



MAPFRE

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.
NIT. 830 054.904-6

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE CENTRAL MÉDICA - CLIENTES CAFAM



MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, SE COMPROMETE A PRESTAR A TÍTULO DE INDEMNIZACIÓN A LOS ASEGURADOS Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DEFINIDOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA PAGADO EL VALOR DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE. LA INDEMNIZACIÓN DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA A LAS PERSONAS CENTRAL MÉDICA SE EFECTUARÁ SIEMPRE EN SERVICIO Y NO EN DINERO SALVO LAS EXCEPCIONES CONTEMPLADAS

1. AMPAROS

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 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, estos servicios son:

1.1. ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA 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 recibe la llamada y según las necesidades medicas manifestadas por el asegurado, harán un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre hospitalarios de emergencia médica.

Clave Roja: Es aquella situación de peligro inminente de muerte. La respuesta debe ser inmediata pues el paciente corre serio riesgo (real o potencial) de perder la vida. Requiere de desplazamiento en de unidades de alta complejidad.

Clave Amarilla: Es toda aquella situación en la que, si bien no existe riesgo inminente de muerte, se requiere una rápida intervención médica, ya sea para calmar los síntomas o para prevenir complicaciones de mayor importancia.

Clave Verde: El diagnóstico indica que no existe peligro inminente para el paciente, ni de emergencia ni de urgencia en la intervención médica y es susceptible de un seguimiento telefónico, mientras el beneficiario recibe atención de su médico.

El operador médico orientará al asegurado o a quien solicite el servicio, respecto de las conductas provisionales que debe asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente.

1.2. ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

Cuando a consecuencia de una enfermedad o accidente en el domicilio del asegurado, los beneficiarios requieran una atención 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.

LA COMPAÑÍA mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al asegurado para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada.

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.

1.3. TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:

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

El operador médico de LA COMPAÑÍA orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto profesional médico-paciente. Dependiendo del criterio del médico tratante, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

1.3.1. Traslado básico: Cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico, LA COMPAÑÍA pondrá a disposición del beneficiario un vehículo para que lo traslade desde su domicilio hasta el centro hospitalario más cercano. El vehículo será una ambulancia básica.

1.3.2. Traslado médico en ambulancia: Una vez clasificada la situación médica del paciente, LA COMPAÑÍA coordinará, contactará y hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

1.3.3. Traslado médico en avión ambulancia: Cuando un asegurado encontrándose en viaje dentro de Colombia, sufra una lesión o enfermedad súbita e imprevista, y luego de ser atendido en un centro hospitalario, se establezca por parte del médico tratante la necesidad de evacuación a un centro de mayor complejidad dentro del país, LA COMPAÑÍA adelantará los contactos y hará la coordinación efectiva para el traslado del asegurado en aeronave especializada para el transporte sanitario.

PARÁGRAFO: En aquellos casos en los cuales se haya prestado el servicio varias veces y no se presente evolución positiva en el estado de salud del asegurado, el operador médico de LA COMPAÑÍA informará a quien solicite el servicio que debe dirigirse directamente a su IPS, EPS, MEDICINA PREPAGADA, PÓLIZAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD.

LA COMPAÑÍA prestará a título de indemnización, previo pago de la prima correspondiente, los servicios de Asistencia Médica Inmediata definidos en el presente condicionado y con sujeción al plan contratado. La indemnización de la póliza de asistencia a las personas-central médica se efectuará siempre en servicio y no en dinero salvo las excepciones contempladas en el numeral

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 SU CUENTA 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 HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.
- LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN EN SU TENTATIVA.
- LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.
- 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 Y/O EVENTOS DE ORDEN PSIQUIÁTRICO DE CARÁCTER AGUDO CRÓNICO.
- LO RELATIVO Y DERIVADO DE PRÓTESIS Y ANTEOJOS.
- NO SE PRESTARÁN TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, CUANDO SE TRATE DE

CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA O CORRESPONDIENTES A ENFERMEDADES CRÓNICAS. (NOTA: SE DEBEN PRESTAR LOS TRASLADOS DE EMERGENCIA PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, CUANDO ESTÉ COMPROMETIDA LA VIDA DEL ASEGURADO).

