

POLIZA : 9201417900102
: 9201419900145 E MARKET
TOMADOR : FEMAP FONDO DE EMPLEADOS DE MAPFRE
NIT : 860.074.149-6
RAMO : VIDA GRUPO
ASEGURADOS : ASOCIADOS
VIGENCIA : DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 01/01/2021
HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31/12/2021

CONDICIONES PARTICULARES

1. AMPAROS

1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el asegurado fallece por cualquier causa, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra durante la vigencia de este amparo.

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

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La COMPAÑÍA pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura, si como consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido por el asegurado, siempre y cuando haya sido ocasionada o se manifieste estando dentro de la vigencia de la póliza y le produzca una Incapacidad Total y Permanente, y persista por un período continuo no menor a ciento ochenta (180) días calendario, contados a partir de la fecha en la cual se realiza el diagnóstico que genera la Incapacidad Total y Permanente por primera vez, para el caso de las enfermedades, para los accidentes corresponde a la fecha del accidente que deberán estar dentro de la vigencia de la póliza.

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

Para la determinación de la Incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá aportar a la COMPAÑÍA copia de su historia clínica completa, y el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL o AFP, conforme a las reglas del manual único para la calificación de la invalidez y las emitidas por las entidades que pertenecen a los regímenes de excepción, conforme a las reglas del manual correspondiente para la calificación de la invalidez.

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

1.2.1. EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El presente amparo no cubre la incapacidad total y permanente en los siguientes eventos:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.
- LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA PÓLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- 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 Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

- TENTATIVA DE HOMICIDIO, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.3. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Si el asegurado fallece o sufre alguna de las lesiones corporales enumeradas en la tabla de indemnizaciones prevista en el numeral 1.3.1 como consecuencia de un accidente, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento o la lesión corporal ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

Dentro de esta cobertura se incluye el desaparecimiento del asegurado cuando ocurra alguno de los siguientes eventos, que den origen a la declaración judicial de presunción de muerte por desaparecimiento, con arreglo a la ley colombiana: La desaparición en catástrofes naturales tales como: terremotos, inundaciones, maremotos, desaparición en un río, lago o mar, desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

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

1.3.1. TABLA DE INDEMNIZACIONES

La compañía pagará el valor asegurado contratado para este amparo, de acuerdo con el porcentaje correspondiente a la lesión o pérdida sufrida:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE.	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE.	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS.	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE.	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO.	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO.	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA.	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS.	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE.	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR.	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO.	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS.	25%
CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA.	20%

PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD.	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS.	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE.	10%
CATARATA TRAUMÁTICA OPERADA.	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO.	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO.	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES.	5%

Pérdida: amputación quirúrgica o traumática o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

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

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

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

1.3.2. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

El presente amparo no cubre el fallecimiento o lesiones corporales en los siguientes eventos:

- LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.
- EL SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS,

ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.

- LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.
- LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS DE CARÁCTER LEGAL.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ENFERMEDAD MENTAL.
- ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA POLIZA.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- 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 Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- LOS ACCIDENTES SUFRIDOS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- HOMICIDIO O SU TENTATIVA, SALVO EL OCURRIDO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SEA ESTA LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ACCIDENTAL O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.

1.4. ENFERMEDADES GRAVES

Si el asegurado es diagnosticado por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, y por primera vez, alguna de las enfermedades que a continuación se enumeran, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos noventa (90) días calendario desde el inicio de la vigencia del presente amparo.

La Compañía pagará al asegurado el valor contratado para esta cobertura y el valor indemnizado se deducirá del amparo básico

Las siguientes enfermedades graves son objeto de cobertura:

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 Hodgkin.

Accidentes Cerebro–Vasculares: Pérdida súbita de la función cerebral, resultante de la interrupción del aporte sanguíneo, que acuse lesiones irreversibles tales como pérdida permanente de conocimiento, pensamiento, lenguaje o sensación.

Insuficiencia Renal: Daño bilateral e irreversible de la función de los riñones, que haga necesaria la realización en forma regular de diálisis renal o un trasplante de riñón.

