

## **REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD**

Por medio del cual se adopta el reglamento del **FONDO DE SOLIDARIDAD** del Fondo de Empleados de Caracol y Empresas Asociadas, Afiliadas o Vinculadas - FONDEC

La Junta Directiva del **FONDO EMPLEADOS DE CARACOL Y EMPRESAS ASOCIADAS AFILIADAS O VINCULADAS - FONDEC** en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

### **CONSIDERANDO:**

1. Que uno de los principios de la Economía Solidaria es el espíritu de solidaridad, cooperación y ayuda mutua.
2. Que tanto la legislación vigente como los Estatutos de FONDEC determinan un porcentaje mínimo tomado de los excedentes para la creación de fondos permanentes o agotables, con los cuales FONDEC desarrollará labores de salud, educación, recreación y solidaridad en beneficio de los asociados y su núcleo familiar.
3. Que la legislación sobre Fondos de Empleados, establece la creación o incremento del Fondo de Solidaridad, en beneficio de los asociados y sus familiares, destinando de los excedentes lo que dispongan los estatutos o la asamblea general.
4. Que es característica de las organizaciones de economía solidaria el ejercicio de una actividad socioeconómica tendiente a satisfacer las necesidades de sus asociados y mejorar su calidad de vida, de conformidad con su objeto social.

### **ACUERDA**

#### **ARTÍCULO 1. OBJETIVO**

El Fondo de Solidaridad tiene como fin auxiliar a los asociados y familiares en los casos de verdadera y comprobada calamidad, en las modalidades y conforme lo establece el presente reglamento.

#### **ARTÍCULO 2. RECURSOS**

El Fondo de Solidaridad, estará conformado por los siguientes recursos:

1. Los que determine la Asamblea de los excedentes que resultaren del ejercicio contable anual del Fondec o el porcentaje que determinen los estatutos.
2. Las cuantías que determinen la Junta Directiva de acuerdo a la orden de la ASAMBLEA.
3. Los saldos existentes por cualquier concepto, que no fueren reclamados por los asociados.

4. Los que reciba a título de donaciones ó herencias, de personas naturales ó jurídicas, con destinación específica al Fondo de Solidaridad.
5. Los demás recursos que considere la Junta Directiva, de conformidad con este reglamento, los estatutos y la Ley.

### **ARTÍCULO 3. FORMA DEL AUXILIO**

Fondec dará de forma gratuita a sus asociados a través de una compañía de seguros, un seguro de vida que cubre al asociado y su núcleo familiar desde el mismo momento de su ingreso a Fondec de la siguiente manera:

#### **1. Asociados Casados:**

- El asociado
- Cónyuge o compañera(o) permanente.
- Máximo cuatro (04) hijos legítimos o extramatrimoniales. Edad mínima de ingreso: dos (02) años - hasta máximo 26 años.

#### **2. Asociados solteros:**

- El asociado
- Padres hasta máximo 70 años
- Máximo cuatro (04) hijos legítimos o extramatrimoniales. Edad mínima de ingreso: dos (02) años - hasta máximo 26 años.

Los beneficiarios del seguro de vida de fallecimiento son los registrados por el asociado en el formato previsto para ello por el Fondec, formato que debe ser diligenciado por el asociado en su totalidad y que será registrado en la base de datos de la entidad aseguradora o prestadora del servicio.

### **ARTÍCULO 4. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE VIDA:**

#### **CONDICIONES ESPECIALES Y PARTICULARES POLIZA DE VIDA GRUPO**

##### **1. AMPAROS**

##### **1.1 FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**

La Compañía de seguros cubre el riesgo de muerte por cualquier causa de las personas amparadas, incluyendo suicidio, homicidio, terrorismo y fallecimiento por SIDA no preexistente, ocurrido durante la vigencia de ésta póliza.

La Compañía de seguros pensando en este momento crítico e inesperado, para el cual seguramente no se cuenta con los recursos inmediatos para la atención Exequial, otorga como beneficio adicional, la posibilidad de disponer de dichos recursos, descontándolos del valor que le pueda corresponder del Amparo Básico.

