
BMI COLOMBIA

PÓLIZA DE SEGURO DE COMPLICACIONES POR CIRUGÍAS

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada “LA ASEGURADORA”, emite la presente póliza denominada **COMPLICACIONES POR CIRUGÍAS** La póliza comprende la solicitud de seguro, el examen médico, el certificado de seguro, el presente documento y cualquier aditamento o enmienda que se emita al respecto.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

LA ASEGURADORA CONVIENE AMPARAR LOS GASTOS MÉDICOS INTRAHOSPITALARIOS, POST-HOSPITALARIOS Y FARMACÉUTICOS DEL ASEGURADO POR COMPLICACIONES MÉDICAS DERIVADAS DE ALGUNA DE LAS CIRUGÍAS CUBIERTAS, PRACTICADAS POR CIRUJANOS HABILITADOS, HASTA POR LAS SUMAS ESTIPULADAS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

PARTE I AMPARO BASICO

AMPARO DE GASTOS MÉDICOS.

SI SE PRODUCE UNA COMPLICACIÓN DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA Y HORA DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRACTICADA AL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LOS GASTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS Y FARMACÉUTICOS INCURRIDOS EN LAS CLÍNICAS AUTORIZADAS POR LA COMPAÑÍA, PARA LA ATENCIÓN DE DICHAS COMPLICACIONES MÉDICAS Y SOLAMENTE POR UN PERIODO MÁXIMO DE 365 DÍAS DESDE EL MOMENTO DE LA COMPLICACIÓN O HASTA POR EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA (LO PRIMERO QUE OCURRA), SIEMPRE Y CUANDO LA CIRUGÍA QUE HA PRESENTADO COMPLICACIONES HAYA SIDO REALIZADA POR MÉDICOS CIRUJANOS HABILITADOS POR LA LEY Y AVALADOS POR LAS SOCIEDADES RESPECTIVAS, Y QUE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS APROBADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES O POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS CIENTÍFICAS RESPECTIVAS. SOLO ESTARÁN AMPARADOS

LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MÉDICOS Y CLÍNICAS PREVIAMENTE APROBADOS POR LA ASEGURADORA, Y QUE ESTÉN INSCRITOS, DEBIDAMENTE HABILITADOS EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA Y REGISTRADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO. ENTIÉNDASE POR DEBIDAMENTE HABILITADOS TODOS LOS CASOS EN LOS QUE MÉDICOS Y CLÍNICAS NO ESTÉN BLOQUEADOS, POR CUALQUIER CAUSA, SEA TEMPORAL O DEFINITIVA, EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA.

DE IGUAL MANERA, SOLO ESTARÁN AMPARADOS LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS O LUGARES PREVIAMENTE APROBADOS POR LA ASEGURADORA, QUE ESTÉN INSCRITOS Y DEBIDAMENTE HABILITADOS EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA Y REGISTRADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO.

LAS COMPLICACIONES OCURRIDAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR TRATARSE DE HECHOS CIERTOS, NO SE CONSIDERAN ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1.054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

TAMPOCO ESTÁN CUBIERTOS LOS GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE COMPLICACIONES QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD A LOS SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE PRACTICÓ LA CIRUGÍA.

EL ASEGURADO, AL MOMENTO DE REQUERIR CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS A QUE HACE REFERENCIA ESTA PÓLIZA, PODRÁ ELEGIR LIBRE Y ESPONTÁNEAMENTE SI UTILIZA EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD O ESTE SEGURO.

LOS REEMBOLSOS A LOS ASEGURADOS POR LOS GASTOS DE SERVICIOS PRESTADOS POR FUERA DE LA RED DE CLÍNICAS AUTORIZADAS POR LA COMPAÑÍA, SE EFECTUARÁN APLICANDO LA TARIFA SOAT VIGENTE PARA LA FECHA DE LA COMPLICACIÓN. PARA EL REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS SE TENDRÁ EN CUENTA LAS TARIFAS FIJADAS POR PARTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE

MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. EN CASO EN QUE LOS SERVICIOS PRESTADOS NO ESTEN RELACIONADOS EN LOS LISTADOS ANTERIORES, SE LIQUIDARÁ A TARIFAS BMI. LOS REEMBOLSOS A LAS ENTIDADES PRESTADORAS DEL SERVICIO, QUE ATIENDAN LAS COMPLICACIONES DE CIRUGÍAS QUE SE PRESENTEN COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍAS PRACTICADAS EN SUS INSTALACIONES Y NO HAGAN PARTE DE LA RED DE LA COMPAÑÍA, SE PAGARÁN EN LOS TÉRMINOS PREVIAMENTE ACORDADOS, Y DE NO ESTARLO SE PAGARÁN A TARIFAS SOAT VIGENTE PARA LA FECHA DE LA COMPLICACIÓN. PARA EL REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS SE TENDRÁ EN CUENTA LAS TARIFAS FIJADAS POR PARTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. EN CASO EN QUE LOS SERVICIOS PRESTADOS NO ESTEN RELACIONADOS EN LOS LISTADOS ANTERIORES, SE LIQUIDARÁ A TARIFAS BMI.

PARTE II - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. CUALQUIER RECLAMO O CUALQUIER GASTO INCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
2. SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO.
3. LAS COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA QUE SE DERIVEN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES.
4. EL USO DE MEDICAMENTOS SIN ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
5. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MÉDICOS Y CLÍNICAS QUE NO FUERON PREVIAMENTE APROBADOS EN LA ASEGURADORA Y/O QUE NO ESTUVIEREN INSCRITOS Y/O QUE ESTUVIEREN BLOQUEADOS EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA Y NO REGISTRADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO.

EN CASO DE QUE DOS O MÁS MÉDICOS INTERVENGAN EN UNA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, TODOS DEBEN ESTAR IGUALMENTE APROBADOS, HABILITADOS E INSCRITOS PREVIAMENTE POR LA ASEGURADORA. EL MÉDICO QUE REALICE EL PROCEDIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD Y/O TIEMPO QUIRÚRGICO DEBERÁ FIGURAR EN LA PÓLIZA DE SEGURO Y TODOS LOS MÉDICOS INTERVENTORES DEBERÁN RELACIONARSE EN HISTORIA CLÍNICA DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA.

6. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS O LUGARES QUE NO FUERON PREVIAMENTE APROBADOS POR LA ASEGURADORA Y/O QUE NO ESTUVIEREN INSCRITOS, Y/O QUE ESTUVIEREN BLOQUEADOS EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA POR CUALQUIER CAUSA, SEA TEMPORAL O DEFINITIVA Y/O NO REGISTRADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO.
7. TRATAMIENTOS, DIAGNÓSTICOS O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS.
8. CUALQUIER TIPO DE GARANTÍA, REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ADICIONALES EN EL ÁREA AFECTADA PARA MEJORAR LA APARIENCIA O GASTOS MÉDICOS COMO CONSECUENCIA DE

INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O EL RESULTADO COSMETOLÓGICO DEL MISMO.

9. PERJUICIOS MORALES O PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE LA COMPLICACIÓN.
10. CUALQUIER TIPO DE GASTO MÉDICO QUE NO TENGA RELACIÓN CON LA COMPLICACIÓN.
11. LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LA RECUPERACIÓN NORMAL Y REVISIÓN POSTOPERATORIA DEL MÉDICO TRATANTE COMO DRENAJES MENORES, CURACIONES MENORES, APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, RETIRO DE PUNTOS, TERAPIAS, CORRECCIÓN U OTROS CONSIDERADOS COMO CORTESIA MÉDICA ATENDIDAS EN CONSULTORIO.
12. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS.
13. COMPLICACIONES O ENFERMEDADES QUE NO SEAN DERIVADAS O CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO.
14. COMPLICACIONES DE PACIENTES CON RIESGO ANESTÉSICO ASA III, IV O V, EXCEPTO PARA CIRUGÍAS BARIÁTRICAS, MICROCIRUGÍA Y ORTOPEDIA, REFRACTIVAS, DENTALES Y DE GINECOLOGÍA PARA LAS QUE SE ACEPTARÁ UNA CALIFICACIÓN MÁXIMA DE ASA III (*)

(*) *Sistema de clasificación de American Society of Anesthesiologists (ASA)*

HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO AL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS POR LA LEY EN CUANTO A AUTORIZACIÓN LEGAL PARA OPERAR, DE HIGIENE, O DEL PERSONAL IDÓNEO Y EQUIPOS O, QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO

PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LA MATERIA.

15. PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS QUE NO SEAN AVALADOS POR LAS SOCIEDADES PROFESIONALES CORRESPONDIENTES Y/O DEBIDAMENTE HABILITADOS POR LA LEY. LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS, DEBEN A ENCONTRARSE DENTRO DE LOS APROBADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES O POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS CIENTÍFICAS RESPECTIVAS Y EN CONCORDANCIA CON LA ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL QUE EFECTUE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
16. NO SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS QUE SE EFECTÚEN A PERSONAS QUE PROVENGAN DEL EXTERIOR SIN TENER POR LO MENOS VEINTICUATRO (24) HORAS DE ADAPTACIÓN EN LA CIUDAD DONDE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
17. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O PSIQUIÁTRICO POR EL USO O ABUSO DURANTE EL POSTOPERATORIO DE DROGAS NO RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN O ALCOHOL, POR LESIONES AUTO CAUSADAS O INFLINGIDAS, POR ESTADOS DE DEMENCIA, POR LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, O DROGAS ALUCINÓGENAS.
18. COMPLICACIONES DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE MEDICAMENTOS NO FORMULADOS POR EL CIRUJANO, A MENOS QUE SE TOMEN SIGUIENDO UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA LÍCITA EN PERTINENCIA A LA COMPLICACIÓN.
19. COMPLICACIONES DERIVADAS POR FALTA DEL CUIDADO DEBIDO DEL PACIENTE O COMO CONSECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES NO RECOMENDADAS POR EL MÉDICO TRATANTE POSTERIOR A LA CIRUGÍA.
20. COMPLICACIONES POR LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR UN TERCERO, CON O SIN EL

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

21. LAS COMPLICACIONES QUE SE GENEREN POR CAUSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.
22. LOS GASTOS OCASIONADOS POR EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO CUANDO NO EXISTA UNA COMPLICACIÓN.
23. EXÁMENES DE CARÁCTER PREVENTIVO, DE CHEQUEO GENERAL, EJECUTIVOS, PREQUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA, DE RUTINA, DE TAMIZAJE O EXÁMENES DIRIGIDOS A VERIFICAR LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
24. INMUNIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS, VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, BIOLÓGICOS, ANTICUERPOS, INTERFERONES, ANTICUERPOS MONOCLONALES O LOS MEDICAMENTOS NO ALOPÁTICOS.
25. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS SIMULTÁNEOS EN UN MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO NO AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA O NO REGISTRADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

SOLO SE ADMITIRÁN COMO HALLAZGOS INCIDENTALES HERNIAS DE TIPO REDUCIBLE UMBILICALES O INCISIONALES NO EVIDENTES ANTES DE LA CIRUGIA. SIN EMBARGO NO SE CUBRIRÁN COMPLICACIONES DERIVADAS DE ESTOS PROCEDIMIENTOS NO REPORTADOS.
26. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS COMBINADOS QUE DUREN MÁS DE OCHO (8) HORAS EN QUIRÓFANO CONTADOS A PARTIR DE LA INICIACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO.
27. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LIPOSUCCIONES CON UNA EXTRACCIÓN DE LITRAJE MAYOR AL 10% DEL PESO CORPORAL EN UN SOLO PROCEDIMIENTO Y EN PROCEDIMIENTOS COMBINADOS, MAYOR AL 8% DEL PESO CORPORAL (ENTENDIENDO QUE DEL TOTAL DEL LITRAJE EXTRAÍDO SE DESCUENTA EL VOLUMEN DE SOLUCIÓN SALINA O LÍQUIDOS INYECTADOS SEGÚN LA TÉCNICA IMPLEMENTADA DE LIPOSUCCIÓN).
28. TODO CUIDADO AMBULATORIO DIFERENTE AL DEL SEGUIMIENTO MÉDICO DERIVADO DE UNA COMPLICACIÓN CUBIERTA.
29. INTERVENCIONES O CIRUGÍAS SIMULTANEAS AMPARADAS QUE SUPEREN 8 HORAS EN QUIROFANO Y/O INTERVENCIONES O CIRUGIAS QUE SUPEREN TRES (3) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD.
30. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA REUTILIZACIÓN DE PRÓTESIS.
31. LOS GASTOS O SERVICIOS HOSPITALARIOS TALES COMO CAMA DE ACOMPAÑANTE, O AQUELLOS ARTÍCULOS DE USO PERSONAL O QUE NO SEAN DE ÍNDOLE MÉDICA.
32. PROCEDIMIENTOS DE RETIRO DE SUSTANCIAS DEFORMANTES DE RELLENO EN LAS QUE ESTAS YA SE HAN DESPLAZADO A OTRAS ZONAS ANATÓMICAS DIFERENTES AL DEL LUGAR ORIGINAL APLICADO, O CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE SÍNTOMAS GENERALES POR SU APLICACIÓN.
33. CUALQUIER COMPLICACION DERIVADA POR EL USO DE ARTÍCULOS O APARATOS MÉDICOS U ORTOPÉDICOS; ADAPTACIONES O SOLUCIONES MEDICAS U ORTOPÉDICAS, TODO TIPO DE HABILITACIONES MÉDICAS U ORTOPÉDICAS; AMBULANCIA AÉREA, REPATRIACIONES; GASTOS NO MÉDICOS, ALIMENTACIÓN NO PARENTERAL, PARENTERAL EN CASA, ALIMENTOS, SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS NUTRICIONALES O VITAMÍNICOS, CREMAS HUMECTANTES,

