

ANEXO TECNICO N° 1
CONDICIONES TECNICAS OBLIGATORIAS
SEGURO DE VIDA EMPLEADOS
GRUPO 4 - FORMATO DE CONDICIONES TECNICAS – CT7

TOMADOR: FONDO NACIONAL DE GARANTIAS
ASEGURADO: Funcionarios Activos

BENEFICIARIO: FONDO NACIONAL DE GARANTIAS

1. Objeto del Seguro.

Amparar a todos los funcionarios del Fondo Nacional de Garantías que, dentro del desempeño del cargo, presta su servicio al Fondo Nacional de Garantías, vinculada a este mediante contrato de trabajo.

2. Limite asegurado: Ver listado detallado

3. Coberturas Básicas

- 3.1. Muerte por Cualquier Causa
- 3.2. Incapacidad Total y Permanente.
- 3.3. Enfermedades Graves
- 3.4. Fallecimiento Accidental
- 3.5. Renta Diaria por hospitalización por enfermedad o accidente
- 3.6. Auxilio por Maternidad o Paternidad
- 3.7. Bono Canasta para Gastos de Hogar
- 3.8. Auxilio de Traslado por Fallecimiento

4. Coberturas y Valores Asegurados por Persona

AMPARO	VALOR ASEGURADO *
Muerte por Cualquier Causa	15 Salarios
Incapacidad Total y Permanente.	15 Salarios
Enfermedades Graves	Anticipo del 60% del básico
Fallecimiento Accidental	15 Salarios
Renta Diaria por Hospitalización	\$120.000
Auxilio Maternidad o Paternidad	\$ 420.000
Bono Canasta para Gastos de Hogar	\$ 420.000
Auxilio de Traslado por Fallecimiento	Hasta 6.000.000

*** Ver cláusula de valor asegurado**
Ver en anexo relación de Asegurados y Valores

5. Alcance de Las Coberturas



5.1. Amparo Básico De Muerte.

Con motivo del fallecimiento natural o accidental del asegurado, indemnizará a los beneficiarios hasta la suma contratada. Incluye suicidio, homicidio, terrorismo y fallecimiento por Sida, siempre y cuando no sea preexistente.

5.2. Incapacidad Total y Permanente.

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

Para todos los efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado menor de 71 años de edad que haya sido ocasionada o se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar su ocupación habitual o cualquier actividad remunerada, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos; la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente, al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

Se considera como fecha de ocurrencia del siniestro para el amparo de incapacidad total y permanente, la fecha de estructuración indicada por el ente calificador, fecha en la cual la póliza debe estar vigente.

EXCLUSIONES

- El amparo de incapacidad total y permanente no cubre al asegurado cuando dicha incapacidad haya sido provocada por el mismo.
- Cualquier incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre por fuera de la vigencia de la presente póliza.

5.3. Fallecimiento Accidental y Beneficios por Desmembración

Se ampara la muerte o desmembración anatómica o las secuelas físicas y funcionales totales causadas por un accidente que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones, manifestada dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a su ocurrencia.

Para los efectos de éste amparo, por accidente se entiende el hecho exterior, imprevisto, contundente repentino e independiente de la voluntad del Asegurado, que por golpes físicos entre dos o mas cuerpos genere lesiones corporales visibles.



Por pérdida, conforme se emplea aquí, se entiende, la desmembración anatómica de los miembros registrados o la pérdida funcional total por ausencia de todos sus movimientos, o la pérdida de los órganos y/o las funciones totales del habla, visión o audición, y la presencia de secuelas neuropsiquiátricas, cognitivas y/o funcionales permanentes posteriores a traumas craneoencefálicos, Con respecto de

- a) Manos: la pérdida funcional total ó la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
- b) Pies: la pérdida funcional total ó la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibio tarsiana..

5.4. Enfermedades Graves

Como anticipo se pagará el 60% de la suma principal, si al asegurado se le descubre o diagnostica por primera vez con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de una enfermedad grave, diagnosticada después del inicio de la vigencia.

Anticipo del 60% del Amparo Básico.

