

Bogotá, 29 de junio de 2023

Señores
COLEGIO BOLIVAR
Ciudad

Asunto: NOTA DE COBERTURA SEGURO VIDA GRUPO

Respetados Señores,

Nos permitimos otorgar NOTA DE COBERTURA para la póliza en referencia, bajo las condiciones de renovación pactadas y aceptadas por el cliente.

COMPAÑÍA:	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA
RAMO:	VIDA GRUPO
MODALIDAD:	86101
POLIZA:	1507422900162
CONTRATO:	10844
TOMADOR:	COLEGIO BOLIVAR
NIT:	890.300.539-4
ASEGURADOS:	PADRES DE FAMILIA
BENEFICIARIO:	LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY
CIUDAD:	CALI
VIGENCIA:	DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 30/06/2023 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 30/06/2024
EMISION:	Nominada
FACTURACION:	Anual con cobros semestral

COMPAÑÍA

CARMEN XIMENA SANCHEZ PAZ
Suscriptor Vida
Dirección Técnica
MAPFRE | COLOMBIA

CONDICIONES PARTICULARES 2023-2024

SEGURO DE VIDA GRUPO

1. AMPARO BÁSICO

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.

1.1.1. EXCLUSIONES Y LIMITACIÓN DE COBERTURA BÁSICA

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1. 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 (150) 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.

2.1.1 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.

2.2 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.

AUXILIO \$15.000.000

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES SERÁN OBJETO DE COBERTURA:

CÁNCER: ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR EL CRECIMIENTO, INVASIÓN Y EXPANSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS TEJIDOS DE DIFERENTES ÓRGANOS. TAMBIÉN SE CONSIDERA BAJO ESTA DEFINICIÓN LA LEUCEMIA Y EL LINFOMA DE HODGKIN O NO HODKING.

ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES: PÉRDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL, RESULTANTE DE LA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO (TIPO TROMBOTICO, EMBOLICO O HEMORRÁGICO), QUE ACUSE LESIONES IRREVERSIBLES.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: DAÑO BILATERAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN DE LOS RIÑONES, QUE HAGA NECESARIA LA REALIZACIÓN EN FORMA REGULAR DE DIÁLISIS RENAL (PERITONEAL O HEMODIÁLISIS) O UN TRASPLANTE RENAL.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA INTERRUPCIÓN DEL APORTE SANGUÍNEO.

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. DIAGNÓSTICO CLÍNICO INEQUÍVOCO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DIAGNOSTICADO POR ESPECIALISTA.

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), (NO ESTÁN INCLUIDOS NI RIÑÓN NI CORNEA) QUE PROVENGA DE UN DONANTE EFECTIVO COMPATIBLE VIVO O MUERTO.

GRAN QUEMADO: LA COMPAÑÍA OTORGA COBERTURA A PACIENTES CON QUEMADURAS MAYORES AL 20% DE EXTENSIÓN Y PACIENTES CON QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA, PIES, MANOS Y PERINÉ.

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

ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA O IDIOMÁTICA (TODAS LAS OTRAS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS), CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. LA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERAN COMO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCEROS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

ESTADO DE COMA: ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIONES O RESPUESTAS A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, PERSISTIENDO CONTINUAMENTE CON EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE DE LA VIDA POR UN PERIODO DE AL MENOS 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE 3 MESES.

TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA: TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON TRASTORNO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR HALLAZGOS TÍPICOS EN LOS TESTS NEURORADIOLÓGICOS (POR EJEMPLO: TAC O RNM DE CEREBRO). EL TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR INDEPENDIEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

REPLAZO O REPARACIÓN DE VÁLVULA EN EL CORAZÓN: CIRUGÍA DE CORAZÓN ABIERTO PRACTICADA CON EL FIN DE REEMPLAZAR O REPARAR UNA O MÁS VÁLVULAS AFECTADAS DEL CORAZÓN.

CIRUGÍA DE INJERTO EN LA AORTA: ES AQUELLA CIRUGÍA PRACTICADA EN LA ARTERIA AORTA QUE REQUIRIÓ EL IMPLANTE DE UN INJERTO PARA REMPLAZAR PARTE DE LA MISMA A NIVEL DE LA AORTA TORÁCICA Y/O ABDOMINAL. NO INCLUYE INJERTOS COLOCADOS EN LAS ARTERIAS DERIVADAS O DE NINGUNA OTRA ARTERIA.