Infarto del Miocardio: Muerte de una parte del músculo cardíaco, ocasionada por una irrigación sanguínea deficiente.

Cirugía arterio – coronaria: Intervención quirúrgica a corazón abierto, que se realiza para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias, que no responden a tratamiento médico y en consecuencia es necesaria la realización de un by-pass o puente coronario.

Esclerosis Múltiple: Enfermedad que afecta el sistema nervioso central y se manifiesta por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles que conllevan a un estado de incapacidad severa, con disminución de la visión, incoordinación, debilidad e incontinencia urinaria.

Trasplante de órganos: La Compañía cubre el trasplante de órganos ocasionados por cualquier tipo de accidente o enfermedad., la Compañía ampara el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos: corazón, uno o dos pulmones, hígado o páncreas total (se excluye el trasplante de islotes de Langerhans), que provenga de un donante vivo o muerto.

Gran Quemado: La Compañía otorga cobertura a pacientes con quemaduras mayores al 20% de extensión y pacientes con quemaduras de segundo grado en cara, pies, manos y/o periné.

1.4.1. COBERTURA ESPECIAL CANCER IN SITU

La Compañía otorga cobertura especial para cáncer in situ de: Seno, Matriz, Cuello Uterino y Próstata.

La suma a indemnizar será el 20% del valor de la cobertura máximo \$25.000.000

1.4.2. EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

No se pagará ningún beneficio bajo el presente amparo, si el asegurado padece y/o se le ha diagnosticado una de las enfermedades cubiertas a consecuencia de o relacionadas con:

- **LOS EVENTOS ACCIDENTALES CASUADOS DIRECTAMENTE POR INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN; CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR,**

RADIATIVIDAD O USO DE ARMAS ATOMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS. SALVO LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ACTOS DE TERRORISMO.

- **LA TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIONES INTENCIONALMENTE CAUSADAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA**
- **LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.**
- **CÁNCER DE SENO O ÚTERO.**
- **LA COLOCACIÓN DE STEN MEDICADO O NO, ASI COMO CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS ENDOVASCULAR.**
- **LOS ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES REVERSIBLES, ENTENDIENDO COMO TALES AQUELLOS EN LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE EN LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.**
- **ENFERMEDADES O LESIONES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO, ASÍ COMO LAS DE ORIGEN CONGÉNITO Y GENETICO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LA COBERTURA EN LA POLIZA O SOPORTADA A TRAVÉS DE HISTORIA CLINICA CON FECHA DE DIAGNOSTICO (PREEXISTENCIA).**
- **ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DEL USO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**
- **CUALQUIER DOLENCIA AMPARADA POR LA PÓLIZA QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O ESTÉ SIENDO TRATADA POR UN MÉDICO QUE NO POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA, EXPEDIDA POR LA AUTORIDAD RESPECTIVA PARA PRACTICAR LA MEDICINA EN EL PAÍS.**
- **LA COMPETENCIA, PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE MANERA RECREATIVA DE: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO.**
- **LA PRÁCTICA CUALQUIER DEPORTE DE MANERA PROFESIONAL.**
- **LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.**
- **LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACION TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACION DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 N0 M0 (DE LA CLASIFICACION TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTES A LOS**

MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.

- **EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICOS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**
- **MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS.**

1.5. RENTAS CLINICAS

1.5.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA

Si el asegurado es recluido en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico según se define en la presente póliza, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, según el número de días que el asegurado se encuentre recluido.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que hayan ocasionado la hospitalización se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendarios desde el inicio de vigencia de la póliza.

La indemnización se otorgará desde el tercer día de hospitalización y cubrirá hasta un máximo de treinta (30) días continuos por evento y máximo tres (3) eventos por vigencia por asegurado.

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

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

1.5.2. RENTA DIARIA ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI

La compañía pagará al asegurado el valor estipulado en la carátula de la póliza, por cada día que el asegurado se encuentre internado en una unidad de cuidados intensivos, de una clínica o institución hospitalaria, por cualquier causa, hasta un máximo de quince (15) días continuos por evento y máximo tres (3) eventos por vigencia por asegurado.

