



Asistencia para tu Salud


Estamos contigo
sin importar dónde estés



**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CON ASISTENCIAS DE SALUD**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



MAPFRE

Banca
Facilitamos su progreso

Fundación
BBVA MicroFinanzas

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía Aseguradora

Los seguros promocionados son emitidos y administrados por MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. Y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., que presta su servicio a través de la RED de BANCAMÍA S.A en virtud del Contrato de Uso de red. Su comercialización a través de Bancamia está sujeta a la vigencia de dicho contrato.

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CON ASISTENCIAS DE SALUD**

1. AMPAROS	4
1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	4
1.2. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE	4
1.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	5
1.4. ASISTENCIAS	6
1.4.1. ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA	6
1.4.2. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA	6
1.4.3. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA	6
1.4.4. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE	7
1.4.5. AHORRO SALUD	7
1.4.6. CONSULTA CON MÉDICO GENERAL EN CONSULTORIO O CLÍNICA MÉDICA	8
1.4.7. CONSULTA CON MÉDICO ESPECIALISTA EN CONSULTORIO O CLÍNICA MÉDICA	8
1.4.8. REFERENCIAS MÉDICAS	8
1.4.9. EXÁMENES MÉDICOS Y DE IMÁGENES	9
1.4.10. MEDICO A DOMICILIO	10
1.4.11. TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO	10
1.4.12. ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA TELEFÓNICA	11
1.4.13. COORDINACIÓN DE TRASLADO BÁSICO A CLÍNICA O CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	11
1.4.14. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN CONSULTORIO O CLÍNICA	11
1.4.15. CIRUGÍA - EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES	12
2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?	12
2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL E INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE	12
3. DEFINICIONES	13
4. VIGENCIA DEL SEGURO	13
5. PAGO DE LA PRIMA	13
6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	13
7. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD	13
8. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL	14
9. RENOVACIÓN	14
10. REVOCACIÓN	14
11. AVISO DE SINIESTRO	14
12. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	14
13. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN	14
14. CLAUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS	14
15. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO	14

CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1. AMPAROS

1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL



La compañía cubre el riesgo de fallecimiento de las personas aseguradas, como consecuencia de un accidente siempre y cuando el accidente y la muerte ocurran estando vigente la póliza y la muerte se presente dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes contados a partir de la fecha del accidente y se haya pagado el valor de la prima correspondiente.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

1.2. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE



Si el asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza, sufre una(s) de la(s) lesión(es) o pérdida(s) descrita(s) a continuación, la compañía pagará el porcentaje que le corresponda sobre el valor asegurado para este amparo, siempre que la lesión o pérdida que padezca, suceda dentro del ciento ochenta (180) días calendario siguientes, a partir de la fecha del accidente con base en la siguiente tabla:

PARÁLISIS TOTAL E IRRECUPERABLE	100%
ENAJENACIÓN MENTAL IRRECUPERABLE	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE LAS MANOS O LOS PIES O DE UNA MANO Y UN PIE	100%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE JUNTO CON LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN DE UN OJO	100%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA	50%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS	50%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE	50%
ABLACIÓN O EXTIRPACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR	30%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN POR UN OÍDO	25%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LAS MANOS	25%

CATARATA TRAUMÁTICA BILATERAL OPERADA	20%
PÉRDIDA DE UN PULMÓN O REDUCCIÓN AL 50% DE SU CAPACIDAD	20%
PÉRDIDA DE UN RIÑÓN, BAZO, HÍGADO O PÁNCREAS	20%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DE CUALQUIER PIE	10%
CATARATA TRAUMÁTICA UNILATERAL OPERADA	10%
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL OLFATO O DEL GUSTO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UN DEDO DE CUALQUIER MANO	5%
PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE DOS O MÁS DEDOS DE CUALQUIERA DE LOS PIES	5%

Pérdida: Amputación quirúrgica o traumática de:

- Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca o por encima de ella.
- Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo o por encima de él.
- Dedos: Al nivel de las articulaciones metacarpo falángicas o metatarso falángicas o por encima de ellas.
- Ojos: Pérdida total e irrecuperable de la visión.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder el valor asegurado contratado para este amparo.