En aquellos casos en que, por circunstancias ajenas a su voluntad, no tenga derecho a la indemnización del amparo básico, la Compañía lo asumirá como una prestación especial y como plena liberalidad.

## **1.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Mediante el presente amparo se indemnizará al valor asegurado hasta la suma indicada, cuando éste sea declarado incapacitado de forma total y permanente, de acuerdo con la siguiente definición:

Se entiende como Incapacidad Total y Permanente, la sufrida por el Asegurado, cuya edad no exceda los sesenta y cinco (65) años, que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente Amparo, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente cualificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia.

Dicha incapacidad no podrá ser provocada por el asegurado y deberá persistir por un periodo continuo no menor a ciento cincuenta (150) días, contados a partir del primer diagnóstico médico de la incapacidad total y permanente.

Para la formalización de la reclamación por este anexo, el asegurado deberá aportar a la compañía la historia clínica completa y practicarse la valoración de la pérdida de la capacidad laboral a través de una entidad competente designada por la compañía para tal efecto, quien determinará el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral y la fecha de la estructuración de la incapacidad total y permanente, dicha calificación deberá ser igual o superior al 65% para que haya lugar a indemnización.

También se considera como incapacidad total y permanente, la parálisis total permanente completa de hemicuerpo o del cuerpo entero, la pérdida anatómica o funcional de ambas manos (a nivel de la muñeca), ambos pies (a nivel del tobillo), la pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable.

Una vez pagada la indemnización correspondiente al presente amparo, queda automáticamente extinguido el contrato de seguro.

### **1.2.1 EXCLUSIONES PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Además de las exclusiones contempladas en el Código de Comercio, el presente amparo no cubre la muerte o lesiones corporales, en los siguientes eventos:

- LA TENTATIVA O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO EL BUCEO, EL ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO. TAMBIÉN LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE MANERA PROFESIONAL Y DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.

- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS Y RIÑAS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- ENFERMEDAD MENTAL, CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- EN EJERCICIO DE FUNCIONES DE TIPO MILITAR, POLICIVO, DE SEGURIDAD Y/O VIGILANCIA PÚBLICA O PRIVADA.
- ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- CUANDO 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.
- LOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE INFRACCIÓN DE NORMAS, Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO POR TENTATIVA DE HOMICIDIO.
- ACTOS DE TERRORISMO O DE GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

## 2. PERSONAS ASEGURABLES POR AMPARO

Quedarán amparadas bajo el presente contrato de seguros los Asociados a **FONDEC**, su Cónyuge, padres menores de 70 años y hasta 2 hijos menores de 26 años durante la vigencia de la póliza y / o que vengan relacionadas en el listado que deberá remitirse a la Compañía con anterioridad al inicio de la vigencia.

## 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 ASEGURADO PRINCIPAL	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años	75 años
Incapacidad total y permanente	18 años	60 años	65 años

COBERTURA CONYUGE	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años	75 años
Incapacidad total y permanente	18 años	60 años	65 años

COBERTURA PADRES	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años	75 años
Incapacidad total y permanente	18 años	60 años	65 años

COBERTURA HIJOS	MÍNIMA INGRESO	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
Fallecimiento por cualquier causa	2 años	25 años	25 años y 364 días

### 4.1. ERRORES E INEXACTITUDES

La Compañía de Seguros 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 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 esta 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 de Seguros, 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.

#### 5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado de cada persona, será el aceptado expresamente por MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. e indicado en la carátula de la Póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL-CONYUGE Y PADRES	SUMA ASEGURADA MAXIMA
Fallecimiento por cualquier causa	\$1.500.000
Incapacidad total y permanente	\$1.500.000

HIJOS	SUMA ASEGURADA MAXIMA
Fallecimiento por cualquier causa	\$1.500.000

#### 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 **\$1.500.000**

ASEGURADO PRINCIPAL-CONYUGE Y PADRES	SUMA ASEGURADA MAXIMA
Fallecimiento por cualquier causa	\$1.500.000
Incapacidad total y permanente	\$1.500.000

HIJOS	SUMA ASEGURADA MAXIMA
Fallecimiento por cualquier causa	\$1.500.000

#### 8. PREEXISTENCIAS

La Compañía de Seguros no asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo.