- > **Infarto de miocardio:** Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia del abastecimiento sanguíneo deficiente, tratado en un centro hospitalario. El diagnóstico debe haberse basado en todos estos elementos: antecedentes de dolores pectorales típicos, alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y aumento de las enzimas cardíacas.
- > **Cáncer:** Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluye en esta definición la leucemia, los linfomas, la enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno. Se excluye: La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos) cáncer de seno, próstata y el cáncer de cérvix (cuello de la matriz) in situ, o todo tipo de tumores que sean descritos en términos histológicos como premalignos o que presenten cambios malignos en su fase inicial o tumores.
- > **Apoplejía o Accidente Cerebrovascular (infarto cerebral por trombosis, hemorragia o embolia):** Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extra craneal.
- > **Insuficiencia renal crónica:** Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse Trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.
- > **Esclerosis Múltiple:** Corresponde a enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la médula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades,



trastornos visuales, trastornos en la marcha etc., a menudo con periodos de remisión y exacerbación. El diagnóstico debe ser efectuado por profesional médico con especialización en neurología, con base en todas las siguientes:

- Historia clínica completa y examen del líquido cefalorraquídeo. Debe declararse como diagnóstico confirmado y mostrar cambios por resonancia magnética pertinentes, manifestar parálisis completa o parcial, parestesias y/o neuritis óptica por un periodo continuo de seis (6) meses. No se aceptan los diagnósticos de certeza por un primer episodio, ni aquellos asociados con otras causas no neurológicas, tales como el Lupus Eritematoso o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).-Corresponde a enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la médula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades, trastornos visuales , trastornos en la marcha etc., a menudo con periodos de remisión y exacerbación.
 - El diagnóstico debe ser efectuado por profesional médico con especialización en neurología, con base en todas las siguientes:
 - Historia clínica completa y examen del líquido cefalorraquídeo. Debe declararse como diagnóstico confirmado y mostrar cambios por resonancia magnética pertinentes, manifestar parálisis completa o parcial, parestesias y/o neuritis óptica por un periodo continuo de seis (6) meses. No se aceptan los diagnósticos de certeza por un primer episodio, ni aquellos asociados con otras causas no neurológicas, tales como el Lupus Eritematoso o el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).- Corresponde a enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central, caracterizado por áreas de desmielinización (pérdida
 - de la mielina que rodea a los nervios en el cerebro y en la médula espinal), produciendo una gran variedad de síntomas y signos neurológicos como parestesias, debilidad o torpeza en alguna o varias de las extremidades, trastornos visuales , trastornos en la
- > **Afección de Arteria Coronaria que Exija Cirugía:** Haberse sometido a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de bypass. En el caso de personas con la limitación de síntomas anginales, la necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada por una angiografía coronaria.
- > **Quemaduras de Tercer Grado:** Quemaduras de tercer grado (todo el espesor de la piel) en el 20% de extensión de la superficie corporal.
- > **Transplante de Órganos Vitales:** Consiste en la colocación quirúrgica en un paciente, de órganos donantes humanos por el fallo total e irreversible de sus propios órganos. Para los fines de este seguro se incluye el trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea que utilice células pluri potenciales hematopoyéticas precedida de una ablación total medular. El trasplante de cualquier otro órgano, partes de órgano, tejidos o células está excluida. Para hacerse efectiva la indemnización debe haberse efectuado en su totalidad el trasplante.



- > **Parkinson:** Trastorno degenerativo del sistema nervioso central que pertenece a un grupo de enfermedades llamadas trastornos del movimiento. Trastorno neurodegenerativo crónico del movimiento que conduce a una incapacidad progresiva, producido como consecuencia de la destrucción de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra, hasta llegar a alteraciones en la función cognitiva, la expresión de las emociones y la función autónoma. El diagnóstico debe apoyarse en la detección de la característica tríada rigidez-tremor-akinesia y la indemnización se pagará a partir del estado 3 de la enfermedad según la escala hoehn y yahr.
- > **Alzheimer:** Trastorno neurológico progresivo que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro, déficit de memoria, alteraciones del estado de ánimo, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas. Enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales que desembocan en la necesidad de supervisión continua. El diagnóstico lo debe hacer un neurólogo confirmado con una evaluación neuropsicológica.
- > **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.
- > **Anemia Aplásica:** Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea.
- > **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 test neuroradiológicos (por ejemplo: tac o rnm de cerebro). el trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

5.4.1. Anticipo por Cáncer in situ

Mediante este amparo se dará también cobertura al cáncer in situ así:

No obstante lo indicado en las exclusiones del anexo de Enfermedades Graves se otorga cobertura para:

- Cáncer in Situ de seno, matriz y próstata, con la siguiente suma asegurada: anticipo del 25% del valor asegurado del amparo de Enfermedades Graves, con un máximo de cincuenta Millones (\$50.000.000).



