

AUTORIZACION PARA SOLICITUDES DE HISTORIA CLINICA Y OTROS

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que hay sido consultada por mi(nosotros) para que suministre a la Compañía Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. copia de mi (nuestra) historia clínica o cualquier información que ella considere necesaria aun después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explico coberturas y exclusiones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro.

Autorizo(amos) a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me(nos) encuentre(encontremos) afiliado(dos). Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgo o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Al firmar la presente solicitud, manifiesto que todas las respuestas son exactas, completas y verídicas, u declaro que en el evento que sea aprobada la solicitud, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada, se sancionara de acuerdo con lo previsto en los artículos 1058 y 1161 del Código de Comercio. Queda claro igualmente, que cualquier enfermedad ni sus complicaciones o consecuencias o afectaciones no declaradas en este formato y/o en la declaración de asegurabilidad sobre la cual se pretende presentar alguna reclamación, no tendrá cobertura y por tal será considerada como una enfermedad preexistente y manifiesta con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia del seguro con Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.

Acepto (amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que Mapfre no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

Declaro expresamente que:

- 1.Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc)
- 2.Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 3.La información que he suministrado en la solicitud es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.
- 4.De manera irrevocable autorizo a las compañías de seguros, Sociedades de Capitalización e intermediarios de seguros, con los que mantenga una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar suministrar, reportar o divulgarla a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.
- 5.Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo grupo terroristas o actividades terroristas.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

**Definiciones.** Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. **Compañía del Grupo** significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. **Compañías Tratantes** significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. **Mis Datos Personales** significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. **Terceras Compañías** significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: **(i)** Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; **(ii)** Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; **(iii)** Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; **(iv)** Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y **(v)** Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

**Declaraciones:** Declaro y garantizo que **(A)** He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: **(i)** Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; **(ii)** Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; **(iii)** Previa solicitud, ser informado sobre el

uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; **(iv)** Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; **(v)** Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; **(vi)** Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. **(B)** Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. **(C)** Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. **(D)** Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. **(E)** Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

**Autorizaciones:** Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: **(i)** Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; **(ii)** Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); **(iii)** Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general

cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; **(viii)** Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; **(ix)** Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; **(x)** Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y **(xi)** Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

**Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

ACEPTO ☐

NO ACEPTO ☐

- IMPORTANTE - IMPORTANTE - IMPORTANTE -

**VIGENCIA:** La vigencia de la póliza será anual con un pago fraccionado mensual de la prima, El no pago de una fracción mensual de la prima dentro del termino pactado genera la terminación automática del contrato del seguro.

La vigencia de la póliza inicia a las 00:00 horas del día siguiente de haber realizado el pago de la prima del seguro resultante del proceso de afiliación a través de la factura del servicio de CODENSA S.A. E.S.P.



Autorizo expresamente a CODENSA a cargar mensualmente en la FACTURA DE VENTA del servicio de energía el valor de la prima del seguro.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

Huella Índice Derecho  
Asegurado Principal

|                     |      |          |
|---------------------|------|----------|
| Nombre del Vendedor | C.C. | Oficina: |
|---------------------|------|----------|

# CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD VITAL ESPECIALISTAS CLIENTES RESIDENCIALES CODENSA

## 1. CLÁUSULA PRIMERA

### OBJETO

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE EXPRESAN Y A LAS CONDICIONES GENERALES, INDEMNIZARÁ A LOS ASEGURADOS DE ESTA PÓLIZA LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SEGÚN LAS COBERTURAS, LOS LÍMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS, SALVO LOS EVENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES.

#### 1.1. COBERTURAS

##### 1.1.1. AMPARO BÁSICO

SUJETO A LAS EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y COPAGOS ESTIPULADOS, Y DE CONFORMIDAD CON LAS COBERTURAS Y LÍMITES ASEGURADOS ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ AL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LOS COSTOS MÉDICOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS EN CADA CIUDAD DONDE SE EFECTÚAN LAS SIGUIENTES COBERTURAS:

###### 1.1.1.1. CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

SE RECONOCERÁ A CADA UNA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA PÓLIZA LAS CONSULTAS MÉDICAS CON MÉDICO GENERAL O MÉDICO ESPECIALISTA, LLEVADAS A CABO EN EL CONSULTORIO. A CARGO DEL ASEGURADO SIEMPRE HABRÁ UN COPAGO CONVENIDO POR CADA CONSULTA MÉDICA.