- EMOLIENTES, HIDRATANTES O SIMILARES, SUSTANCIAS BLANQUEADORAS, BLOQUEADORES SOLARES, COSMÉTICOS, PRODUCTOS DE LIMPIEZA, JABONES O CHAMPÚS MEDICADOS.
34. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS A PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON LA EXCEPCION DE PROCEDIMIENTOS REFRACTIVOS Y DENTALES CON ANESTESIA LOCAL.
35. REUTILIZACIÓN Y/O REPARACIÓN DE PRÓTESIS O IMPLANTES EN CUALQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRE ALGÚN MANEJO CON ESTOS ELEMENTOS.
36. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS A UN MISMO PACIENTE EN UN PERIODO MENOR A 30 DIAS CALENDARIO ENTRE CIRUGIAS SIN PREVIA AUTORIZACION DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
37. COMPLICACIONES REPORTADAS QUE NO PRESENTEN FIDELIDAD NI CONGRUENCIA EN LA INFORMACIÓN CONSIGNADA ENTRE HISTORIAS CLINICAS, ORDENES MÉDICAS, NOTAS DE ENFERMERIA, EXÁMENES DE LABORATORIO, CONSENTIMIENTO INFORMADO O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO MÉDICO REQUERIDO PARA VALIDAR LA COBERTURA Y PERTINENCIA DE LA COMPLICACIÓN.
38. NO SE BRINDARÁ COBERTURA A COMPLICACIONES CAUSADAS CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA POR EXIGENCIAS O CONVICCIONES DE TIPO RELIGIOSO, SOCIAL O CULTURAL QUE SE INTERPONGAN EN EL MANEJO NORMAL DE LA COMPLICACIÓN.
39. LA PRESENCIA DE VIRUS DE VIH Y/O SIDA.
40. DESORDENES MENTALES O PSIQUICOS
- QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS COMO PATOLÓGICOS Y QUE HAYAN SIDO O ESTÉN MEDICADOS O TRATADOS CRÓNICAMENTE Y CUALQUIER OTRO TRASTORNO PSICOLÓGICO SEVERO TALES PERO NO LIMITADOS A BIPOLARIDAD, ESQUIZOFRENIA, DESORDEN OBSESIVO COMPULSIVO, BULIMIA, ANOREXIA, DEPRESIÓN SEVERA, ENTRE OTROS.
41. CUALQUIER TIPO DE PATOLOGIAS O COMPLICACIONES QUE SEAN PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS.
- LAS SIGUIENTES PATOLOGIAS SE ACEPTARÁN SIEMPRE Y CUANDO SE CIRCUNSCRIBA A LOS SIGUIENTES ASPECTOS:
- A. PACIENTES CON CANCER SERÁN ACEPTADOS PARA CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS EN MAMAS Y PIEL. PARA EL RESTO DE PROCEDIMIENTOS AMPARADOS EN LA PÓLIZA, EL PACIENTE DEBERÁ DEMOSTRAR QUE NO HA TENIDO SINTOMATOLOGIA Y/O PRESCRIPCIÓN O TRATAMIENTO EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS. EN ESTOS CASOS, LA COBERTURA NO OPERA AUTOMÁTICAMENTE YA QUE DEBERÁ SER PREVIAMENTE APROBADA POR LA ASEGURADORA.
- B. HIPERTENSIÓN ARTERIAL HASTA LOS SIGUIENTES RANGOS: 130-139 SISTÓLICA Y 80-89 DIASTÓLICA SEGÚN ESTÁNDARES DE LA OMS.
- C. PACIENTES CON DIABETES CUYA HEMOGLOBINA GLICOSILADA SEA MENOR A 6 Y QUE LA GLICEMA EN AYUNAS NO SEA SUPERIOR A 120 MILIGRAMOS SOBRE DECILITRO CUYOS PARACLINICOS NO DEBEN SER MAYORES A 60 DIAS.