Cualquier pérdida o limitación no descrita en la tabla anterior no será objeto de cobertura.

1.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN



Si el asegurado es recluso en una institución hospitalaria o clínica, bajo el cuidado de un médico según se define en la presente póliza, la compañía pagará el valor asegurado para este amparo, según el número de días que el asegurado se encuentre recluso.

El pago se producirá siempre y cuando el accidente que haya ocasionado la hospitalización se hayan producido transcurridos treinta (30) días calendarios desde el inicio de vigencia de la póliza.

La indemnización se otorgará desde el tercer día de hospitalización y cubrirá hasta un máximo de treinta (30) días continuos por evento y máximo tres (3) eventos por vigencia por asegurado.

Para efectos del presente amparo, se entiende como hospitalización cuando el asegurado se encuentre en una habitación de una institución hospitalaria o clínica, por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas.

No son consideradas como instituciones hospitalarias, para efectos de cobertura de este amparo, las instituciones mentales para tratamiento de enfermedades Psiquiátricas, los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos, los centros de cuidado intermedio, los lugares donde se proporcionan tratamientos naturalistas o de estética.

1.4. ASISTENCIAS

1.4.1. ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA



Previo solicitud del Asegurado, el proveedor de La Compañía proporcionará orientación telefónica las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, para que el Asegurado pueda resolver sus dudas sobre alguna enfermedad o situación relacionada con la salud, dudas acerca de tratamientos o medicamentos, interpretación de estudios de laboratorio, sin emitir diagnóstico alguno o realizar cambios de tratamiento, limitándose solo a una recomendación médica

La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones, ni los gastos en consultas, medicamentos y/o estudios complementarios en los que incurra el Asegurado.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.2. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA



A solicitud de la Asegurado, el proveedor de La Compañía proporcionará orientación telefónica con especialista en psicología en cualquier eventualidad, para que éste oriente en la condición que se padezca. Se incluye situaciones de violencia intrafamiliar, conflictos, manejo de los hijos, conductas de los adolescentes, duelo y cualquier otra situación que no pueda enfrentar.

Este servicio será prestado de lunes a sábado en horario de 10:00 am a 6:00 pm. En los casos en que se reciban llamadas fuera de este horario se reprogramarán según disponibilidad del profesional.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.3. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA



A solicitud de la Asegurado el proveedor de La Compañía proporcionará orientación telefónica con especialista en nutrición, para que éste oriente en la condición que se padezca. Se incluyen implementación de programas orientados a mejorar la nutrición, cuidado de talla y peso.

La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones, ni los gastos en consultas, medicamentos y/o estudios complementarios en los que incurra el Asegurado. Este servicio será únicamente con fines de orientación para la Asegurado, por lo que

La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que pueda llegar a elaborar el profesional en un posible acuerdo directo con la Asegurado.

Este servicio será prestado de lunes a sábado en horario de 10:00 am a 6:00 pm. En los casos en que se reciban llamadas fuera de este horario se reprogramarán según disponibilidad del profesional.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.4. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE

En caso de que Asegurado sufra un accidente o presente una enfermedad súbita donde se evidencie una urgencia vital y amerite la atención en un centro asistencial con previa autorización del equipo médico de el proveedor de La Compañía, se coordinará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta la clínica, hospital o centro médico de la red de prestadores más cercana, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

En caso de no existir ésta, el proveedor de La Compañía coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos de la zona.

En caso de que el paciente sea sospechoso o tenga algún síntoma que se pueda asociar a COVID 19, el personal médico lo atenderá con el protocolo de protección personal.

Entiéndase urgencia vital como como una condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura debe ser inmediata e impostergable.

El Asegurado en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios, en caso de que él no lo pueda hacer por encontrarse imposibilitado, deberá ser acompañado por una persona mayor de edad.

El máximo de espera en camilla en el centro hospitalario de 3 horas, en caso de exceder este tiempo, el Asegurado asumirá los costos ocasionados.