EL NÚMERO DE CONSULTAS POR USUARIO ES EL SIGUIENTE:

HASTA 7 CONSULTAS AL AÑO CUANDO EL ASEGURADO ES SOLO.

PARA PLANES CON MÁS DE DOS ASEGURADOS SE CONTARÁ CON BOLSAS DE CONSULTAS ASÍ:

- 2 ASEGURADOS: 14 CONSULTAS
- 3 ASEGURADOS: 21 CONSULTAS
- 4 ASEGURADOS: 27 CONSULTAS

###### 1.1.1.2. EXÁMENES DE LABORATORIO

EXÁMENES DE LABORATORIO SIMPLES Y ESPECIALIZADOS: SE RECONOCERÁN LOS SIGUIENTES EXÁMENES AMBULATORIOS: EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA DE RUTINA, RADIOGRAFÍAS SIMPLES, LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO, ELECTROCARDIOGRAMA Y ELECTROENCEFALOGRAMAS CONVENCIONALES, HASTA POR EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. A CARGO DEL ASEGURADO HABRÁ UN COPAGO CONVENIDO.

###### 1.1.1.3. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

SE RECONOCERÁN LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO SIMPLE Y ESPECIALIZADO, HASTA POR EL VALOR ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. A CARGO DEL ASEGURADO HABRÁ UN COPAGO CONVENIDO. ESTOS EXÁMENES DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE RECONOCIDOS POR SOCIEDADES MÉDICAS COLOMBIANAS Y NO SER DERIVADOS DE UNA HOSPITALIZACIÓN O URGENCIA.

SE DARÁ COBERTURA A LAS CAPSULAS ENDOSCÓPICAS CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE SANGRADO OSCURO Y NO SEA POSIBLE ENCONTRAR EL SITIO O CAUSA DEL SANGRADO A TRAVÉS DE EXÁMENES CONVENCIONALES.

##### 1.1.2. OPCIONALES

EL SIGUIENTE AMPARO OPCIONAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD, A LA QUE SE ADHIERE, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO CONTRATADO E INCLUIDO EN EL CUADRO DE COBERTURAS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN UN TODO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y SIGUIENTES CONDICIONES GENERALES:

###### 1.1.2.1. ASISTENCIA MÉDICA EN CASA

1.1.2.1.1. **ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA:** CUANDO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O UN ACCIDENTE EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO, LOS ASEGURADOS REQUIERAN DE UNA CONSULTA MÉDICA DE URGENCIA, SE PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN UN MÉDICO PARA QUE LO VISITE EN EL DOMICILIO.

EN ESTA ASISTENCIA EL MÉDICO REALIZARÁ LA VALORACIÓN DEL PACIENTE Y PODRÁ PRESCRIBIR EL TRATAMIENTO QUE SE AJUSTE AL PROTOCOLO ESTABLECIDO. EN NINGÚN CASO SE SUMINISTRARÁN MEDICAMENTOS.

1.1.2.1.2. **TRASLADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:** EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD QUE REQUIERA A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE MANEJO EN UN CENTRO HOSPITALARIO; SE ADELANTARÁN LOS CONTACTOS Y SE HARÁ LA COORDINACIÓN EFECTIVA PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE HASTA LA CLÍNICA O EL CENTRO MÉDICO MÁS CERCANO. DEPENDIENDO DEL CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE, EL TRASLADO PUEDE REALIZARSE POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS: TRASLADO BÁSICO O TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA.

1.1.2.1.3. **ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA:** LA COMPAÑÍA PONE A DISPOSICIÓN DE LOS ASEGURADOS EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA BÁSICA TELEFÓNICA VEINTICUATRO (24) HORAS AL DÍA LOS TRECIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS DEL AÑO. LOS OPERADORES MÉDICOS QUE ATIENDEN LA LLAMADA, SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA DADA POR EL ASEGURADO, HARÁN UN DIAGNÓSTICO AJUSTADO A LAS CLAVES INTERNACIONALES DE SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS DE EMERGENCIA MÉDICA.

