



# CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIAS DE SALUD CLIENTES BANCAMIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA



**MAPFRE**

**Banca** **ía**  
El Banco de los que crecen

Fundación  
**BBVA** Microfinanzas

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

Estamos a tu lado sin importar las circunstancias, porque tu tranquilidad y la de tu familia es lo más importante para nosotros, por eso tenemos para ti el

**Seguro de Tu Salud**

Los seguros promocionados son emitidos y administrados por MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y/o MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., que prestan su servicio a través de la RED de BANCAMIA S.A. en virtud del contrato de uso de red. Su comercialización a través de Bancamia está sujeta a la vigencia de dicho contrato.

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

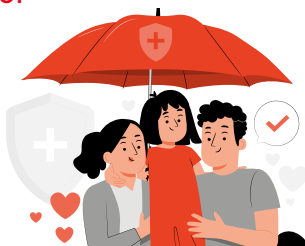
|                                                                                                                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. ¿QUE CUBRE ESTE SEGURO?</b>                                                                                                                                             | <b>4</b>  |
| 1.1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL                                                                                                                                                 | 4         |
| 1.2. INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE                                                                                                                                        | 4         |
| 1.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE                                                                                                                           | 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                                                                                                                                     | 7         |
| 1.4.4. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE                                                                                                                                              | 7         |
| 1.4.5. AHORRO SALUD                                                                                                                                                           | 8         |
| 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                                                                                                                                                    | 9         |
| 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                                                                                                                        | 12        |
| 1.4.15. CIRUGÍA - EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES                                                                                                                           | 12        |
| <b>2. EXCLUSIONES</b>                                                                                                                                                         | <b>13</b> |
| 2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL                                                                                                                                | 13        |
| 2.2. EXCLUSIONES PARA ASISTENCIAS                                                                                                                                             | 13        |
| <b>3. DEFINICIONES</b>                                                                                                                                                        | <b>13</b> |
| <b>4. GRUPO ASEGURABLE</b>                                                                                                                                                    | <b>14</b> |
| <b>5. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE</b> | <b>14</b> |
| 5.1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA                                                                                                         | 14        |
| <b>6. VIGENCIA DEL SEGURO</b>                                                                                                                                                 | <b>14</b> |
| <b>7. PAGO DE LA PRIMA</b>                                                                                                                                                    | <b>14</b> |
| 7.1. CLAUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS                                                                                                                                    | 14        |
| <b>8. AVISO DE SINIESTRO</b>                                                                                                                                                  | <b>14</b> |
| <b>9. REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO</b>                                                                                                                                     | <b>14</b> |
| <b>10. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN</b>                                                                                                                                           | <b>15</b> |
| <b>11. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN</b>                                                                                                                             | <b>15</b> |
| <b>12. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL</b>                                                                                                                                  | <b>15</b> |
| <b>13. RENOVACIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                            | <b>16</b> |
| <b>14. REVOCACIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                            | <b>16</b> |
| <b>15. ERRORES E INEXACTITUDES EN LA EDAD</b>                                                                                                                                 | <b>16</b> |
| <b>16. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO</b>                                                                                                                                   | <b>16</b> |
| <b>17. PROCESO DE RECLAMACIÓN</b>                                                                                                                                             | <b>16</b> |

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIAS DE SALUD - CLIENTES BANCAMIA

### CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIAS DE SALUD

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., quien en adelante se denominará La Compañía, se compromete a pagar al tomador, a los beneficiarios o al asegurado, según sea el caso, con sujeción a las condiciones generales de esta póliza, el valor asegurado contratado a la fecha de ocurrencia del siniestro, por las coberturas expresamente contratadas, con base en la información suministrada por el tomador y por los asegurados individuales en las solicitudes de seguro, las cuales se entienden incorporadas al presente contrato, siempre que el riesgo objeto de cobertura ocurra durante la vigencia del contrato de seguro, el asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad y periodos de carencia establecidos y se haya pagado el valor de la prima correspondiente.

#### 1. ¿QUE CUBRE ESTE SEGURO?



##### 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 POR ACCIDENTE**



Si el asegurado es recluido 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 recluido.

