

## CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA ASISTENCIA MÉDICA INMEDITA - ALMACENES SI

### 1. AMPARO

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PRESTAR A TÍTULO DE INDEMNIZACIÓN, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA INMEDIATA DEFINIDOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO EN LA CLÁUSULA TERCERA DE ESTE DOCUMENTO Y CON SUJECCIÓN AL PLAN Y COBERTURAS CONTRATADAS. LA INDEMNIZACIÓN DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA MÉDICA INMEDIATA SE EFECTUARÁ SIEMPRE EN SERVICIO Y NO EN DINERO SALVO LAS EXCEPCIONES CONTEMPLADAS.

### 2. EXCLUSIONES

ESTA COBERTURA NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS CON EVENTOS QUE TENGAN ORIGEN O ESTÉN RELACIONADOS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SUCUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA.
- LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.
- LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTIÓN VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.
- LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS, ANTEOJOS Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO.
- LAS ASISTENCIAS Y GASTOS DERIVADOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICIÓN.
- LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS, ETC.
- HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO, MOTÍN O TUMULTO POPULAR.
- HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
- LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
- LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS O DESAFÍOS.
- TENTATIVA DE SUICIDIO Y LAS SECUELAS O LESIONES QUE SE ACCIONEN EN SU CONSECUENCIA.
- LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS POSIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.
- ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS.

### 3. DEFINICIONES

**3.1. TOMADOR SEGURO:** Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

**3.2. ASEGURADO:** Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato. Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario.

**3.3. URGENCIA:** Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas." (Decreto 1761 de 1990)

**3.4. EMERGENCIA:** Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

**3.5. TRASLADO MÉDICO:** Es el traslado del paciente desde el lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (Traslado Primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

### 4. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA INMEDIATA

Cuando como consecuencia de un accidente o una enfermedad general, el asegurado requiera una atención médica de urgencia, LA COMPAÑÍA pondrá a su disposición la red de proveedores y servicios idóneos de acuerdo con cada caso y la cobertura contratada exclusivamente dentro del territorio nacional. Los servicios de Asistencia Médica Inmediata serán prestados únicamente a través de la red de proveedores médicos, ambulancias y medios de transporte en general adscritos a la red de LA COMPAÑÍA.

#### 4.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

La Compañía pone a disposición del asegurado principal orientación médica básica telefónica las 24 horas del día los 365 días del año a través de un operador médico quien recepción a la llamada y según las necesidades medicas manifestadas por el asegurado, dará la información oportuna y pertinente resolviendo las inquietudes en punto a temas médicos concretos.

#### 4.2. ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Cuando como consecuencia de accidente o enfermedad general, el asegurado requiera una consulta médica de urgencia, la Compañía pondrá a su disposición un médico para que adelante la consulta en su domicilio. El valor de los honorarios médicos generados por dicha atención será cubierto por La Compañía. El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico - paciente. La Compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al asegurado para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

#### 4.3. TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

En caso de lesión o enfermedad súbita e imprevista del asegurado, que requiera, a criterio del médico tratante, manejo en centro hospitalario, LA COMPAÑÍA adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del asegurado, asumiendo los gastos de traslado del asegurado, hasta el centro hospitalario más cercano.

El operador médico de la Compañía orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico - paciente.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al asegurado, para supervisar que el traslado sea el adecuado.

Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

- Traslado en taxi
- Traslado médico en ambulancia terrestre
- Traslado médico en avión ambulancia

#### 4.4. MEDICAMENTOS PARA LA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE

Para la prestación del servicio de Asistencia Médica Inmediata se otorgarán todos los medicamentos que se requieran para la estabilización del paciente hasta por un monto máximo de \$500.000.

### 5. BENEFICIOS SUSTITUTOS

En los casos en que, por las razones descritas a continuación, no sea posible la prestación de los servicios de Asistencia Médica Inmediata garantizados en la cláusula cuarta (4) de este condicionado por parte de las entidades adscritas a la Red de Servicios de LA COMPAÑÍA, se otorgarán, en reemplazo de aquellos, los siguientes beneficios:

- AUXILIO ECONÓMICO POR FUERZA MAYOR CUANDO EL CLIENTE CONTRATÓ DIRECTAMENTE EL SERVICIO SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA reconocerá la suma descrita en las condiciones particulares, cuando por circunstancias de fuerza mayor comprobables, el asegurado contrate por cuenta propia las entidades prestadoras de servicios sin la respectiva aprobación de LA COMPAÑÍA.

Se definen como circunstancias de fuerza de mayor los siguientes eventos:

- Cuando ocurran fallas en las redes externas de telecomunicaciones, comprobables ante la empresa de teléfonos del lugar.
- Cuando LA COMPAÑÍA no puede prestar el servicio por no poder verificar la asegurabilidad y se define posteriormente que si tiene derecho.
- Cuando LA COMPAÑÍA no cuente con red de entidades proveedoras de servicios de Asistencia Médica Inmediata en el lugar donde se encuentre el asegurado.