## 2. CLÁUSULA SEGUNDA

### EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

#### 2.1. EXCLUSIONES APPLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DE:

**A. ENFERMEDADES O AFECCIONES DIAGNOSTICADAS O MANIFESTADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO A LA MISMA, (CONOCIDAS O NO POR EL ASEGURADO) ASÍ COMO SUS SECUELAS O CONSECUENCIAS.**

**B. LOS TRATAMIENTOS AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA DE: ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O PSICOLÓGICAS, ESTADOS DE DEMENCIA, ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS, ESTADOS DEPRESIVOS, PSICOTERAPIA, PSICOANÁLISIS O PSICOTERAPIA PROLONGADA, TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA.**

**C. LOS TRATAMIENTOS AMBULATORIOS POR DROGADICCIÓN, FARMACODEPENDENCIA, O ALCOHOLISMO. LESIONES AUTO INFRINGIDAS E INTENTO DE SUICIDIO (VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO) Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO PARTICIPE EN ACTOS ILÍCITOS.**

**D. DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL.**

**E. PRUEBAS GENÉTICAS ORIENTADAS AL FETO.**

**F. CHEQUEOS MÉDICOS EJECUTIVOS O DE DIAGNÓSTICO.**

**G. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS POR DIETAS, ADELGAZAMIENTO, DESÓRDENES ALIMENTICIOS COMO BULIMIA O ANOREXIA, REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGÍA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ESCLEROTERAPIA, QUIROPRAKXIA, ACNÉ Y CUALQUIER TIPO DE ALOPECIA.**

**H. COMPLICACIONES O SECUELAS DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.**

**I. ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL RONQUIDO O UVULOPALATOPLASTIA.**

**J. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS POR OBESIDAD.**

**K. LAS COMPLICACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DEL EMBARAZO.**

**L. VACUNAS Y TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS.**

**M. MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA CUALQUIER TRATAMIENTO.**

**N. GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS POR ATENCIONES PRESTADAS POR INSTITUCIONES O PROFESIONALES QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES MÉDICAS.**

**O. LOS TRATAMIENTOS AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.**

**P. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS DE CUALQUIER ÍNDOLE**

**Q. LOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.**

**R. DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIACTIVA.**

**S. LOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS, DESAFÍOS O RIÑAS.**

#### 2.1.1. EXCLUSIONES PARTICULARES APPLICABLES A LA COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA EN CASA

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, NO SON OBJETO DE ESTA COBERTURA LAS PRESTACIONES DERIVADAS DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**A. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA COMPAÑÍA.**

**B. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR LO RELATIVO Y DERIVADO DE GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO, PARTO Y SUS COMPLICACIONES.**

**C. NO SE PRESTARÁ ASISTENCIA MÉDICA, CUANDO SE TRATE DE CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA O QUE CORRESPONDAN A TRATAMIENTOS COSMÉTICOS, ESTÉTICOS O DE DISMINUCIÓN DE PESO.**

**D. LOS TRASLADOS INTERMUNICIPALES O INTERDEPARTAMENTALES A UNA IPS DE MAYOR COMPLEJIDAD, INDEPENDIENTEMENTE SI ESTE SE REQUIERE VÍA TERRESTRE O AÉREA.**

## 3. CLAUSULA TERCERA

### DEFINICIONES

**3.1. ASEGURADO:** Es la persona natural titular del interés que adquiere el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece la póliza.

**3.2. COPAGO:** Es un valor que debe ser asumido por los asegurados al utilizar los siguientes servicios: consulta médica ambulatoria, exámenes de diagnóstico simple y especializado, terapias y urgencias. Este valor está establecido en la caratula de la póliza.

**3.3. DEPENDIENTE:** Persona que depende económicamente del Asegurado Principal.

**3.4. ENFERMEDAD:** Es la alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

**3.5. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquier alteración de estado de salud de un asegurado que haya sido manifestada, diagnosticada o tratada con anterioridad a su inclusión a la Póliza y que por constituir un hecho cierto no son objeto de este contrato de seguro.