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

ANEMIA A PLÁSTICA: DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO DE FALLA DE LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EVIDENCIADO POR LOS RESULTADOS DE BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA. LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA, QUE REQUIERAN AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- A. TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS DE SANGRE.
- B. ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA
- C. AGENTES INMUNOSUPRESORES.
- D. TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

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

2.3.1. ANTICIPO POR CANCER IN SITU

No obstante las exclusiones de esta cobertura, se amplía el amparo de Enfermedades Graves, la Compañía indemnizará al asegurado con el veinticinco por ciento (25%) del valor asegurado máximo \$3.750.000 en la cobertura de enfermedades graves, cuando le sea diagnosticada médicamente y por primera vez cáncer in situ de mama, próstata y matriz; siempre y cuando hayan transcurrido mínimo noventa (90) días desde el inicio de la vigencia de la presente póliza.

El valor indemnizado de esta ampliación de cobertura se deducirá del valor asegurado del amparo de enfermedades graves y producirá la terminación de la cobertura de Anticipo por cáncer in situ.

2.3.2 EXCLUSIONES PARA ENFERMEDADES GRAVES

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

- 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.
- 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.

2.5. 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

ESTA COBERTURA SE OTORGA SIN EXCLUSIONES

3. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los padres de familia del colegio Bolívar durante la vigencia de la póliza, que sean reportados por el Tomador y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este documento.

3.1. REQUISITOS DE INFORMACIÓN

Dando cumplimiento al artículo 78 de la ley 1328 de 2009 y su decreto reglamentario 3680 del 25 de septiembre de 2009, por el cual se crea el Registro Único de Seguros, para la emisión de cada Póliza individual del presente Seguro de Vida Grupo, la solicitud de seguro y/o listado de asegurados ya sean nuevos o de continuidad, deberá obligatoriamente contener la siguiente información y deberá ser enviado por el Tomador mensualmente en medio magnético dentro de los primeros 10 días del mes siguiente con el fin de efectuar la emisión del cobro mensual

- Nombres completos
- Tipo de documento
- Número de documento de identificación
- Fecha de nacimiento
- Genero
- Fecha de Ingreso a la póliza.
- Los porcentajes de extra prima si los hubiere
- Limitaciones de cobertura por proceso de selección de las anteriores Aseguradoras si los hubiere.

4. 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 la carátula de la póliza.

5. EDADES POR COBERTURA

COBERTURAS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	75 años	Hasta que el niño termine sus estudios en el colegio.
Incapacidad Total y permanente	18 años	69 años	70 años
Enfermedades Graves	18 años	69 años	70 años
Auxilio Exequial	18 años	75 años	Hasta que el niño termine sus estudios en el colegio.

Para ingresos entre 70 y 75 años el valor asegurado máximo es de \$ 160.000.000

5.1. ERRORES E INEXACTITUDES

La Compañía admitirá:

- 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 de 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 suma asegurada, pero deducirá de la indemnización la diferencia de primas no cobradas durante el tiempo de vigencia del seguro.

- Los errores u omisiones involuntarios imputables al Tomador en el reporte de la información: El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos y circunstancias que, conocidas por la COMPAÑÍA, la hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Sin embargo, si el tomador incurriere en errores u omisiones o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato de seguro al cual se adhiere esta cláusula no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del artículo 1058 del código de comercio, sobre reducción porcentual de la prestación asegurada, en este caso, el asegurado se obliga a pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

6. 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.

Es el resultado de la sumatoria individual de cada asegurado, la cual corresponde a los costos educativos por los años que le faltan a cada uno de los alumnos o los que se encuentran en periodo de admisión temprana, para terminar su educación escolar. En caso de fallecimiento o incapacidad total o permanente del asegurado, se entregará al colegio la suma total asegurada:

2023 - 2024		
Grados	Valor Asegurado 2023 - 2024 Estudiantes Antiguos	Valor Asegurado 2023 - 2024 Estudiantes Nuevos
N1	-	\$ 663.410.494
N2	-	\$ 641.460.557
N3	-	\$ 616.264.462
K0-K4	-	\$ 588.902.710
K5	-	\$ 550.474.143
1	-	\$ 512.151.379
2	-	\$ 473.939.418
3	-	\$ 435.170.206
4	\$ 384.157.027	\$ 395.512.981
5	\$ 343.954.709	\$ 355.310.663
6	\$ 304.884.596	\$ 314.540.326
7	\$ 265.015.378	\$ 273.136.896
8	\$ 224.091.761	\$ 230.679.067
9	\$ 181.562.574	\$ 186.615.670
10	\$ 137.789.542	\$ 141.567.471
11	\$ 93.034.049	\$ 95.560.937

12

\$ 47.034.622

\$ 48.310.469

Valor Máximo Asegurado 1.800.000.000

7. CONTINUIDAD DE COBERTURA – CHUBB

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 tuvieran 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.

