



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, hernias, colon)	NO					
Renales y/o genitourinarias (próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio)	NO					
Enfermedades hepáticas (hígado, páncreas)	NO					
Enfermedades venéreas	NO					
Músculo-esqueléticas, reumatismo, artritis	NO					
Mentales (bipolaridad, alzhéimer, depresión...)	NO					
Nerviosas (epilepsia, trastornos emocionales...)	NO					
Diabetes mellitus	NO					
Cáncer u otros tumores	NO					
Cerebro vasculares	NO					
SIDA/VIH	NO					
¿Le han ocurrido accidentes o lesiones graves?	NO					
Deformidades o 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					
¿Pienso someterse a alguna cirugía?	NO					

MUJERES

¿Se encuentra en estado de embarazo?	MES ESPERADO DEL PARTO
¿Complicaciones ginecológicas u obstétricas?	¿Cuáles?
¿Ha tenido embarazo anteriores?	¿He tenido complicaciones en esos partos? ¿Cuáles?

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 consumidor financiero, deudor, contraparte contractual 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 coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, 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 los 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,

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