**3.6. TRATAMIENTO AMBULATORIO:** Es el tratamiento médico o quirúrgico que no requiere hospitalización del paciente, o que ésta es inferior a veinticuatro (24) horas.

## 4. CLÁUSULA CUARTA

### TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LA PÓLIZA

A partir de los 8 días hábiles después del recaudo: Cobertura de consultas médicas ambulatorias.

A partir del día 31, contados después de haber realizado el primer pago: cobertura de exámenes de diagnóstico simples.

A partir del día 121, contados después de haber realizado el primer pago: Cobertura de exámenes de diagnóstico especializados.

## 5. CLÁUSULA QUINTA

### PERSONAS ASEGURABLES

**5.1. Plan Personal:** Asegurado Principal.

**5.2. Persona Adicional:** Se podrán incluir en el plan personal, máximo 3 personas, de los siguientes parentescos que deberán estar relacionados con el afiliado principal: Cónyuge o compañero permanente, Cuñado, Hijo/a, Madrastra, Padrastro, Hermano/a, Madre, Padre, Nieto/a, Primo/a, Sobrino/a, Suegra, Suegro, Tío/tía, Nuera, Yerno, Abuelastro/a, Dependiente.

**5.3. Plan Familiar:** se podrán incluir dentro de este plan desde 2 y hasta 3 personas adicionales, siempre que tengan los siguientes parentescos con el Asegurado principal, Cónyuge o compañero permanente, Hijo/a Hhijastro/a, Madre, Padre, Madrastra o Padrastro.

El Asegurado Principal podrá solicitar la inclusión de nuevos asegurados durante la vigencia de la póliza y en caso de ser aceptados, debe cumplir con los tiempos establecidos para utilizar los servicios de la póliza, definidos en la cláusula cuarta de este condicionado.

## 6. CLÁUSULA SEXTA

### RETIRO DE ASEGURADOS

El retiro de asegurados en la póliza podrá solicitarse en cualquier momento de la vigencia del contrato, mediante comunicación escrita o telefónica y su retiro se hará efectivo a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA reciba dicha comunicación.

El Asegurado Principal está obligado y deberá responder por el costo de los servicios prestados, con posterioridad a la fecha del retiro.

Una vez se realice el retiro del asegurado, este no podrá volver a tomar el seguro por un periodo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de su retiro. En el momento en que se solicite la reactivación del producto tendrá que volver a cumplir los periodos de carencia establecidos.

7. CLÁUSULA SÉPTIMA

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

| Integrante                                                                       | Edad mínima de ingreso | Edad máxima de ingreso                            | Permanencia |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Titular (no tiene cobertura del seguro de salud, solo es el responsable de pago) | 18 años                | Ilimitada                                         | Ilimitada   |
| Asegurado Principal                                                              | -                      | 74 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días | Ilimitada   |
| Cónyuge o compañero permanente                                                   | -                      | 74 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días | Ilimitada   |
| Hijos                                                                            | -                      | 74 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días | Ilimitada   |
| Adicionales                                                                      | -                      | 74 años y trescientos sesenta y cuatro (364) días | Ilimitada   |

La edad mínima de ingreso a la póliza es de dieciocho (18) años, para el asegurado principal, demás asegurados cero (0) años de edad; la edad máxima de ingreso es de setenta y cuatro (74) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días de edad; residen en Colombia y sean aceptados por LA COMPAÑÍA, la edad de permanencia es ilimitada.

8. CLÁUSULA OCTAVA

VIGENCIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL

La vigencia de la póliza será anual con un pago fraccionado mensual de la prima, El no pago de una fracción mensual de la prima dentro del término pactado genera la terminación automática del contrato del seguro. La vigencia de la póliza inicia a las cero (00:00) horas del octavo día hábil, después de haber realizado el primer pago de la prima del seguro, resultante del proceso de afiliación a través de la factura del servicio público.