En caso de que no se trate de una urgencia médica, o el Asegurado haya recibido atención médica, o bien exceda la cobertura, el Asegurado podrá solicitar el servicio asumiendo el costo íntegro del traslado a un precio preferencial.

Eventos: 4 – Cobertura: \$120.000

1.4.5. AHORRO SALUD

Cuando el Asegurado lo requiera, el proveedor de La Compañía realizará la conexión y el descuento en diferentes temas relacionados con la salud, como:

- Descuentos en farmacias
- Descuentos en servicio de salud (ambulancias, médicos a domicilio, enfermera, entre otros).
- Descuentos en material médico
- Información acerca de direcciones, nombres y teléfonos de centros naturistas.

Este servicio será únicamente con fines de coordinación para el Asegurado, por lo que La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que pueda llegar a elaborar el profesional en un posible acuerdo con el Asegurado.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.6. CONSULTA CON MÉDICO GENERAL EN CONSULTORIO O CLÍNICA MÉDICA



En caso de enfermedad o accidente que sufra el Asegurado y éste no cuente con un servicio de EPS, ni medicina prepagada, el proveedor de La Compañía coordinará mediante su red de proveedores valoración de un médico general para el chequeo, revisión y diagnóstico derivado de la emergencia previamente reportada.

Este servicio debe ser previamente reportado y autorizado por el equipo médico telefónico del Proveedor.

La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de este servicio ni los gastos en medicamentos y/o estudios complementarios en los que incurra el Asegurado. Este servicio estará sujeto a disponibilidad de horario y agenda del proveedor.

- Este servicio no se prestará para generación de incapacidades.
- Este servicio no aplica para pacientes sospechosos de infección SARS-CoV-2 (COVID -19).

Eventos: 2 Cobertura: \$50.000

1.4.7. CONSULTA CON MÉDICO ESPECIALISTA EN CONSULTORIO O CLÍNICA MÉDICA

En caso de que el Asegurado requiera una consulta médica con un especialista en infectología, otorrinolaringología, psiquiatría, oftalmología, dermatología, ortopedia, ginecología, nutrición, psicología, audiología, pediatría, fisioterapia, fonoaudiología, optometría, mastología, neumología, reumatología, cardiología, endocrinología, gastroenterología, alergología, neurología, medicina interna y urología, el proveedor de La Compañía gestionará y coordinará la cita con un proveedor de la red propia.

Para acceder a este servicio es necesario presentar la orden médica expedida por un médico con firma y sello, además contar con los estudios previos y actualizados.

Para acceder a este servicio es necesario presentar la orden médica expedida por un médico con firma y sello, además contar con los estudios previos y actualizados. El servicio se prestará bajo la disponibilidad del médico especialista. El servicio no cubre exámenes de laboratorio o imágenes. El servicio cubre consulta de valoración inicial (primera cita), en caso de requerir cita de seguimiento y control el Asegurado deberá asumir los costos generados.

No aplica para re consultas o seguimientos de tratamiento.

Eventos: 6 Cobertura: \$210.000 Copago: \$20.000

1.4.8. REFERENCIAS MÉDICAS

Cuando el asegurado requiera una consulta médica con un especialista, el proveedor de La Compañía gestionará y coordinará una cita médica con un profesional de la salud que haga parte de la red propia, el cual otorgará un beneficio que puede ir desde una tarifa preferencial hasta un descuento de las siguientes especialidades:

Psicólogo, Audiología, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psiquiatra, Pediatra, Dermatólogo, Gastroenterólogo, Otorrinolaringólogo, Ginecólogo, Neurólogo, Urólogo, Ortopedista, Internista, Oftalmólogo, Infectólogo, Endocrinólogo, Reumatólogo, Neumólogo, Cardiólogo, Mastólogo, Alergólogo.

Este servicio será únicamente con fines de orientación para el asegurado, por lo que el proveedor de La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que pueda llegar a elaborar el profesional en un posible acuerdo con el asegurado.

