía haya indemnizado por el amparo adicional de Exoneración de pago de primas del amparo básico por Invalidez Total y Permanente, se generará la terminación automática de todas las coberturas adicionales contratadas y la póliza continuará únicamente con el amparo básico.

12. REDUCCIÓN O PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN

Si el tomador, asegurado o beneficiario, incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, la Compañía sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

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

13. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ASEGURADORA

El artículo 1080 del código de comercio establece la obligación para la Compañía de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del código de comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

14. INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO

El valor asegurado del amparo básico y los amparos adicionales se incrementarán en cada renovación de acuerdo con el porcentaje de incremento seleccionado por el Tomador/Asegurado.

15. DURACIÓN DEL CONTRATO

La vigencia será la determinada en las condiciones particulares.

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

16. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato es renovable a voluntad del tomador, si éste con una anticipación no menor a un (1) mes a la fecha de su vencimiento no manifiesta intención de no renovar el contrato, se renovará por un periodo igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula dieciséis (17) del presente condicionado.

Las condiciones económicas de la renovación dependerán de las condiciones técnicas del producto.

17. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y AMPAROS ADICIONALES

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

- Por el no pago de la prima o su cuota vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Cuando el tomador o asegurado revoquen por escrito la póliza.
- Cuando la póliza sea rescatada.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, establecida por la Compañía, en el amparo básico.

Los amparos adicionales terminarán por cualquiera de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice algún amparo adicional a excepción de renta diaria por hospitalización y cirugía.
- Cuando se toma la opción de seguro saldado.

18. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Se establece como obligación del tomador, asegurado o beneficiario diligenciar el formulario de Conocimiento del Cliente a través de contratos de seguros, exigidos por la Superintendencia Financiera de Colombia bajo la Circular Externa 026 de 2008, con información veraz y verificable; así como actualizar sus datos por lo menos una vez al año, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según el producto o servicio. En el evento en que se incumpla con la presente obligación, la Compañía hará uso de su facultad de revocar unilateralmente el contrato de seguro, en los casos en que a ello hubiere lugar.

19. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza podrá ser revocada por el tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito emitido a la Compañía, surtiendo efecto en la fecha de recibo de tal comunicación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más

un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

Tratándose de los amparos adicionales, la Compañía podrá revocarlos mediante aviso escrito al tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la Compañía devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de revocación.

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

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

21. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones que se deriven del presente contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

22. NORMAS APLICABLES

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

23. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción Colombiana y será competencia del juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de la Compañía a elección del Tomador.

24. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como

domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

25. COMUNICACIONES

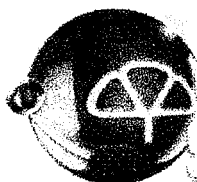
Las comunicaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, sólo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio de la Compañía. Las comunicaciones de la Compañía al Tomador, Asegurado o Beneficiarios del seguro, sólo producirán efecto si se han dirigido al último domicilio registrado en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



MAPFRE

La aseguradora global de confianza

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
Carrera 14 No. 96-34
PBX: 6503300
Bogotá, D.C.



MAPFRE

24

Nacional: **018000 519 991**
Bogotá: **307 7024** Celular: **#624**

www.mapfre.com.co