9. CLÁUSULA NOVENA

PAGO DE PRIMAS

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. 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 treinta (30) días calendario de finalizado cada periodo mensual al pagado, LA COMPAÑÍA no hubiere recibido el pago de la prima del seguro correspondiente al siguiente periodo.

10. CLÁUSULA DÉCIMA

AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

En caso de adquirir el amparo opcional de Asistencia Médica Domiciliaria y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen y para efectos de la suscripción de este contrato, LA COMPAÑÍA verificará que el Asegurado Principal y cualquier persona adicional que se incluya en la póliza, se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud.

Por lo anterior, el Asegurado Principal se obliga a informar a LA COMPAÑÍA al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S., en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar

Si el asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a LA COMPAÑÍA en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

En caso de cambio de E.P.S o retiro del régimen de excepción, del Asegurado principal, durante la vigencia de la póliza, deberá informar este hecho a LA COMPAÑÍA, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud E.P.S. a la cual pertenece.

De conformidad con el parágrafo único del artículo 20 del Decreto 806 de 1998, LA COMPAÑÍA queda exceptuada de la obligación legal contenida en el citado artículo del Decreto 806 de 1998, cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

11. CLÁUSULA UNDÉCIMA

RECLAMACIONES

Presentación de la reclamación:

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas, por el asegurado deberán ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuren el siniestro.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como: Las facturas médicas originales debidamente canceladas. Adicionalmente, LA COMPAÑÍA podrá solicitar las lecturas y resultados de los exámenes de diagnóstico, laboratorio y Rayos X, historias clínicas y resultados de anatomías patológicas, pruebas hematológicas, certificados de defunción, registro civil de nacimiento, fotocopia de cédula, certificados de incapacidad del médico tratante, certificados de indemnización de otras aseguradoras y el denuncia por pérdida de tales documentos.

Pérdida del derecho a la indemnización:

La mala fe del tomador o de cualquiera de los asegurados en la reclamación o en la comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida del derecho a la indemnización.

12. CLÁUSULA DUODÉCIMA

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.
- Por mora en el pago de la prima, vencido el período de gracia.
- 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 COMPAÑÍA, con no menos de treinta (30) días de antelación al vencimiento de la póliza la decisión de no renovar de su seguro.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA

RENOVACIONES Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima del grupo asegurado será el señalado en las condiciones particulares de la póliza, con ajuste de primas durante el primer trimestre de cada año, tomando como base el

incremento promedio de Servicios del año inmediatamente anterior, experiencia de siniestralidad y las condiciones técnicas del grupo asegurable.

LA COMPAÑÍA adoptando la medida de proteger el derecho a la salud, renovará automáticamente el contrato por periodos mensuales. El asegurado podrá informar con no menos de treinta (30) días de antelación al vencimiento de la póliza la decisión de no renovar de su seguro.

14. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA

NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones particulares, este contrato se regirá por las disposiciones del CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO y demás normas que le sean aplicables.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo certificado dirigido a la dirección más reciente registrada en el contrato de seguro.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por lo contenido en el artículo 1081 del Código de Comercio, que es del siguiente tenor: "La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes".

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

Conforme el artículo 1058 del Código de Comercio: "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran 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 cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 .

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente."

18. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA

COBERTURA TERRITORIAL

Se prestarán las coberturas aquí referidas en Territorio Nacional de Colombia, a través de las entidades adscritas a la RED DE SERVICIOS DE LA COMPAÑÍA, a la que puede acceder visitando la página web <https://cotiza.mapfre.com.co/reportesWeb/vista/dirmedico/noFilterServiMedicosSalud.jsf>

PARA ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

Se informa, que se exceptúan del servicio de Asistencia Médica Domiciliaria, los barrios ubicados en la localidad de Usme, Ciudad Bolívar, en la UPZ de las cruces, los barrios las cruces y San Bernardo, y aquellos barrios o zonas que aunque no están excluidos de cobertura, por factores de seguridad, fuerza mayor o caso fortuito no sea posible la prestación del servicio"

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



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

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     |
|------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------|------|------------------|
| Solicitud Póliza | 01-09-2017                           | 1330            | P                 | 35   | VTE-56741-Sep/17 |