Para solicitar este servicio, el Asegurado debe comunicarse con el Proveedor e indicar a cuál especialidad quiere acceder, El proveedor de la Compañía procederá a la coordinación de la cita médica con la red propia de proveedores, la cual otorgará descuentos que van desde el 5% hasta el 10%, este depende de la actualización mensual de cada proveedor. El costo de la consulta está en un promedio de \$170.000 según especialidad.

Este servicio deberá ser solicitado con 48 horas de anticipación y estará sujeto a disponibilidad de horario y agenda del proveedor.

Este servicio será únicamente con fines de coordinación para el Asegurado, por lo que La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que pueda llegar a elaborar el profesional en un posible acuerdo con el Asegurado.

El servicio no incluye análisis de resultados.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.9. EXÁMENES MÉDICOS Y DE IMÁGENES



En caso de que el Asegurado requiera el servicio de toma de exámenes médicos, el proveedor de La Compañía coordinará la toma de 2 exámenes de laboratorio o 1 imagen diagnóstica en el centro médico correspondiente a la red del proveedor.

Este beneficio se brindará siempre y cuando el Asegurado tenga una orden previa del médico tratante, la cual deberá ser enviada al correo definido por La Compañía. No deberá superar los 30 días de expedición, debe tener firma y sello del médico, con el diagnóstico explícito y examen que requiere específicamente.

Los exámenes médicos incluidos son los siguientes:

Laboratorio: Hemograma completo, EMO - Elemental y microscópico de orina, Grupo Sanguíneo, Glucosa en ayunas Imágenes diagnósticas: Radiografía simple (1 toma, 1 región) Ecografía de abdomen superior, inferior o pélvica (1 ultrasonido).

Este beneficio tendrá un límite único combinado el cual consiste en la toma de dos (2) exámenes de laboratorio o una (1) imagen diagnóstica por evento. El horario de atención en los laboratorios será de 7:00 am a 9:00 am de lunes a sábado y se atenderá por orden de llegada.

Para la toma de la imagen diagnóstica, estamos sujetos a disponibilidad de agenda del proveedor y solo se recibirá una orden por Asegurado.

Los resultados serán enviados por el proveedor directamente al Asegurado, dependiendo el tipo de muestra y examen a realizar serán los tiempos de respuesta.

Este beneficio tendrá un límite único combinado el cual consiste en la toma de dos (2) exámenes

de laboratorio o una (1) imagen diagnóstica por evento. El horario de atención en los laboratorios será de 7:00 am a 9:00 am de lunes a sábado y se atenderá por orden de llegada. Para la toma de la imagen diagnóstica, estamos sujetos a disponibilidad de agenda del proveedor. Solo se recibirá una orden por Asegurado.

Los resultados serán enviados por el proveedor directamente al Asegurado, dependiendo el tipo de muestra y examen a realizar serán los tiempos de respuesta.

Eventos: 3 – Cobertura: \$50.000 cada uno.

1.4.10. MEDICO A DOMICILIO



Cuando el Asegurado lo requiera a causa de cualquier enfermedad y/o lesión que pueda ser tratada en el domicilio del Asegurado que no amerita su traslado a un centro hospitalario, el proveedor de La Compañía coordinará el envío de un médico al domicilio del Asegurado dentro de la ciudad de su residencia habitual, para realizar un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de la emergencia médica previamente reportada.

Este servicio aplica si el Asegurado presenta síntomas relacionados con SARS-CoV-2 (COVID-19)

En caso de que el paciente sea sospechoso o tenga algún síntoma que se pueda asociar a Covid 19, el personal médico lo atenderá con todo el protocolo de protección personal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de este servicio ni los gastos en medicamentos y/o estudios complementarios en los que incurra el Asegurado.

Este servicio se prestará por agendamiento de acuerdo con la disponibilidad de los proveedores

Este servicio no se prestará para generación de incapacidades.

- No aplica para re-consultas.
- No aplica cuando el caso médico amerite estudios de laboratorio o de imagen y que deban ser tomados directamente en un centro médico de manera inmediata.

Eventos: 6 – Cobertura: \$100.000 cada uno.

