



# PÓLIZA CENTRAL MÉDICA - CONDICIONES GENERALES

## 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 CUARTA 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 SU CUENTA, SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR SEGÚN LA DEFINICIÓN CONTENIDA EN LA CLÁUSULA 5.1 DEL PRESENTE CONDICIONADO.
- 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 CHEQUES MÉDICOS DE RUTINA O CORRESPONDIENTES A ENFERMEDADES CRÓNICAS.
- NO SE PRESTARÁ ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA, POR COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS COSMÉTICOS, ESTÉTICOS O DE DISMINUCIÓN DE PESO.
- LOS TRASLADOS INTERMUNICIPALES O INTERDEPARTAMENTALES A UNA IPS DE MAYOR COMPLEJIDAD, CUANDO LA URGENCIA SEA CONSECUENCIA DE UNA PATOLOGÍA PREEXISTENTE, INDEPENDIEMENTE SI ESTE SE REQUIERE VÍA TERRESTRE O AÉREA.

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, CAÍDAS 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 ACTIVA O VOLUNTARIA DEL ASEGURADO EN APUESTAS, DESAFÍOS O RIÑAS.

## 3. 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.

### 3.1. 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, hará un diagnóstico ajustado a las claves internacionales de servicios pre hospitalarios de emergencia médica.

### 3.2. ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

Cuando como consecuencia de un 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 asumirse, 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.

### 3.3. 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 paciente 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:

- Traslado básico
- Traslado médico en ambulancia
- Traslado médico en avión ambulancia

## 4. 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:

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

LA COMPAÑÍA reconocerá el auxilio descrito 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.

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 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 por fuerza mayor son:

- 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

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

### 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 rembolsar por LA COMPAÑÍA será el correspondiente al costo usual y acostumbrado en la red adscrita para los diferentes procedimientos.

## 4.2. 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 el valor estipulado en las condiciones particulares.

### 4.3. MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

La Compañía cubrirá sólo los medicamentos que aparezcan en la fórmula médica que hayan sido formulados en el momento de la asistencia médica a través de la visita domiciliaria, bajo las siguientes condiciones:

- Se pagaran facturas de acuerdo a los siguientes límites establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
- Se cubrirán máximo cuatro (4) reclamaciones por vigencia, por grupo familiar o asegurado individual.
- NO se pagarán facturas con más de treinta (30) días de expedición.
- Recetas posteriores de EPS o Centros asistenciales no son objeto de reembolso.

Los documentos requeridos para el estudio del reembolso por medicamentos son:

- Fotocopia cédula ciudadanía del asegurado
- Cuenta de cobro firmada, con los datos del reclamante e información bancaria
- Fórmula médica original, en buen estado y sin enmendaduras, que hagan parte de la red prestadora de LA Compañía.
- Facturas originales y en buen estado que cumplan con lo establecido por la DIAN.

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

## 5. PERSONAS ASEGURABLES

Las personas asegurables dentro de la póliza serán las definidas en las condiciones particulares de la misma.

## 6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

En todos los casos el asegurado principal debe ser mayor de 18 años al ingreso a la póliza. Las demás condiciones de edades de ingreso y permanencia serán las definidas en las condiciones particulares de la póliza.

**Para planes familiares:** Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza, quedarán amparados sin cobro de prima adicional y en forma automática, desde su nacimiento. Se otorga un plazo máximo de 30 días calendario, para enviar a LA COMPAÑÍA, la solicitud de inclusión del hijo. Para obtener cobertura de los hijos en los años subsiguientes; será necesario el pago de la prima adicional respectiva y las solicitudes de inclusión.

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

7.1. 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.

**Desde Bogotá: 307-7024.**

**Fuera de Bogotá y dentro del Territorio Nacional: 018000519991, línea de pago revertido**

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

### PARÁGRAFO:

a) 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.

b) 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.

## 8. VIGENCIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL

El término de la vigencia de este contrato es un (1) año, y será renovado automáticamente por un periodo igual, a menos que con treinta (30) días de antelación a su vencimiento, el Tomador, enterado de la prima de la siguiente anualidad, manifiesta a LA COMPAÑÍA por escrito su decisión de no renovar.

## 9. 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 período de gracia que para el caso específico será de un mes.
- Por cancelación del mecanismo de recaudo convalido.
- 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 quien 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.

## 10. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE ESTE AMPARO

El asegurado no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro de Asistencia Médica Inmediata con la Compañía 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 ocurrir 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.

## 11. 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.

## 12. 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.

**NOTA: CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA Será obligación del tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales de la presente póliza. La Aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 del Código de Comercio con la entrega al tomador de las condiciones. Será responsabilidad de cada uno de los asegurados el informarse acerca de las condiciones generales del producto, y de manifestar en el tiempo y por los medios debidos las dudas que tenga al respecto.**