

SEGURO DE SALUD VITAL

INICIACION
Referencia de pago

INFORMACION GENERAL								
RAMO/PROD	NUMERO DE POLIZA	CERTIFICADO	OPERACION	FACTURA	ANUALIDAD	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OFICINA/MAPFRE	CIUDAD
962/96204								
TOMADOR							C.C. / N.I.T.	9004249087
DIRECCION					CIUDAD	XXXXXXXXXX	TELEFONO	
MODALIDAD					TIPO DE NEGOCIO	1 - SALUD INDIVIDUAL	HOJA	
SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL VITAL					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							

DETALLE DE COBERTURAS BASICAS							
COBERTURA		EN RED	FUERA DE RED	COBERTURA		EN RED	FUERA DE RED
GASTOS HOSPITALARIOS				MEDICAMENTOS			
Gastos Hospitalarios		100%	N/A	Medicamentos Post Urgencia		N/A	N/A
Habitacion		100%	N/A	Medicamentos Colaterales al cancer		N/A	\$15.000.000 persona año
Unidad de Cuidados Intensivos		100%	N/A	Medicamentos Post Hospitalarios		N/A	N/A
Cama de Acompañante		5 dias	N/A	ORTESIS			
Enfermera especial		5 dias	N/A	Ortesis		3SMMLV	
Protesis		\$40.000.000 persona año	N/A	MATERNIDAD			
Tratamiento Psiquiatrico		30 dias persona año	N/A	Maternidad		100%	N/A
HONORARIOS MEDICOS			N/A	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	N/A
Honorarios de ayudantia		100%	N/A	TRASPLANTES			
Honorarios por tratamiento medico		100%	N/A	trasplantes		100%	N/A
Honorarios por Visitas Médicas Intrahospitalarias		100%	N/A	Gastos del donante efectivo		\$15.000.000 unica vez	N/A
Honorarios por Visitas Médicas Tratamiento simultáneo		100%	N/A	OTRAS COBERTURAS INCLUIDAS			
Honorarios Médico Intensivista		100%	N/A	Enfermedades Congenitas y geneticas		N/A	N/A
GASTOS PRE Y POST HOSPITALARIOS			N/A	Cirurgia Bariatrica		N/A	N/A
Gastos Pre y Post Hospitalarios		\$550.000 por evento	N/A	Asistencia medica En casa		100%	N/A
URGENCIAS			N/A	Asistencia Odontológica		100%	N/A
urgencias		100%	N/A	Urgencia Odontologica		100%	N/A
COBERTURAS AMBULATORIAS OPCIONALES			N/A	Ambulancia		100%	N/A
CONSULTAS			N/A	Gastos Funerarios		8SMMLV	8SMMLV
Consulta Prioritaria		100%	N/A	Asistencia en viaje		N/A	N/A
Consulta Medica		100%	N/A	Exoneracion de pago de prima		Hasta la siguiente Vigencia	
Consulta Psiquiatrica		100%	N/A	Segunda Opinion medica		N/A	N/A
Consulta Domiciliaria		100%	N/A				
EXAMENES			N/A				
Exámenes de Laboratorio y RX- Simples y especializados		100%	N/A				
Exámenes de diagnostico especializado		100%	N/A				
TERAPIAS			N/A				
Terapias Ambulatorias		100%	N/A				
Terapias Psicoterapias		\$300.000 persona año	N/A				

FORMA DE PAGO			
Total Prima Neta DOLARES EEUU	Gastos Expedición DOLARES EEUU	Total en DOLARES EEUU	Valor en Pesos Colombianos IVA
XXXXXXXX	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

* 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) o envienos su inquietud o sugerencia al Email: ccc@mapfre.com.co

REGIMEN COMUN.SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES,RESOLUCION 10520 DE DICIEMBRE 18/03.AGENTE RETENEDOR DE IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96



MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A

TOMADOR