TRES (3) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

EXCLUSIONES PARTICULARES PARA CIRUGIA BARIÁTRICA:

1. NO SE ADMITIRÁ MAS DE UN (1) PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y ESTE NO PODRÁ SER COMBINADO CON NINGÚN OTRO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
2. NO SE ACEPTARÁN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGÍAS BARIÁTRICAS QUE SUPEREN LOS SIGUIENTES PARÁMETROS:

- (IMC) DE 50 KG/M2.
- ASA III.

EXCLUSIONES PARTICULARES PARA RETIRO DE BIOPOLIMEROS:

NO SE ACEPTARÁ EL RETIRO DE BIOPOLIMEROS CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- BIOPOLIMEROS GRADO 5 CON BASE EN LA CLASIFICACION DESCRITA EN LA CONDICIÓN ESPECIAL DE BIOPOLÍMEROS.
- BIOPOLÍMEROS INTRAMUSCULARES E INFRAMUSCULARES.
- RETIRO DE BIOPOLIMEROS COMBINADO CON OTRO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO APROBADO PREVIAMENTE POR LA COMPAÑÍA.

PARTE III – PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS

1. NÚMERO DE INTERVENCIONES SIMULTÁNEAS AMPARADAS.

PROCEDIMIENTOS INDIVIDUALES O COMBINADOS QUE NO SUPEREN (8) HORAS DE QUIROFANO DE LOS CUALES SOLO SE ADMITIRÁN HASTA

2. **PROCEDIMIENTOS CLASIFICADOS POR COMPLEJIDAD.**

SE ENTIENDEN COMO PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD TODOS LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN Y AQUELLOS DESCRITOS COMO CIRUGIAS BARIÁTRICAS Y EN LA CONDICIÓN DE RETIRO DE BIOPOLÍMEROS.

- 2.1 **ALTA:**

- ABDOMINOPLASTIA.
- CAMBIO DE PRÓTESIS EN GLÚTEOS,
- FALSA COSTILLA.
- GLÚTEOPLASTIA.
- IMPLANTE DE ABDOMEN.
- IMPLANTE DE PANTORRILLA.
- IMPLANTE DE PECTORALES.
- LEVANTAMIENTO GLÚTEOS CON HILO.
- LIPECTOMÍA.
- LIPOESULTURA (MAYOR AL 3% DEL PESO CORPORAL Y HASTA DEL PESO CORPORAL Y HASTA EL 10% INDIVIDUAL Y 8% COMBINADA).
- LIPOESULTURA (MAYOR AL 3% PESO CORPORAL Y HASTA EL 10% INDIVIDUAL Y 8% COMBINADA INCLUYE LIPOINYECCIÓN GLÚTEA).
- LIPOINYECCION EN MAMAS.
- LIPOINYECCION GLUTEA.
- LIPOMARCAION DE ABDOMEN.
- LIPOSUCCION (HASTA EL 10% DEL PESO CORPORAL EN UN SOLO PROCEDIMIENTO Y EN PROCEDIMIENTO COMBINADO HASTA EL 8% DEL PESO CORPORAL).
- LIPOTRANSFERENCIA (DIFERENTES A GLUTEOS, MAMAS Y ROSTRO).
- RECONSTRUCCION GLUTEA.
- RITIDECTOMIA / RITIDOPLASTIA.
- TORSOPLASTIA.