**DEFINICIÓN :** Enfermedad Terminal estado de salud incurable e irreversible.

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

**Los elementos fundamentales son:**

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente.

El CÁNCER, SIDA, enfermedades de moto neurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática etc.)... cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

### **8.1. 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:

- |                      |   |
|----------------------|---|
| <b>TOMADOR:</b>      | Nombres completos<br>Tipo y Número de documento de identificación   |
| <b>ASEGURADO:</b>    | Nombres completos<br>Tipo y Número de documento de identificación<br>Fecha de nacimiento<br>Genero  |
| <b>BENEFICIARIO:</b> | Nombres completos<br>Tipo y Número de documento de identificación<br>Fecha de nacimiento<br>Genero<br>Porcentaje de designación<br>Parentesco |

El no cumplimiento de este requisito generará la no emisión de la póliza individual.

### **8.2. PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN**

Los listados referidos en el punto anterior, deberán ser presentados a la Compañía en formato Excel de la siguiente manera.

**TOMADOR**

TIPO DOC.	Cédula CC - Tarjeta de identidad TI -Pasaporte PSA
DOCUMENTO	Numero del Documento
PRIMER APELLIDO	Primer Apellido del asegurado
SEGUNDO APELLIDO	Segundo Apellido del asegurado
NOMBRES	Nombres del asegurado
<b>ASEGURADOS</b>	
TDOC	Cédula CC - Tarjeta de identidad TI -Pasaporte PSA
DOCUMENTO	Numero del Documento
PRIMER APELLIDO	Primer Apellido del asegurado
SEGUNDO APELLIDO	Segundo Apellido del asegurado
NOMBRES	Nombres del asegurado
GENERO	(1)Masculino / (0) Femenino
FECHA NACIMIENTO	Fecha de nacimiento AAAAMMDD
<b>BENEFICIARIOS</b>	
TDOC	Cédula CC - Tarjeta de identidad TI -Pasaporte PSA
DOCUMENTO	Numero del Documento
PRIMER APELLIDO	Primer Apellido del asegurado
SEGUNDO APELLIDO	Segundo Apellido del asegurado
NOMBRES	Nombres del asegurado
GENERO	(1)Masculino / (0) Femenino
FECHA NACIMIENTO	Fecha de nacimiento AAAAMMDD
PARENTESCO	Definir Parentesco
% DESIGNACION	Porcentaje de designación

En caso de fallecimiento del asociado y si este no tiene registrados beneficiarios, se otorgará en la forma que la ley disponga en forma proporcional, o en caso de fallecer los dos cabezas de familia (padre o madre) los beneficiarios serán los que la ley disponga y se entregarán los recursos en forma proporcional.

#### **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 límite opera, como único combinado para todas las pólizas de seguros de personas que tenga el tomador contratadas con **MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.** y será estipulado en la Condiciones particulares de cada Póliza.

**LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD \$ 2.000.000.000 (DOS MIL MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL)**

#### **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

- 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 medico que haya asistido al asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la Incapacidad Total y Permanente.

### **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.

### **15. 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.

### **16. OTROS ASPECTOS**

En lo concerniente a envío de novedades para los ingresos y retiros de asociados, las fechas serán: el día 15 ingresos de asociados y los días 28 de cada mes, serán los ingresos y retiros de los asociados respectivamente. Aclarando fundamentalmente que en los lapsos de tiempo no se cobija al asociado que solicite su afiliación a Fondec. De tal manera que si un asociado ingresó el día 20 quedará cobijado solo hasta el día primero (1º) del mes siguiente.

Dado En Bogotá D.C., a los veinte nueve días del mes de diciembre de 2010.

**MIGUEL HERNANDO LOZANO**  
Presidente.

**DORA ROA DE GRILLO**  
Secretaria.