1.4.11. TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO

En caso que el Asegurado requiera el servicio de toma de exámenes de laboratorio a domicilio, el proveedor de La Compañía coordinará y enviará el personal capacitado, para la toma de la muestra en su domicilio habitual.

Los exámenes incluidos son los siguientes: Glicemia en ayunas; Colesterol total; Triglicéridos; Creatinina.

En caso de que la muestra se llegase a coagular o dañar, se deberá tomar una nueva muestra del examen. El costo dependerá de lo siguiente:

Si la muestra se coagula o daña por error del laboratorio, el laboratorio asumirá el valor del nuevo domicilio.

Si la muestra se coagula o daña por error del Asegurado, es decir, no tomo en cuenta las recomendaciones entregadas previamente, el valor del domicilio será a cargo del Asegurado.

Por lo anterior, La Compañía informará al Asegurado máximo a las 48 horas siguientes a la toma del examen inicial la nueva programación.

En caso de que el Asegurado decida tomar el servicio a domicilio tendrá un máximo de cobertura de 15 km fuera de la ciudad de cobertura.

El horario de atención en los laboratorios será de 7:00 am a 9:00 am de lunes a sábado y se atenderá por orden de llegada. Solo se recibirá una orden por Asegurado.

Si el Asegurado tiene exámenes adicionales dentro de la misma orden, El proveedor le ayudará con la cotización de estos, siendo responsable del pago en efectivo el Asegurado al momento de la toma.

Los resultados serán enviados por el proveedor directamente al Asegurado, dependiendo el tipo de muestra y examen a realizar serán los tiempos de respuesta.

Eventos: 3 – Cobertura: \$70.000 cada uno.

1.4.12. ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA TELEFÓNICA

Cuando el Asegurado lo requiera, el proveedor de La Compañía brindará atención médica telefónica con un profesional en la salud oral, quien apoyará en temas como:

- Orientación de tratamientos odontológicos
- Recomendaciones en temas de salud oral.
- Definición y orientación de las especialidades odontológicas.

Este servicio será únicamente con fines de orientación para el Asegurado, por lo que La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que pueda llegar a elaborar el profesional en un posible acuerdo con el Asegurado.

Este servicio se brindará de lunes a viernes en un horario de 8 am a 6 pm, y los sábados de 8 am a 12 pm.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.13. COORDINACIÓN DE TRASLADO BÁSICO A CLÍNICA O CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Cuando el Asegurado requiera el traslado básico a una clínica o consultorio odontológico, el proveedor de La Compañía coordinará el servicio apropiado de acuerdo con su necesidad.

Este servicio será únicamente con fines de orientación para el Asegurado, por lo que el proveedor de La Compañía no se hace responsable de las condiciones, precios y calidad de los trabajos que pueda llegar a elaborar el profesional en un posible acuerdo con el Asegurado.

Eventos: Sin límite – Cobertura: Sin límite

1.4.14. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN CONSULTORIO O CLÍNICA

A consecuencia de urgencia odontológica que no supere las 24 horas de ocurrida al Asegurado, el proveedor de La Compañía brindará atención necesaria para mitigar la urgencia presentada en consultorio o clínica odontológico de la red de proveedores, para uno de los siguientes procedimientos:

- Exámenes de imágenes (Radiografías periapicales y coronales)
- Anestesia, analgésicos y antiinflamatorios
- Material de uso odontológico.

Este beneficio deberá ser previamente autorizado por el equipo médico telefónico del proveedor.

El Asegurado deberá asistir a la consulta de acuerdo con la agenda brindada por el proveedor, en caso de no hacerlo se dará como brindado el servicio.

Quedan excluidos todos los procedimientos que no sean derivados de la urgencia inicial y que no estén encaminados a superar la urgencia y hacer un adecuado manejo del dolor y Urgencias que superen las 24 horas de presentadas.

Eventos: 3 – Cobertura: \$100.000 Copago: \$20.000

1.4.15. CIRUGÍA - EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES

A consecuencia de una urgencia odontológica, La Compañía brindará un auxilio para el procedimiento requerido por el Asegurado, que no supere el monto máximo de cobertura de una exodoncia o extracción simple en dientes permanentes. (Procedimiento por el que se practica el retiro de un diente o parte de él de la cavidad oral, mediante técnica y el uso de instrumental específico, sin que implique procedimientos quirúrgicos que requieran remoción de tejidos como hueso o encía).