Los documentos requeridos para el estudio del reembolso son:

- Factura en donde se identifique el número de NIT de la institución que atendió el evento.
- Resumen de la atención en donde conste el diagnóstico y el procedimiento aplicado.
- Nombre del asegurado atendido.
- Valor unitario de los procedimientos.
- Firma del responsable por la realización del procedimiento (Médico). No de tarjeta profesional.
- Fecha de la realización del procedimiento.
- Fotocopia cédula ciudadanía del asegurado.

#### Parágrafo:

- 1) El valor señalado anteriormente será reconocido a la persona que previamente demuestre haber sufragado los gastos de Asistencia Médica Inmediata correspondiente a través de la presentación ante LA COMPAÑÍA de las respectivas facturas originales, de los documentos que la misma considere necesarios, y de una explicación escrita comprobable de la (s) circunstancia (s) de fuerza mayor que los llevaron a no hacer uso del servicio contratado.
- 2) El valor a reembolsar por LA COMPAÑÍA será el correspondiente al costo usual y acostumbrado en la red adscrita para los diferentes procedimientos.

### 6. GRUPO ASEGURABLE Y EDADES DE INGRESO

#### ASEGURADO PRINCIPAL:

- Asegurado principal desde los 18 años al momento de la inscripción a la póliza.

#### GRUPO FAMILIAR BÁSICO (Soltero sin Hijos):

- Asegurado principal desde los 18 años al momento de la inscripción de la Póliza.
- Hermanos hasta los 30 años.

#### GRUPO FAMILIAR BÁSICO (Casado o con Hijos):

- Asegurado principal desde los 18 años al momento de la inscripción a la póliza.
- Cónyuge o compañera permanente del asegurado principal sin límite de edad al momento de la inscripción a la póliza.
- Hijos hasta treinta (30) años de edad.

#### GRUPO FAMILIAR BÁSICO CON PROGENITORES (Casado o con Hijos):

- Asegurado principal desde los 18 años al momento de la inscripción a la póliza.
- Cónyuge o compañera permanente del asegurado principal sin límite de edad al momento de la inscripción a la póliza.
- Hijos hasta treinta (30) años de edad.
- Padres y/o suegros, máximo 2 sin límite de edad.

#### GRUPO FAMILIAR BÁSICO CON PROGENITORES (Soltero y sin hijos):

- Asegurado principal desde los 18 años al momento de la inscripción a la póliza.
- Hermanos hasta 30 años de edad.
- Padres sin límite de edad

#### Adicionales:

Se podrán incluir máximo cinco (5) personas en forma adicional al Grupo Familiar Básico y Básico con Progenitores, indicados anteriormente, mediante el pago de prima adicional, que encajen dentro de los siguientes parentescos, los cuales deben estar relacionados con el asegurado principal.

- Si el asegurado principal es casado o con hijos: Hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos, sobrinos, cónyuge, cuñados, primos, nietos, yernos, nueras, suegros.
- Si el asegurado principal es soltero y sin hijos: Sobrinos, primos, hermanos, tíos.

### 7. EDADES DE PERMANENCIA

Para los hijos y los hermanos pertenecientes a los Grupos Familiares Básico y Básico con Progenitores la edad de permanencia en la póliza es hasta los 30 años, después de esta edad pasarán a considerarse como adicionales.

Para los demás asegurados la edad de permanencia es indefinida.

### 8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA INMEDIATA

**8.1.** Los servicios de Asistencia Médica Inmediata descritos en el presente condicionado y contratado de acuerdo con el plan seleccionado, se prestarán únicamente a través de la entidad prestadora de servicios designada por LA COMPAÑÍA y su Red Nacional de entidades de servicio, la cual deberá ser contactada por el asegurado en los teléfonos que LA COMPAÑÍA ha señalado para el efecto.

**8.2.** Toda asistencia médica inmediata realizada por la entidad prestadora de servicio queda registrada en la historia clínica de cada asegurado.

#### Parágrafo:

- 1) La no utilización por parte del asegurado de los servicios de Asistencia Médica Inmediata en la Red definida por LA COMPAÑÍA definidos en la cláusula cuarta (4) de este condicionado y contratado en el plan seleccionado, producirá la pérdida del derecho al servicio. Por lo tanto LA COMPAÑÍA no reconocerá en ninguna forma ni compensará suma alguna por servicios que se hayan dejado de prestar, salvo las situaciones a que hace referencia la cláusula quinta (5) y hasta los montos establecidos como límite máximo de responsabilidad.
- 2) El asegurado autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA para solicitar informes sobre la evolución de la asistencia para la comprobación de cualquier siniestro. Además autoriza a LA COMPAÑÍA para que la clínica, centro de salud o cualquier institución de salud tratante le suministre toda información relacionada con la misma.

