

SEGURO DE SALUD PREFERENCIAL

INICIACION  
Referencia de pago

INFORMACION GENERAL								
RAMO/PROD	NUMERO DE POLIZA	CERTIFICADO	OPERACIÓN	FACTURA	ANUALIDAD	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OFICINA/MAPFRE	CIUDAD
962/96203								
TOMADOR							C.C. / N.I.T.	9004249087
DIRECCION				CIUDAD	XXXXXXXXXX	TELEFONO		
MODALIDAD				TIPO DE NEGOCIO	1 - SALUD INDIVIDUAL	HOJA		
							XXXXXX	

INFORMACION DE LA PÓLIZA													
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA DE LA PÓLIZA					VIGENCIA DEL CERTIFICADO					
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DE DIA	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS	
XX	XX	2017	24:00	1	01	2017	365	24:00	1	01	2017	365	
DEDUCIBLE			TERMINACION					TERMINACION					
			24:00 1 01 2018					24:00 1 01 2018					

DETALLE DE COBERTURAS BASICAS					
COBERTURA	EN RED	FUERA DE RED	COBERTURA	EN RED	FUERA DE RED
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>			<b>MEDICAMENTOS</b>		
Gastos Hospitalarios	100%	N/A	Medicamentos Post Urgencia	N/A	N/A
Habitacion	100%	N/A	Medicamentos Colaterales al cancer	N/A	\$17.000.000 persona año
Unidad de Cuidados Intensivos	100%	N/A	Medicamentos Post Hospitalarios	N/A	N/A
Cama de Acompañante	100%	N/A	<b>ORTESIS</b>		
Enfermera especial	100%	N/A	Ortesis	4SMMLV	N/A
Protesis	100%	N/A	<b>MATERNIDAD</b>		
Tratamiento Psiquiatrico	50 dias persona año	N/A	Maternidad	100%	N/A
<b>HONORARIOS MEDICOS</b>			Curso Psicoprofilactico	100%	N/A
Honorarios medicos	100%	N/A	Transporte Urbano	N/A	N/A
Honorarios Quirurgicos	100%	N/A	Enfermera en Casa Post Parto	N/A	N/A
Honorarios de anesthesiologo	100%	N/A	de acuerdo a la cobertura afectada /30 dias		
Honorarios de ayudantia	100%	N/A	Recien Nacido		N/A
Honorarios por tratamiento medico	100%	N/A	<b>TRASPLANTES</b>		
Honorarios por Visitas Médicas Intrahospitalarias	100%	N/A	trasplantes	100%	N/A
Honorarios por Visitas Médicas Tratamiento simultáneo	100%	N/A	Gastos del donante efectivo	100%	N/A
Honorarios Médico Intensivista	100%	N/A	<b>OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS</b>		
<b>GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS</b>			Enfermedades Congenitas y geneticas	\$50.000.000 vitalicios	N/A
Gastos Pre y Post Hospitalarios	De acuerdo a la cobertura afectada	N/A	Cirugia Bariatrica	80%	N/A
<b>URGENCIAS</b>			Asistencia medica En casa	100%	N/A
urgencias	100%	N/A	Asistencia Odontológica	100%	N/A
<b>COBERTURAS AMBULATORIAS</b>			Urgencia Odontologica	100%	N/A
<b>CONSULTAS</b>			Ambulancia	100%	N/A
Consulta Prioritaria	100%	N/A	Gastos Funerarios	10SMMLV	10SMMLV
Consulta Medica	100%	N/A	Asistencia en viaje	USD 25.000	N/A
Consulta Psiquiatrica	100%	N/A	Exoneracion de pago de prima	Hasta la siguiente Vigencia	
Consulta Domiciliaria	100%	N/A	Segunda Opinion medica	N/A	N/A
<b>EXAMENES</b>					
Exámenes de Laboratorio y RX- Simples y especializados	100%	N/A			
Exámenes de diagnostico especializado	100%	N/A			
<b>TERAPIAS</b>					
Terapias Ambulatorias	100%	N/A			
Terapias Psicoterapias	\$400.000 persona año	N/A			

FORMA DE PAGO			
Total Prima Neta	Gastos	Total	Valor IVA
XXXXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS			
ASESOR	TIPO	CLAVE	TELEFONO
AGENTE INDEPENDIENTE		XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

**OTRAS CONDICIONES APLICABLES**

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia informacion sobre nuestros productos y servicios puede consultar la pagina web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)

\* El medio de pago que Usted eligió para el recaudo de esta póliza fue pago en caja y/o Bancos. Puede consultar el estado de su cuenta en nuestro Centro de Conservacion de Cartera  
Tel: 3077024 en Bogotá o línea gratuita nacional 018000519991(opción 4)o ([www.mapfre.com.co/cartera](http://www.mapfre.com.co/cartera)) o envienos su inquietud o sugerencia al Email: [ccc@mapfre.com.co](mailto:ccc@mapfre.com.co)