- Cáncer in situ de Piel tipo melanoma maligno, con la siguiente suma asegurada: anticipo del 10% del valor asegurado del amparo de Enfermedades Graves, con un máximo de Diez Millones (\$10.000.000).

En todo caso, cualquier pago parcial que se haya realizado por la cobertura de enfermedades graves será descontado del total del valor asegurado del amparo de enfermedades graves.

5.5. Bono canasta para gastos de hogar.

La Compañía indemnizará, como beneficio adicional, en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado, la suma correspondiente al amparo básico de vida con un máximo de Cuatro cientos veinte Mil Pesos (Cop\$420.000) mensuales para este amparo, destinada a cubrir los gastos del hogar por un periodo de doce (12) meses

5.6. Renta diaria por hospitalización por enfermedad o accidente.

Si como consecuencia de una enfermedad originada dentro de la vigencia de la póliza, o de un accidente cubierto por la misma, el asegurado resultare internado de modo necesario y continuo en un centro hospitalario por más de veinticuatro (24) horas, para recibir tratamiento médico hospitalario o quirúrgico, bajo el cuidado y supervisión de un medico legalmente autorizado para el desempeño de su profesión, la Compañía pagará una renta diaria por una suma de Cop\$120,000, por cada día que permanezca hospitalizado, pero sin exceder, en ningún caso, de treinta (30) días continuos o discontinuos, como resultado de uno o más accidentes presentados dentro de la vigencia anual de la póliza.

5.7. Auxilio Maternidad o Paternidad.

No obstante lo contenido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía pagará a los(as) aseguradas(os) principales un auxilio de maternidad o paternidad por valor de cuatrocientos veinte mil pesos (\$420.000) por un hijo nacido vivo o un hijo adoptado, aun tratándose de alumbramiento múltiple o adopción múltiple, siempre y cuando la concepción del embarazo o la formalización legal de la adopción se haya dado después de transcurridos 30 días desde la fecha de inclusión del asegurado(a) al presente amparo y se efectúe el alumbramiento o la adopción legal dentro de la vigencia del seguro. El pago se producirá siempre y cuando el funcionario tenga contrato de trabajo a término indefinido.

Bajo este amparo no se cubren preexistencias. En caso de que ambos padres tengan el carácter de Empleados, el auxilio corresponderá a un solo pago por los dos padres Esta cobertura será por una única vez, por asegurado(a)

5.8. Auxilio de Traslado por Fallecimiento.

Traslado del fallecido a su residencia habitual: Cuando el fallecimiento del funcionario(a) asegurado(a) se presente dentro del territorio nacional, en una ciudad distinta de su residencia habitual, la compañía atenderá sin cargo alguno para la familia, el traslado del fallecido hasta la ciudad de residencia habitual y hasta \$6.000.000.

6. Edades de Ingreso y Permanencia

COBERTURAS	MÍNIMA	MÁXIMA INGRESO	PERMANENCIA
------------	--------	----------------	-------------



	INGRESO		
Fallecimiento por cualquier causa	18 años	70 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Incapacidad Total y permanente	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Fallecimiento Accidental beneficios por desmembración	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Enfermedades Graves	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Renta Diaria por Hospitalización	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.
Renta mensual por Fallecimiento	18 años	70 años y 364 días.	80 años y 364 días.
Auxilio Maternidad o Paternidad	18 años	64 años y 364 días.	65 años y 364 días.

7. Vigencia de la póliza.

La contratación será a 2 años y la vigencia técnica de cada póliza será anual renovable.

8. Para Nuevos asegurados y/o aumentos de suma asegurada y/o inclusión de coberturas.

- Solicitud de seguro y/o declaración de asegurabilidad para todos empleados.
- Presentación de requisitos médicos por parte de los asegurados que respondan positivamente a las preguntas de carácter médico en la declaración de asegurabilidad.