7.1. 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.

8. AMPARO AUTOMÁTICO

La Compañía concede al Tomador 30 días de amparo automático el cual opera a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador para todos los nuevos asegurados menores de **60 años de edad** o suma asegurada menor o igual a **\$1.287.965.768** que entren a formar parte del grupo asegurable; dentro de dicho periodo debe aportar la solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad.

La Compañía concede amparo automático sin solicitud de seguro para los aumentos de suma asegurada que no superen los **\$1.287.965.768** siempre y cuando sean menores de 60 años de edad y que actualmente no se encuentre extraprimado, a partir de la fecha en que aparezca dicha novedad en los registros internos del Tomador.

Para las personas que no cumplan con los parámetros establecidos o para aquellas personas que respondan afirmativamente a las preguntas de carácter medico sin importar su edad o valor asegurado no estarán amparadas y habrá lugar a cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos que serán evaluados por parte de la compañía, quien podrá solicitar exámenes adicionales o complementarios y se reserva el

derecho de aceptar, limitar coberturas o valores asegurados, extra-primar, aplazar o declinar el o los riesgos que estime conveniente dentro de sus políticas de suscripción.

Nota: En Enero de 2024 se realizará revisión para calcular el porcentaje o aumento del amparo automático indicado por el colegio, el cual puede ser por IPC o el % aprobado de incremento de la secretaria de educación.

Este aumento se reflejará para la próxima vigencia de 2023-2024

9. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

9.1. PARA NUEVOS ASEGURADOS Y/O AUMENTOS DE SUMA ASEGURADA

- Requisitos de Información numeral 3.1 del presente Documento.
- Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todo el grupo asegurable de acuerdo al amparo automático.
- Presentación de los siguientes requisitos médicos por parte de los asegurados que excedan los límites definidos en la cláusula de Amparo Automático, para su correspondiente análisis y aprobación por parte de la Compañía.

REQUISITOS MÉDICOS
Examen médico
Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
Laboratorio: Parcial de orina. Química Sanguínea: Ácido Úrico, BUN, Glicemia, Cuadro hemático, Creatinina, HDL, LDL, TGO, TGP, Colesterol total, Triglicéridos.
Para hombres mayores de 50 años solicitar resultado del último examen de Antígeno Prostático realizado no mayor a 365 días.

La Compañía, podrá solicitar exámenes complementarios y se reserva el derecho de aceptar, limitar coberturas o suma asegurada, extra-primar, aplazar o rechazar el o los riesgos que no cumplan con los parámetros de selección definidos por la Compañía.

En caso que la evaluación médica del padre solicitante determine que es un riesgo no asegurable para el amparo de vida, la Compañía autoriza el ingreso con la cobertura exclusivamente de muerte accidental.

La solicitud de seguro tendrá validez de 6 meses.

10. AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios según el caso, deberán dar aviso a la Compañía, de toda lesión, pérdida o fallecimiento que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta Póliza, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación. El asegurado o los beneficiarios deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el estudio del siniestro.

11. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente a los beneficiarios o por conducto del Tomador, la indemnización a que está obligada, dentro del mes siguiente a la fecha en que se formalice la reclamación.

COBERTURA A PRIMERA PERDIDA

En todos aquellos casos donde figuren dos asegurados y se produzca la muerte o incapacidad total y permanente simultánea de éstos, se pagará única y exclusivamente el valor correspondiente a un asegurado.

12. DOCUMENTOS PARA EL ANALISIS DE LA RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro deberá aportar los siguientes documentos por cada riesgo.