Para acceder a este beneficio el Asegurado deberá notificar el suceso al proveedor en un plazo no superior a 24 horas.

El Asegurado deberá enviar las facturas del procedimiento realizado. Este servicio aplica como reembolso, por lo que el Asegurado deberá enviar los documentos que se mencionan en la cláusula de Requisitos en caso de siniestro de este documento.

El auxilio no aplicará para procedimientos diferentes a la exodoncia simple o extracción dental. Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o complemento de cualquiera de los procedimientos.

Este beneficio no aplica para extracción de cordales.

Eventos: 1 – Cobertura: \$80.000 Copago: \$20.000

2. ¿QUÉ NO CUBRE ESTE SEGURO?

2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL E INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE

LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBRE LOS SIGUIENTES EVENTOS, NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO EL EVENTO GENERADOR DEL SINIESTRO SEA CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- SUICIDIO O SU TENTATIVA, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN RIÑAS.
- CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERIVADOS DE ACTOS DELICTIVOS.
- ACCIDENTE, ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA PREEXISTENTE.
- CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE ALUCINÓGENOS.
- CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIATIVIDAD.
- GUERRA DECLARADA O SIN DECLARAR.

2.2. EXCLUSIONES PARA ASISTENCIAS

SERÁN CAUSALES DE NEGACIÓN DEL SERVICIO ASISTENCIAL LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- POR NO CONTACTARSE CON LA LÍNEA TELEFÓNICA DEL PROVEEDOR PARA INFORMAR EL SERVICIO O SOLICITAR EL AUXILIO.
- POR TENER VENCIDA LA VIGENCIA DE LA ASISTENCIA.
- POR SOLICITAR EL AUXILIO UNA PERSONA DIFERENTE AL ASEGURADO.
- POR PRESENTAR DOCUMENTOS QUE PRESENTEN ENMENDADURAS, TACHONES O QUE SU CONTENIDO NO SEA LEGIBLE.
- POR PRESENTAR UNA FACTURA O ALGÚN DOCUMENTO A NOMBRE DE UNA PERSONA DIFERENTE AL ASEGURADO.
- POR NO PRESENTAR FACTURAS LEGALES DE COMPRA.
- POR PRESENTAR FACTURAS QUE NO CORRESPONDEN AL SERVICIO SOLICITADO A LA LÍNEA.
- POR PRESENTAR DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA.
- POR NO CUMPLIR CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS PARA CADA PROCESO.
- SI EXISTE ALGUNA SITUACIÓN QUE CONDUZCA A PRESUMIR UN POSIBLE FRAUDE.

3. DEFINICIONES

- 3.1 Accidente:** Es el hecho violento, visible, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause al asegurado la muerte o lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas externas o internas, médicamente comprobadas.
- 3.2 Asegurado:** Las personas naturales sobre cuya vida se estipula el seguro.
- 3.3 Beneficiario:** Persona o personas a quienes el asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de esta póliza en la cuantía que se designe.
- 3.4 Carta Reclamación:** Documento a enviar con la redacción de los hechos, elaborado por parte de la asegurada, para la tramitación de las reclamaciones derivadas de los eventuales siniestros cubiertos.
- 3.5 Compañía:** Entidad que asume la cobertura de los riesgos amparados de acuerdo con las condiciones de la presente póliza y que para efectos de este contrato será MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
- 3.6 Póliza:** Se trata del presente documento, el cual establece los derechos y obligaciones de la aseguradora y el asegurado, en relación al seguro contratado.
- 3.7 Prima:** Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- 3.8 Tomador del seguro:** Es la persona natural que contrata el seguro y a quien corresponde el pago de la prima.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza individual será igual a la vigencia del crédito, incluyendo las nuevas vigencias de las pólizas de los créditos otorgados por el Banco con fecha futura correspondiente a la póliza inicial.

5. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador deberá pagar dentro de los sesenta (60) días calendario contados a partir del inicio de vigencia del correspondiente certificado de cobro.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para todos los amparos, la edad de Ingreso es de mínimo 18 años y máximo 65 años y 364 días. La edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días.

7. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD

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 MAPFRE, siempre y cuando la edad verdadera no supere la edad máxima de ingreso o de permanencia a la póliza, ésta reconocerá el cien por ciento (100%) de la indemnización.

8. 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.
- A la terminación de la vigencia del seguro.
- Por la voluntad del tomador o asegurado.
- Por mutuo acuerdo de las partes.
- Cuando La Compañía indemnice el amparo de Fallecimiento Accidental
- Cuando La Compañía indemnice el 100% del Valor asegurado en el amparo de Inhabilitación Total y Permanente.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en este documento.

9. RENOVACIÓN

La presente póliza no es renovable una vez finalizada la vigencia contratada.

10. REVOCACIÓN

El Tomador podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a La Compañía por escrito, siendo en todo caso responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

11. AVISO DE 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 treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

12. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará directamente al Tomador y/o asegurado y/o Beneficiario la indemnización a que está obligada, dentro de los veinticinco (25) días calendarios siguientes a la fecha en que se formalice la reclamación y se radique el último documento.

13. 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.

14. CLAUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS

La Compañía mantendrá todas las pólizas individuales vigentes hasta la fecha de terminación de vigencia de cada una de las pólizas individuales, teniendo en cuenta que la prima total de la vigencia ha sido recibida en su totalidad por la compañía.

En caso de solicitud de cancelación por parte del asegurado, se realizará la devolución de primas así: Valor a devolver al asegurado por parte de La Compañía = [(fecha fin de vigencia de la póliza individual- fecha de cancelación) / (fecha fin de vigencia-fecha inicio de vigencia seguro)]*prima emitida.

15. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como:

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por fallecimiento accidental son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado

- Copia del registro civil de defunción del asegurado.
- Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios.
- Acta de Levantamiento del cadáver.
- Fotocopia del protocolo de Necropsia.
- Certificación bancaria de los beneficiarios.
- Prueba de alcoholemia

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Inhabilitación Total y Permanente son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia de historia clínica completa.
- Copia de certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando origen, evolución y naturaleza de la Inhabilitación Total y Permanente.
- Informe de las autoridades que tuvieron conocimiento del accidente.
- Certificación bancaria del asegurado.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por Renta Diaria por Hospitalización por Accidente son:

- Solicitud de reclamación
- Copia del documento de identidad del asegurado
- Copia de historia clínica completa.
- Certificado de la hospitalización indicando causa y número de días de hospitalización.
- Certificación bancaria del asegurado.

Los documentos necesarios para la formalización del reclamo por reembolso de Asistencias son:

- Carta de solicitud del auxilio.
- Copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Cuenta de cobro con el monto (dinero) a solicitar, correspondiente al valor de las facturas antes de IVA.
- Certificación bancaria del Asegurado. (No se realizará el pago a ninguna cuenta diferente a la del titular de la asistencia).

La documentación debe ser radicada en cualquier oficina de Bancamía en todo el país.

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



NACIONAL: 018000 977 025
BOGOTÁ: 307 7026

Opción 1: **Orientación o información**
Opción 2: **Reporte e información de Siniestros**

Defensor del Consumidor Financiero
manuelg.rueda@gmail.com

LINEA DE ATENCIÓN ASISTENCIAS

En Bogotá : (601) 7454896 **Opción 8**
Mujer y Familiar **marque 4.**
Bolso protegido **marque 5.**
Auxilio de Maternidad **marque 6.**
Asistencia en Salud **marque 7.**

**24 horas al día, 365 días al año, en contacto
con MAPFRE**



MAPFRE

MAPFRE SEGUROS GENERALES
DE COLOMBIA S.A.

FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE
COLOMBIA S.A.

Asistencia Técnica

Línea de atención

ASISTENCIA MUJER Y FAMILIAR: 6445430 Opción 8 seguida de Numeral 4