### 9. SOLICITUD PÓLIZA

LA COMPAÑÍA expedirá, en el momento de la suscripción la solicitud póliza para cada grupo familiar asegurado. En caso de cualquier modificación, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior.

### 10. VIGENCIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL

La vigencia de este contrato será mensual y comenzará a partir de las cero 00:00 horas del día siguiente en que el cliente de Almacenes SI realice el pago de la prima resultante del proceso de afiliación, por medio de la tarjeta de Crédito. La póliza se renovará mes a mes, una vez realizado el pago de la prima de la forma mencionada.

### 11. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA Y AJUSTE DE PRIMAS DEL CONTRATO MATRIZ

El valor de la prima del grupo asegurado será el señalado en las condiciones particulares de la póliza, tomando como base el incremento promedio de Servicios Asistencia Inmediata del año inmediatamente anterior, experiencia de siniestralidad y las condiciones técnicas del grupo asegurable.

### 12. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA

La prima es el precio del seguro que será cobrada cada mes. La autorización de descuento y el pago de la primera prima, es condición indispensable para el inicio de vigencia del seguro de vida.

En todos los casos la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de acuerdo con el artículo 1068 del Código de Comercio, sin necesidad de requerimiento previo por parte de la compañía de seguros.

Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 30 días de finalizado cada periodo mensual al pagado, la compañía no hubiere recibido el pago de la prima del seguro correspondiente al siguiente periodo.

### 13. SUSTITUCIÓN DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA

Bajo ninguna circunstancia los Asegurados podrán ceder a terceros los derechos previstos en el presente contrato.

### 14. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- Por muerte del asegurado principal y la consecuente imposibilidad de continuar con el recaudo de la prima del resto del grupo asegurable.
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Cuando el TOMADOR reporte a LA COMPAÑÍA su retiro por falta de pago de la prima, vencido el periodo de gracia que para el caso específico será de un mes.
- Por cancelación del mecanismo de recaudo convenido.
- Por revocación escrita de la póliza por parte del tomador o del seguro por parte del asegurado.
- Cuando el Asegurado comunique por escrito a MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A., con no menos de treinta (30) días de antelación al vencimiento de la póliza la decisión de no renovar de su seguro.

#### Parágrafo:

Si el asegurado es quién solicita la terminación del contrato de seguro, ello ocurrirá en la fecha resultante de aplicar la fecha de recibo de la solicitud escrita por parte de LA COMPAÑÍA, con el corte de novedades que se haya pactado en la póliza.

### 15. CERTIFICADO DE SEGURO

La compañía expedirá para cada grupo asegurado un Certificado. En caso de cualquier modificación se expedirá un certificado que reemplazará al anterior.

También para impresión de la póliza con los datos actualizados ingrese a la página <http://www.mapfre.com.co>, a través del link Oficina Virtual.

### 16. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE ESTE AMPARO

El asegurado no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro de Asistencia Médica Inmediata con EL ASEGURADOR dado que la indemnización objeto del contrato es en servicio y no en dinero. Por lo tanto, EL ASEGURADO tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro para que EL ASEGURADOR se abstenga de expedir otro contrato. En caso de no hacerlo y ocurre el siniestro, se considerará a ésta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio.

En caso de existir amparo similar en otra póliza de seguro con otra ASEGURADORA, se aplicarán las reglas de coexistencia de seguros señaladas en la legislación colombiana.

### 17. COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, solo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio principal de LA COMPAÑÍA o al de la oficina que haya intervenido en la emisión de la póliza.

### 18. NORMAS APLICABLES

A los aspectos no regulados en este contrato le serán aplicables las disposiciones previstas en el Código de Comercio y demás normas concordantes.

### 19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO

El tomador y/o asegurado y/o beneficiario autoriza a LA COMPAÑÍA para que, con fines estadísticos, dé información entre compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad o entidad pública o privada que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier modalidad, haya celebrado o se celebre en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declarar conocer y aceptar en todas sus partes.

En el evento en que se incumpla con la presente obligación, la Compañía hará uso de su facultad de revocar unilateralmente el contrato de seguro.

En caso de solicitar cambios o información de su póliza comuníquese a la Línea  
**018000974545**

### EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:

  
Nacional: **018000 977 025**  
Bogotá: **307 7026** Celular: **#624**

  
**MAPFRE**  
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

  
FIRMA AUTORIZADA  
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero: [manuelg.rueda@gmail.com](mailto:manuelg.rueda@gmail.com)

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de Documento	Ramo	Código Forma
Condiciones Particulares	01-03-2016	1430	P	34	Vid-494-Mar/16