Fallecimiento

1. Copia de la cédula
2. Registro civil de defunción
3. Certificado de defunción las dos hojas si las hay
4. Solicitud de seguro si la hay
5. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento de fallecer).
6. Acta de levantamiento de cadáver en caso de muerte accidental.
7. Informe de autoridades si trata de accidente de tránsito.
8. Protocolo de necropsia en caso de muerte accidental.
9. Documentos que prueben la condición de Beneficiarios; copia cedula para mayores de edad, registro civil de nacimiento para menores, de defunción si hay fallecidos.
10. Declaración extra juicio cuando no hay designación de beneficiarios; declaración que debe hacer una persona ajena a la familia, indicando al momento del fallecimiento el estado civil, cuántos hijos matrimoniales, extramatrimoniales u adoptivos tuvo.
11. Certificación bancaria de cada Beneficiario.
12. SARLAFT y Finiquito si hay lugar a pago.

Incapacidad Total y Permanente, Inhabilitación Total y Permanente.

1. Copia de la cédula.
2. Copia de la historia clínica completa del asegurado (antes de ingresar a la póliza y en el momento del accidente o diagnóstico de la enfermedad, sí es el caso).
3. Copia de la historia clínica completa del asegurado, 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.
5. Certificación bancaria donde podrá realizarse el pago en caso de estar el evento cubierto.
6. SARLAFT y Finiquito si hay lugar a pago.

Enfermedad Grave.

1. Copia de la cédula.
2. Solicitud de seguro si la hay.
3. Historia clínica completa del asegurado. (antes de ingresar a la póliza y en el momento del diagnóstico de la enfermedad).
4. Exámenes de diagnóstico de patología.

5. Certificación bancaria.

6. SARLAFT y Finiquito si hay lugar a pago.

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.

13. 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.
- 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.

14. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

15. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- Por el no pago de la prima vencido el plazo establecido en el presente documento.
- A la terminación de la vigencia del seguro, si éste no se renueva.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando en el momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a diez (10) personas, salvo que la Compañía lo acepte expresamente.
- Cuando la Compañía indemnice por el amparo básico o el amparo de incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

Los amparos adicionales de las personas aseguradas por la presente póliza terminarán por alguna(s) de la(s) siguiente(s) causa(s):

- Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida por la Compañía.
- Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del amparo adicional.
- Cuando la Compañía indemnice el 100% del amparo adicional.
- Por revocación de la Compañía.

16. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El seguro es renovable a voluntad de las partes contratantes, en las condiciones técnicas y económicas acordadas según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

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 treinta (30), días

para la revocación de la misma. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la anual.

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

La percepción por parte de LA COMPAÑÍA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de revocación no hará perder los efectos de la misma procediendo LA COMPAÑÍA a rembolsar la suma recibida.

18. CONDICIONES ECONÓMICAS

Cod. Cob.	COBERTURAS	VALOR ASEGURADO
4001	Fallecimiento por cualquier causa	De acuerdo al grado escolar del hijo o los hijos del asegurado
4006	Incapacidad Total y permanente	De acuerdo al grado escolar del hijo o los hijos del asegurado
4007	Enfermedades Graves (Auxilio)	\$15.000.000
4134	ANTICIPO POR CÁNCER IN-SITU.	25% del valor asegurado en la cobertura de Enfermedades Graves. máximo \$3.750.000
4015	Auxilio Exequial	\$6.500.000

TASA ANUAL POR MIL

Plan 1: 2,49 a primera perdida (asegurando los dos padres)

Plan 2: 2,12 opera para las familias donde uno de los padres está asegurado por la póliza de Accidentes Personales

CLAUSULADO GENERAL: 15062014-1326-P-34-000VTE510-JUN/14

18.1 PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES APLICA ÚNICAMENTE PARA POLIZAS NO CONTRIBUTIVAS U OBLIGATORIA.

La Compañía ofrece al Tomador, una participación de utilidades definida en la fórmula que presentamos a continuación, que aplicará siempre y cuando la siniestralidad incurrida de la vigencia sea menor al 50%.

FORMULA: La fórmula de la participación será del 30% [60% P (-) el 100% SI (-) IBNR].

- PU = Participación de utilidades
- P = Prima pagada durante la vigencia
- SI = Siniestros incurridos
- IBNR = Siniestros Incurridos y no reportados

La Compañía liquidará el importe correspondiente a la aplicación de la fórmula establecida, después de transcurridos **sesenta (60)** días, plazo que se estima conveniente para posibles reclamaciones no conocidas por el Tomador y la Compañía

Esta participación estará destinada únicamente como abono a la prima de la renovación, en caso de terminación anticipada por parte de Tomador o no renovación con la Compañía esta condición no aplicará.