- NO SE PRESTARÁ ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA, POR COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS COSMÉTICOS, ESTÉTICOS O DE DISMINUCIÓN DE PESO Y CUALQUIER COMPLICACIÓN DE UN POST OPERATORIO.
- LOS TRASLADOS INTERMUNICIPALES O INTERDEPARTAMENTALES A UNA IPS DE MAYOR COMPLEJIDAD, CUANDO LA URGENCIA SEA CONSECUENCIA DE UNA PATOLOGÍA PREEXISTENTE, INDEPENDIENTEMENTE SI ESTE SE REQUIERE VÍA TERRESTRE O AÉREA.
- LO RELATIVO Y DERIVADO DE GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, EL PARTO Y/O SUS COMPLICACIONES A ATENCIÓN DEL EMBARAZO, SUS COMPLICACIONES Y EL PARTO.

Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente anexo las consecuencias de los hechos siguientes:

- LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
- LOS FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS, ENTRE OTROS.
- 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 RADIACTIVA.
- LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, DESAFÍOS O RIÑAS.

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 MEDICO: 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. AUXILIO ECONÓMICO POR FUERZA MAYOR CUANDO EL CLIENTE CONTRATA DIRECTAMENTE EL SERVICIO SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA

LA COMPAÑÍA reconocerá la suma de hasta 1 SMMLV por vigencia, 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.

El valor señalado anteriormente será reconocido a la persona que previamente demuestre haber sufragado los gastos correspondientes, 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.

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.

4.1. PAGO DEL AUXILIO POR FUERZA MAYOR

LA COMPAÑÍA solicitará para el estudio del reembolso, los siguientes documentos:

- Factura original 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
- Certificación bancaria de los beneficiarios, (esta solo se utilizará en caso de atender de manera favorable la reclamación).

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales si se requieren en el desarrollo del análisis del caso.

Lugar de radicación: CISMAR AVENIDA CRA 70 No. 99 – 72 Teléfono 6439600 INDEMNIZACIONES VIDA

4.1.2. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para LA COMPAÑÍA de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, LA COMPAÑÍA reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago.

4.1.3. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

Además de lo establecido en el Artículo 1150 del Código de Comercio, se perderá el 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 utilizaran medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

5. MEDICAMENTOS EN LA PRESTACIÓN DE LA URGENCIA

LA COMPAÑÍA cubre los medicamentos requeridos en el momento de la prestación del servicio que

sean necesarios para lograr la estabilización del asegurado hasta por un valor estipulado en las condiciones particulares.

6. GRUPOS ASEGURABLES

6.1. GRUPO FAMILIAR BÁSICO

- Si el asegurado principal es casado o con hijos el grupo asegurado estará conformado por Asegurado principal, Cónyuge, Hijos y padres y/o suegros (máximo dos).
- Si el Asegurado principal es soltero y sin hijos, el grupo asegurado estará conformado por Asegurado principal, hermanos y padres.

6.2. ADICIONAL

Se podrán incluir en forma adicional el Grupo básico indicado anteriormente mediante el pago de prima adicional, personas menores de setenta (70) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días al ingreso de la póliza y que encajen dentro de los siguientes parentescos 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 y suegros.
- Si el Asegurado principal es soltero y sin hijos: cuñados, sobrinos, tíos, hermanos primos.

7. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

El Asegurado principal debe ser mayor de dieciocho (18) años al ingreso de la póliza y con límite de edad de ingreso de setenta (70) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. Sin límite de permanencia. Para el cónyuge, padres o suegros, o personas que ingresen como adicionales el límite de edad de ingreso es de setenta (70) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. Sin límite de permanencia.

Para los hermanos e hijos, la edad máxima de ingreso y permanencia será de treinta (30) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días de edad al momento de la inscripción a la póliza.

8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por la presente póliza, el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a la Unidad de Servicio al cliente de LA COMPANÍA, debiendo indicar su nombre, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el lugar dónde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

9. RESPONSABILIDAD

LA COMPANÍA y las entidades prestadoras de la asistencia médica quedarán relevadas de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en esta póliza, por lo tanto no podrá responsabilizarse por los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas del país.

En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de Asistencia y no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados a quien directamente incurrió en ellos, previa presentación de los correspondientes recibos originales de pago y siempre que tales gastos se encuentren cubiertos, y de acuerdo con las tarifas autorizadas por LA COMPANÍA.

10. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El proveedor de servicios responderá por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae la presente póliza. En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.

11. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

LA COMPANÍA expedirá para cada grupo asegurado un Certificado Individual en aplicación a esta póliza. En caso de cualquier modificación, se expedirá un nuevo Certificado que reemplazará al anterior.

12. VIGENCIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL

La vigencia de la póliza será anual e iniciará a partir de las siguientes fechas de corte:

- Los reportes realizados por el Tomador hasta el día veinticinco (25) de cada mes, inicia vigencia el primer (1) día del mes siguiente.
- Los reportes realizados por el Tomador a partir del día veintiséis (26) y hasta el último día de cada mes, inicia vigencia el primer (1) día del mes subsiguiente.

13. PAGO DE PRIMAS

La prima es el precio del seguro que será cobrada cada mes. El pago de la primera prima, es condición indispensable para el inicio de vigencia del seguro. 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 COMPANÍA de seguros.

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

14. SUSTITUCIÓN DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA

Bajo ninguna circunstancia los asegurados podrán ceder a terceros, los derechos previstos en el presente condicionado.

15. ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades de: Bogotá D.C., Medellín y su área metropolitana, Cali, Barranquilla y Soledad, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Santa Marta, Cartagena y Turbaco, Montería, Sincelejo, Valledupar, Villavicencio, Cúcuta, Tunja, San Andrés, Neiva, Pasto, Popayán e Ibagué.

PARÁGRAFO: En aquellos lugares en donde se comprometa la seguridad de los recursos, podrá no autorizarse la prestación de los servicios.

16. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A LAS PERSONAS

Los servicios a las personas de Central Médica 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 COMPANÍA y su Red Nacional de entidades de servicio, la cual deberá ser contactada por el asegurado en los teléfonos que LA COMPANÍA ha señalado para el efecto.

17. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

El seguro será renovado al vencimiento de la vigencia, el ajuste de primas se realizará, según el incremento promedio de servicios de asistencia médica inmediata, del año inmediatamente anterior y las condiciones técnicas del grupo asegurable.

18. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA COMPANÍA, surtiendo efecto en la fecha resultante de aplicar la fecha de recibo de la solicitud escrita por parte de LA COMPANÍA, con el corte de novedades que se haya pactado en la póliza.

19. 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 fallecimiento del asegurado principal
- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Cuando el TOMADOR reporte a LA COMPANÍA su retiro por falta de pago de la prima, vencido el período de gracia que para el caso específico será de un mes.
- Por revocación escrita de la póliza por parte del tomador o del seguro por parte del asegurado.
- Cuando el Asegurado comunique por escrito a LA COMPANÍA, con no menos de treinta (30) días de antelación al vencimiento de la póliza la decisión de no renovar de su seguro.

20. DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El tomador será obligado a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el formulario de solicitud propuesto por EL ASEGURADOR. La retención o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por EL ASEGURADOR lo hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un formulario o cuestionario determinado, la retención o inexactitud, producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por su culpa, hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo.

21. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE ESTE AMPARO

El asegurado no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro de Central Médica con LA COMPANÍA dado que la indemnización objeto del contrato es en servicio y no en dinero. Por lo tanto, EL ASEGURADO debe 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 ocurriera 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.

22. NORMAS APLICABLES

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

23. JURISDICCIÓN

El presente seguro queda sometido a la jurisdicción Colombiana y será competente el juez del lugar de celebración del contrato de seguro o del domicilio de LA COMPANÍA a elección del Tomador.

24. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

25. FORMAS Y MEDIOS DE PAGO

LA COMPANÍA no financia primas de forma directa. Para mayor información sobre las formas y medios de pago consulten el link de la página web www.mapfre.com.co

En caso de solicitar cambio o información sobre su póliza comuníquese al 7115115.

Para impresión de la póliza con los datos actualizados ingrese a www.mapfre.com.co

LÍNEA DE ATENCIÓN:



MAPFRE

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Defensor del Consumidor Financiero
manuelg.rueda@gmail.com

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de Documento	Ramo	Código Forma
Condiciones Generales	01-03-2012	1430	P	35	Vid-286-Mar/12