El pago se producirá siempre y cuando la enfermedad o lesiones que hayan ocasionado la reclusión se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza.

1.5.3. EXCLUSIONES PARA RENTAS CLINICAS

El presente amparo no cubre cuando la incapacidad temporal o la hospitalización tengan origen o relación con:

- LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS O FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, EXCEPTO EL EXAMEN QUE SE NECESITE A 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.
- LESIONES CORPORALES INFLIGIDAS POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO O INTENTO DE SUICIDIO, BIEN SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS.
- LICENCIAS POR MATERNIDAD.
- HOSPITALIZACIONES POR PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO DURANTE LOS DIEZ (10) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.
- HOSPITALIZACIONES O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO CON OCASIÓN O POR CAUSA DE SU ESTADO DE EMBARAZO O ABORTO.
- CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE TENGA POR FINALIDAD CORREGIR DEFORMACIONES, MALFORMACIONES, IMPERFECCIONES Y ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN CASAS DE REPOSO POR DESÓRDENES MENTALES, FUNCIONALES, PSICOSIS, NEUROSIS.
- TRATAMIENTOS POR DROGADICCIÓN, TABAQUISMO O CUALQUIER ESTADO PSIQUIÁTRICO.
- CONDICIONES FÍSICAS O DE SALUD PREEXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL AMPARO.
- TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS CIENTÍFICAMENTE POR LAS AUTORIDADES DE SALUD.
- DICTÁMENES MÉDICOS DADOS POR FACULTATIVOS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO, PARENTESCO ENTENDIDO DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.
- TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD, ESTERILIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- FISIOTERAPIAS
- EXÁMENES DE CORRECCIÓN Y DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE LA VISTA.
- CÁNCER Y SU TRATAMIENTO.
- PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES DE BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO, EN LOS QUE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO O DEPORTES PROFESIONALES.

- 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.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS O ACTOS DELICTIVOS.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO O DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

1.6. AUXILIO EXEQUIAL

En caso de fallecimiento del asegurado según lo definido en el numeral 1.1. De este documento, la compañía pagará la suma asegurada para este amparo al (los) beneficiario (s) designado (s) o en su defecto los de ley, para sufragar los gastos funerarios, siempre y cuando se contrate la cobertura

1.7. BONO CANASTA PARA GASTOS DE HOGAR

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del fallecimiento.

1.8. BONO CANASTA PARA GASTOS EDUCATIVOS

En caso de fallecimiento por cualquier causa del asegurado, según lo definido en el numeral 1.1. De este clausulado, la compañía pagará el valor asegurado contratado como renta mensual y por el número de meses definidos en las condiciones económicas, a partir del mes siguiente a la fecha de ocurrencia del fallecimiento.

2. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Asociados a **FEMAP** y sus cónyuges, en caso de ser asegurados, durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando vengán relacionadas en el listado que deberá remitirse a la Compañía con anterioridad al inicio de la vigencia, hayan cumplido los requisitos de asegurabilidad y pagado el valor de la prima correspondiente.

3. VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en las condiciones particulares de la póliza.

4. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	65 años	80 años
Incapacidad Total y permanente	18 años	65 años	65 años
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	65 años	75 años
Enfermedades Graves	18 años	65 años	65 años
Rentas Diarias	18 años	65 años	65 años
Exequias	18 años	65 años	80 años
Bono canasta Gastos de Hogar	18 años	65 años	80 años
Bono canasta Gastos Educativos	18 años	65 años	80 años

4.1. ERRORES E INEXACTITUDES

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

5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el aceptado expresamente por La Compañía el cual se indicará en la carátula de la póliza.

6. CONTINUIDAD DE COBERTURA

La compañía otorga continuidad de cobertura, es decir no exigirá requisitos adicionales de asegurabilidad a los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado y las coberturas que se tuvieron contratadas con la anterior aseguradora.

Los términos y condiciones del contrato de seguro incluyendo las edades de permanencia, amparos y definiciones de cada cobertura que aplicarán, serán las contenidas en el presente condicionado particular.

Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud pero con las siguientes salvedades:

- Que su actividad sea ilícita o se encuentre involucrado en procesos penales (excepto los delitos culposos) o privado de la libertad.
- Que las condiciones de salud existieran con anterioridad a la inclusión en la póliza de seguro.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de valor asegurado o inclusión de coberturas requerirá el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento. Sin perjuicio de lo anterior, el Tomador

pondrá a disposición de la Compañía las solicitudes de seguro presentadas a la anterior aseguradora.

6.1. GARANTÍA DEL TOMADOR

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Tomador de informar los riesgos que han sido extra-primados o con limitación de cobertura, o suma asegurada por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas o limitaciones en el cobro de la nueva póliza.

Así mismo, la continuidad de amparos queda condicionada a que el Tomador informe a la Compañía por escrito, si tiene conocimiento de que haya asegurados a los cuales ya se les hubiere diagnosticado o indemnizado por enfermedades graves o de carácter terminal.

7. AMPARO AUTOMÁTICO

La Compañía concede treinta (30) días de amparo automático para todos los nuevos asegurados que entren a formar parte del grupo asegurable y/o aumentos de valor asegurado hasta un máximo de **\$300.000.000** sin tener en cuenta la edad y para las personas menores de 65 años de edad en forma automática, con solo diligenciar el formato de solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad, a partir de la fecha en que aparezca tal novedad en los registros internos del Tomador.

Para valores superiores a **\$300.000.000** y/o asegurados mayores de 65 años de edad y/o para aquellas personas que respondan afirmativamente a las preguntas de carácter medico sin importar su edad o suma a asegurar; MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. se reserva el derecho de exigir el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos.

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

8.1. PARA ASEGURADOS CON CONTINUIDAD DE COBERTURA:

- Listado de asegurados en papelería de la anterior aseguradora

8.2. PARA NUEVOS ASEGURADOS Y/O AUMENTOS DE SUMA ASEGURADA Y/O INCLUSIÓN DE COBERTURAS

- Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todos.
- Presentación de los siguientes requisitos médicos por parte de los asegurados mayores de 65 años y de aquellos cuyo valor asegurado supere los **\$300.000.000**, y/o respondan positivamente a las preguntas de carácter medico en la declaración de asegurabilidad; para su correspondiente análisis y aprobación por parte de MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

REQUISITOS

Fotocopia de la Cédula (Legible)

Examen Médico

Análisis de orina químico y microscópico con estudio de sedimento
Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
Análisis de sangre: (Cuadro Hemático, Glicemia, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Ácido úrico, colesterol HDL y LDL, GAMAGLUTAMIL TRANSFERASA)
H.I.V.
Antígeno Prostático hombres mayores de 50 años no V:I:H

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. podrá solicitar exámenes complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas, extraprimar, aplazar o rechazar el o los riesgos que estime conveniente.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., establece un plazo de cinco (5) días hábiles para Bogotá y ocho (8) días hábiles para el resto del país, contados a partir del momento en que los resultados se encuentren en la sede de la aseguradora, para responder al Tomador o intermediario de seguros la aceptación o rechazo de un riesgo.

9. LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD (L.A.R) POR UN SOLO EVENTO:

El monto total indemnizable por parte de la Compañía por concepto de varias reclamaciones formuladas por la ocurrencia de un mismo evento durante la vigencia del seguro, no excederá del limite de indemnización fijado, de esta manera la suma a pagar por cada uno de los asegurados afectados, tendrán la misma proporción porcentual, sobre el **(L.A.R)**, que es lo correspondiente a la suma total de los siniestros a reconocer. Además, este limite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y será estipulado en la Condiciones particulares de cada Póliza.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD \$ 9.000.000.000

10. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador deberá pagar dentro de los treinta (30) días contados a partir del inicio de vigencia del correspondiente certificado de cobro.

11. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según 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 siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

12. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de muerte son:

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Registro civil de matrimonio si el reclamante es el cónyuge.
- Registro civil de nacimiento de los beneficiarios, original o copia autenticada en notaria.
- Registro civil de defunción del asegurado original o copia autenticada en notaria.
- Historia clínica completa del asegurado
- Fotocopia del Acta del Levantamiento del cadáver, si es muerte accidental.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia, si es muerte accidental.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de Incapacidad Total y Permanente y/o desmembración Accidental, o enfermedades Graves:

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Historia Clínica completa del asegurado
- Practicarse la valoración de la pérdida de la capacidad laboral a través de una entidad competente designada por la Compañía
- Certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la Incapacidad Total y Permanente.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo en caso de Rentas Clínicas

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias
- Fotocopia del documento de Identidad del asegurado
- Historia Clínica completa del asegurado
- Certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la Enfermedad, que incluya pruebas clínicas, radiológicas, histológicas de patología y de laboratorio que permitan evidenciar el origen de la evolución, diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
- Incapacidad emitida por la institución y/o médico adscrito a la misma.

13. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación.

14. DEDUCCIONES

- Una vez pagada la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el contrato de seguro queda extinguido en su totalidad.
- Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Incapacidad Total y Permanente, siempre y cuando la Incapacidad se produzca como consecuencia de alguna de las enfermedades graves definidas en el respectivo amparo.
- Cuando la compañía haya realizado un pago bajo el amparo de Enfermedades Graves, éste será deducido del amparo de Vida.

- Si a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago por desmembración, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por Incapacidad Total y Permanente.

15. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- Por el no pago de la prima, vencido el período de gracia.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por el pago de indemnización igual al 100% del valor asegurado por cualquiera de los amparos contratados.

16. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato es renovable a voluntad de las partes contratantes, y las tarifas y condiciones serán ajustadas dependiendo del resultado técnico de la vigencia que termina.

17. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente Póliza y sus Amparos Adicionales podrán ser revocados por el Tomador o Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a la Compañía. Se otorga un plazo de 60 días para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a prorrata

18. BENEFICIARIOS

El beneficiario podrá ser a título gratuito y en este caso el Asegurado podrá cambiarlo en cualquier momento, surtiendo efectos tal cambio, a partir de la fecha de la recepción de la notificación por escrito a la Compañía.

En el evento en que el Beneficiario sea a título gratuito y fallezca el asegurado sin que se haya designado Beneficiario, la designación se hiciere ineficaz, o falleciere simultáneamente con el Asegurado, o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios: el cónyuge del Asegurado en la mitad del Seguro y los herederos del Asegurado en la otra mitad.

El Beneficiario será siempre a título oneroso en los Seguros de Deudores y en este caso siempre será Beneficiario el Tomador, hasta el saldo insoluto de la deuda.

19. CONDICIONES ECONÓMICAS.

COBERTURAS OFERTADAS	SUMA ASEGURADA
Fallecimiento por cualquier causa	MINIMO \$20.000.000 MAXIMO \$1.100.000.000
Incapacidad Total y permanente	MINIMO \$20.000.000 MAXIMO \$1.100.000.000
Fallecimiento Accidental y Beneficios por Desmembración	MINIMO \$20.000.000 MAXIMO \$1.100.000.000
Enfermedades Graves	Anticipo del 50% del Amparo Básico.
Renta por Hospitalización y Cirugía	\$100.000
Renta Diaria Adicional por hospitalización en la UCI	\$200.000
Auxilio Exequial	\$4.000.000
Bono canasta Gastos de Hogar	\$300.000
Bono canasta Gastos Educativos	\$300.000
TASA ANUAL PARA EMPLEADOS Y EXEMPLEADOS MENORES DE 65 AÑOS	2.8‰
TASA ANUAL PARA EMPLEADOS Y EXEMPLEADOS MAYORES DE 65 AÑOS	4,60‰
TASA ANUAL PARA CONYUGE MENORES DE 65 AÑOS	2,52‰
TASA ANUAL PARA CONYUGE MAYORES DE 65 AÑOS	4.15‰

Nota: cobertura para el conyugue por el 90% del valor de la prima del asegurado principal, el valor asegurado en ningún caso podrá ser superior al del asegurado principal.

COMPAÑÍA



INGRID OLARTE PÉREZ
Suscriptor Senior Vida Colectivos
MAPFRE | COLOMBIA