9. Valor Asegurado.

El valor asegurado de cada funcionario(a) asegurado(a), será de 15 salarios (asignación básica mensual), de acuerdo con la relación de asegurados que suministre la entidad. Para dos funcionarios(as) asegurados(as) que informará en la base de datos, este cálculo del valor asegurado incluye la prima técnica.

10. Continuidad de cobertura.

Se otorgara continuidad de amparo sin exigencia de requisitos de asegurabilidad para todos los asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza.

11. Garantía del Tomador:

Se otorga la continuidad de amparo descrita en el punto anterior, bajo la garantía suministrada por el Fondo Nacional de Garantías, en caso de informar los riesgos que han sido extra primados por la aseguradora anterior, a fin de aplicar estas mismas extra primas en el cobro de la nueva póliza.

12. Cobertura de preexistencias.

Se cubren preexistencias ocasionadas como consecuencia de eventos preexistentes a la fecha de inicio de la cobertura, siempre que dichas preexistencias hayan sido declaradas por el asegurado previo diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y aceptadas expresamente por la aseguradora.

13. Amparo automático.



Se otorga amparo automático hasta sesenta (60) días. El Fondo Nacional de Garantías se compromete a reportar los ingresos y retiros de asegurados y modificaciones en el valor asegurado de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que se presenten tales modificaciones, superado este período de tiempo dejará de operar el amparo automático.

Nota: En los casos en que el estado de salud del solicitante esté de alguna manera agravado, no operará el amparo automático y en consecuencia, para su ingreso será necesaria la aprobación previa de la Aseguradora quien determinará los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

14. Límite Agregado de Responsabilidad (L.A.R) por un solo evento (solo aplica para la cobertura de accidentes personales).

No aplicación de Limite Agregado de Responsabilidad.

15. Pago de la prima.

El pago de la prima se realizará dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de entrega del respectivo cobro o factura.

16. Aviso del siniestro.

Reporte de siniestros dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

17. Requisitos para el pago de indemnizaciones.

17.1. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de muerte:

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Solicitud de seguro
- 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.
- Certificación bancaria, indicando número y tipo de cuenta.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

17.2. Documentos requeridos 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.
- Solicitud de seguro



- 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 la junta calificadora de invalidez
- Certificación bancaria , indicando número y tipo de cuenta

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

17.3. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de Renta por Hospitalización.

- 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.
- Certificación bancaria, indicando número y tipo de cuenta.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

17.4. Documentos requeridos para la formalización del reclamo en caso de Maternidad o Paternidad.

- Aviso de reclamo completamente diligenciado indicando fecha y circunstancias.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Fotocopia del Registro Civil de nacimiento.
- Certificación bancaria, indicando número y tipo de cuenta.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en los casos en los que el siniestro así lo amerite.

18. Pago de la indemnización.

El pago de las indemnizaciones se hará dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la entrega de documentos que acrediten el siniestro y una vez se haya firmado finiquito por el asegurado o beneficiarios.

19. Deduciones.

- 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.
- Una vez se 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.

20. Terminación del seguro individual.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas en la 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.

21. 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.

Se manejarán las mismas condiciones técnicas y económicas para la renovación durante dos años.

22. Prevención de lavados de Activos.

El Fondo Nacional de Garantías, Asegurado (s) y Beneficiario (s), se obligan a diligenciar el formato Sarlaft y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza, la renovación de la misma, y al momento del pago de indemnizaciones

23. Convertibilidad.

Tratándose del seguro de grupo, los asegurados menores de setenta años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un reclamo, 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 vida grupo, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo.

24. Administración.

Facturación anual anticipada con ajuste Blanket al finalizar la vigencia, cobrando o devolviendo el 50% de la diferencia entre el cobro al inicio de la vigencia y el cobro al finalizar la misma.

25. Cláusula de participación de utilidades.

Esta participación se otorgará como un menor valor de prima de la renovación, siempre y cuando la siniestralidad incurrida por vigencia anual sea menor del 50% (primas facturadas menos (-) siniestros pagados menos (-) siniestros pendientes) de la presente póliza, dando aplicación a la siguiente fórmula, así:

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

FORMULA: La fórmula de la participación será del 20% [60% P (-) el 100% SI (-) IBNR].

PU = Participación de utilidades

P = Primas facturadas durante la vigencia anual

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, el valor será liquidado por la aseguradora e informado al tomador.”