19. 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 límite 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 límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con la Compañía.

LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD \$13.000'000.000

20. CONVERTIBILIDAD

Siempre y cuando lo soliciten dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de retiro, los asegurados menores de 60 años que se separen del Grupo Asegurado, después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de Seguro Individual, de los que la Compañía promueve, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro del mes, contado a partir de su retiro del grupo.

El Seguro Individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, su ocupación en la fecha de la solicitud y extra prima que tuviere.

21. EXTENSIÓN DE COBERTURAS

Se otorga extensión de la continuidad de cobertura para los padres de familia menores de 60 años que se ausenten del país por viaje al exterior, máximo por 14 meses calendario, y soliciten nuevamente el ingreso a la póliza, por lo cual no se exigirán requisitos adicionales, previa autorización de MAPFRE SEGUROS mediante documento escrito, siempre y cuando el valor asegurado no sea superior al que tenía al momento de viajar.

Para los alumnos que se van de intercambio por un periodo no superior a 1 año y cuyas familias siguen pagando la póliza no se tendrá en cuenta el lugar de residencia de los padres.

22. COBERTURA EN CASO DE MUERTE PRESUNTA

La presente póliza otorga cobertura de acuerdo con los amparos contratados, en los casos en que se presente desapariciones o secuestros de los asegurados incluidos en la póliza. En caso de adelantarse un proceso de muerte por desaparecimiento y emitirse posteriormente una sentencia que así la declare, la presente póliza dará cobertura al evento, dentro de los límites contratados, aun después de finalizada la presente vigencia. El simple aviso a la aseguradora acerca de la desaparición o el secuestro de alguno de los asegurados incluidos en la póliza, bastará para constituir la correspondiente reserva y posterior pago al recibir la sentencia que declare la muerte por desaparición, previo el pago de la prima de la vigencia correspondiente a la desaparición o Secuestro y aporte de documentos adicionales a la sentencia, que acrediten el derecho a la Indemnización. El término de la prescripción de la acción frente al contrato de seguro, en estos eventos, empezará a correr a partir de la fecha de la providencia notificada en que se declare oficialmente la muerte por desaparición en la sentencia emitida por un juez de la República.

23. CONDICIONES DE ADMINISTRACION

23.1 PERIODO DE FACTURACION

- Semestral

23.2. PAGO DE LA PRIMA

Será máximo de sesenta (60) días calendario después de la entrada en vigencia del seguro o del vencimiento de cada cuota, en caso de ser ésta fraccionada. 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.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Artículo 1068. Del código de Comercio.

24. INCONTESTABILIDAD E IRREDUCTIBILIDAD

Se acuerda que la nulidad del contrato de seguro por reticencia o por error en las declaraciones que sirvieron de base para la aceptación del riesgo, sólo puede ser alegada por la compañía dentro de los dos años siguientes a la fecha de su aceptación. Transcurrido dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

25. RETORNO POR GESTION ADMINISTRATIVA

La Compañía por la gestión administrativa de recaudo que realiza el Tomador, otorga un porcentaje de Retorno del **3%** de las primas recaudadas.

Para el pago del retorno el Tomador deberá presentar factura antes del día veinte (20) del mes con todos los datos que requiere la normativa y con los impuestos aplicables.

COMPAÑIA

CARMEN XIMENA SANCHEZ PAZ
Suscriptora Vida
Dirección Técnica
MAPFRE COLOMBIA

CLAUSULA DE LIDERATO.

El presente amparo lo otorga **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A** y lo suscriben también las compañías:

ZURICH COLOMBIA

Pero las obligaciones de las compañías para con el asegurado no son solidarias. El riesgo y la prima correspondiente, se distribuyen entre las citadas compañías:

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A 70%

ZURICH COLOMBIA 30%

La administración y atención de la póliza corresponde a **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A** la cual recibirá del asegurado la prima total para distribuirla entre las compañías coaseguradoras en las proporciones indicadas anteriormente.

En los siniestros **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A** pagará únicamente la participación porcentual señalada anteriormente y además una vez recibida la participación correspondiente de las otras compañías la entregará al asegurado, sin que en ningún momento se haga responsable de un porcentaje mayor al de su participación

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A 70% _____

ZURICH COLOMBIA 30% _____