El pago se producirá siempre y cuando el accidente que haya ocasionado la hospitalización se haya 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

Prevía solicitud del Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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.

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 el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 el Asegurado y/o su grupo familiar.

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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres). Este servicio será únicamente con fines de orientación para la Asegurado y grupo familiar, 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 el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres).

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 y/o alguno de su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 del 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), asumirá los costos ocasionados.

En caso de que no se trate de una urgencia médica, o el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), haya recibido atención médica, o bien exceda la cobertura, el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), podrá solicitar el servicio asumiendo el costo íntegro del traslado a un precio preferencial.

El límite de eventos es por grupo familiar.

**Eventos: 4 – Cobertura máxima: \$120.000 por cada uno de los eventos.**

#### 1.4.5. AHORRO SALUD

Cuando el asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres).

**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/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres). 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).

El límite de eventos es por grupo familiar.

**Eventos: 2 Cobertura: \$50.000 por cada uno de los eventos**

#### 1.4.7. CONSULTA CON MÉDICO ESPECIALISTA EN CONSULTORIO O CLÍNICA MÉDICA

En caso de que el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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. 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.

El límite de eventos es por grupo familiar.

**Eventos: 6 Cobertura: \$210.000 Copago: \$20.000 por cada uno de los eventos.**

#### 1.4.8. REFERENCIAS MÉDICAS

Cuando el asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar.

Para solicitar este servicio, el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar.

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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o cada uno de los pertenecientes a su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres).

Los resultados serán enviados por el proveedor directamente al Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), dependiendo el tipo de muestra y examen a realizar serán los tiempos de respuesta.

El límite de eventos es por grupo familiar.

**Eventos: 3 – Cobertura: \$50.000 por cada uno de los eventos.**

#### **1.4.10. MEDICO A DOMICILIO**

Cuando el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), lo requiera a causa de cualquier enfermedad y/o lesión que pueda ser tratada en el domicilio del Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), que no amerita su traslado a un centro hospitalario, el proveedor de La Compañía coordinará el envío de un médico al domicilio del paciente 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres).

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.

El límite de eventos es por grupo familiar.

**La cantidad de eventos de la presente cobertura depende del plan contratado:**

**Plan A: 3 Eventos, Plan B: 6 eventos - Cobertura: \$100.000 para cada uno de los eventos.**

#### **1.4.11. TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO**

En caso de que el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 llegue 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), es decir, no tomo en cuenta las recomendaciones entregadas previamente, el valor del domicilio será a cargo del Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres).

Por lo anterior, La Compañía informará al Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), máximo a las 48 horas siguientes a la toma del examen inicial la nueva programación.

En caso de que el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o cada uno de los pertenecientes a su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres).

Si el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar al momento de la toma.

Los resultados serán enviados por el proveedor directamente al Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), dependiendo el tipo de muestra y examen a realizar serán los tiempos de respuesta.

El límite de eventos es por grupo familiar.

**Eventos: 3 – Cobertura: \$70.000 por cada uno de los eventos.**

#### **1.4.12. ORIENTACIÓN ODONTOLÓGICA TELEFÓNICA**

Cuando el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar.

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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar.

#### **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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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.

El límite de eventos es por grupo familiar.

**Eventos: 3 – Cobertura: \$100.000 Copago: \$20.000 por cada uno de los eventos.**

##### **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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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 y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), deberá notificar el suceso al proveedor en un plazo no superior a 24 horas.

El Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), deberá enviar las facturas del procedimiento realizado. Este servicio aplica como reembolso, por lo que el Asegurado y/o su grupo familiar (**Casados:** cónyuge e hijos menores de 21 años / **Soltero:** más padres), 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.

El límite de eventos es por grupo familiar.

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

## 2. EXCLUSIONES

### 2.1. EXCLUSIONES PARA FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

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 radiactividad.
- 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 y/o su grupo familiar.
- 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:** Para el caso de la presente póliza se trata de BANCO DE LAS MICROFINANZAS BANCAMIA, a quien corresponden los derechos y obligaciones que

del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y Beneficiario.

#### 4. GRUPO ASEGURABLE

Para efectos del presente contrato serán las personas que adquieran el seguro, que sean reportados por el Tomador y que hayan pagado el valor de la prima correspondiente.

#### 5. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Para todos los amparos, la edad de Ingreso para el asegurado principal es de mínimo 18 años y máximo 65 años y 364 días y la edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días

##### 5.1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

La edad de Ingreso para el asegurado principal y/o su grupo familiar es de mínimo 18 años y máximo 65 años y 364 días y la edad de permanencia es hasta los 70 años y 364 días

Para el grupo familiar CASADOS la edad de ingreso para hijos es de 0 años hasta los 20 años y 364 días, con edad de permanencia de 21 años y 364 días.

#### 6. VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de la póliza individual podrá ser:

- 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.
- Un año o dieciocho (18) meses a elección del cliente, contados a partir de la contratación de la póliza en caso de que el asegurado no tenga obligaciones con la Entidad.

#### 7. 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.

##### 7.1. CLAUSULA DE PAGO ANTICIPADO DE PRIMAS

La Compañía se obliga a mantener todos los asegurados o certificados vigentes a la fecha en que se presente la cancelación o revocación de la póliza por parte del tomador, hasta la fecha de terminación de vigencia de cada uno de los certificados individuales, teniendo en cuenta que la prima total de la vigencia de los certificados ha sido trasladada al 100% a la aseguradora.

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 =  $[(\text{fecha fin de vigencia de la póliza individual} - \text{fecha de cancelación}) / (\text{fecha fin de vigencia de la póliza individual} - \text{fecha inicio de vigencia de la póliza individual})] * \text{prima emitida}$ .

#### 8. 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.

#### 9. 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 por Accidente 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 o directamente a los canales autorizados por La Compañía.

## **10. 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 corrientes siguientes, a la fecha en que se formalice la reclamación y se radique el último documento.

## **11. 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.

## **12. 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 por 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.

### 13. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Vigencia de la póliza individual: La renovación de la póliza se realizará por periodos iguales al inicialmente contratado, sin requisitos adicionales de asegurabilidad, hasta que el asegurado manifieste su intención de no renovar o revocar la póliza o hasta que el asegurado alcance la edad máxima de permanencia definida en las condiciones particulares de la póliza.

Para estos efectos, con al menos 45 días de anterioridad a la fecha de renovación, La Compañía se pondrá en contacto con el asegurado para confirmar su interés en renovar la póliza. En todo caso, el Asegurado y/o Tomador mantendrá la posibilidad de terminar en cualquier momento el seguro con la consecuente devolución de la prima no devengada.

### 14. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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.

### 15. 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 La Compañía, 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.

### 16. DATOS DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO

**Dr. Manuel Guillermo Rueda**

**Correo:** defensoriamapfre@gmail.com

**Celular:** 312 3426229

**Dirección de oficina:** Carrera 13 # 28-38 Oficina 221 Bogotá.

**Horario de atención:** Lunes a Viernes de 8:00am a 5:00pm jornada continua.

### 17. PROCESO DE RECLAMACIÓN

En caso de siniestro usted puede comunicarse con la línea de atención MAPFRESI 24 Bogotá 3077024, Nacional 018000 519 991 o al correo electrónico [zzlaperturasvida@mapfre.com.co](mailto:zzlaperturasvida@mapfre.com.co).

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



**NACIONAL:** 018000 519 991  
**BOGOTÁ:** (601) 307 7024 Cx: 624

Opción 8: Solicitar información de Siniestros o reclamación en curso.

Opción 9: Aviso de siniestro

Defensor del Consumidor Financiero

[defensoriamapfre@gmail.com](mailto:defensoriamapfre@gmail.com)



**MAPFRE**

MAPFRE SEGUROS GENERALES  
DE COLOMBIA S.A.

FIRMA AUTORIZADA  
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE  
COLOMBIA S.A.

**LÍNEA DE ATENCIÓN ASISTENCIAS**

**En Bogotá:** 601 745 4896, opción 8.

Asistencia en Salud, marque 7.