LA LIPOINYECCIÓN GLÚTEA NO SE CONSIDERA COMO PARTE DE LA LIPOESULTURA O DE NINGÚN OTRO PROCEDIMIENTO DE LIPOSUCCIÓN O

LIPOINYECCIÓN CON EL CUAL PUDIESE SER COMBINADO Y TENDRÁ QUE SER REPORTADO COMO UN PROCEDIMIENTO ADICIONAL EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

2.2 MEDIA:

- CIRUGIA ORTOGNATICA.
- CIRUGIA DE VENAS PERIFERICAS.
- DERMOLIPECTOMIA DE MUSLOS (CRUROPLASTIA).
- EXTRACCIÓN DE BIOPOLÍMEROS EN ROSTRO.
- IMPLANTE EN CARA.
- IMPLANTE EN MUSLOS.
- LASERLIPOLISIS.
- LIFTING FACIAL O NOVA FACIAL.
- LIPOESCULTURA HASTA EL 3% DEL PESO CORPORAL.
- LIPOMARCACIÓN DE BRAZOS Y/O MUSLOS.
- RETIRO DE PRÓTESIS EN GLÚTEOS.
- RETOQUE DE LIPO (HASTA 1500 CC).
- CICATRIZ ASOCIADA A LIPECTOMIA.

2.3 BAJA:

- BRAQUIOPLASTIA.
- CERVICOPLASTIA.
- DERMOABRACION O PEELING FACIAL.
- FALOPLASTIA.
- FRONTOPLASTIA NO ENDOSCOPICA.
- HERNIA (INGUINAL, UMBILICAL FEMORAL, INCISIONAL).
- HILOS TENSORES (ROSTRO, CUELLO, ESCOTE, MANOS, BRAZOS, ABDOMEN O MUSLOS).
- IMPLANTE MALAR.
- INYECCION DE GRASA EN CARA.
- LIPOFLANCOS (HASTA 1500 CC).
- LIPOSUCCIONES MENORES HASTA EL 3% DEL PESO CORPORAL.
- RECONSTRUCTIVA DE MAMAS.
- RECONSTRUCTIVA EN MENORES.
- DE LIPOMAS (BOLAS GRASA EN PIEL).
- REVISION CICATRIZ (NO ASOCIADA A LIPECTOMIA, DE ROSTRO, NI EXTRACCIÓN DE SUSTANCIAS DE RELLENO).
- VAGINOPLASTIA.

2.4 CONDICIONES ESPECIALES DE MAMAS:

- CAPSULECTOMIA ABIERTA EN MAMAS.
- CIRUGIAS DE MAMAS (MAMOPEXIA, MAMOPLASTIAS, CAMBIOS O RETIROS DE IMPLANTES).
- GINECOMASTIA.
- RECONSTRUCTIVA DE MAMAS.

COBERTURA EXTENDIDA PARA CONTRACTURA CAPSULAR CON **COBRO ADICIONAL DE PRIMA**: LA OCURRENCIA SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER MOMENTO A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDICADO EN LA CARÁTULA DEL ANEXO DE COBERTURA EXTENDIDA Y HASTA TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS (365) DESPUÉS, PARA ESTE EVENTO LA COMPAÑÍA CONVIENE EN INDEMNIZAR LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CAPSULECTOMÍA ABIERTA, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

2.5 PROCEDIMIENTOS MENORES:

- APLICACIÓN ACIDO HIALURONICO O SUSTANCIAS DE RELLENO (NO BIOPOLIMEROS)
- BICHECTOMIA
- BLEFAROPLASTIA
- BOTOX
- DE CEJAS
- FRONTOPLASTIA (ENDOSCOPICA)
- HIDROLIPOCLASIA
- IMPLANTE CAPILAR
- LIPOPAPADA
- MENTOPLASTIA
- OTOPLASTIA
- PLASMA RICO EN PLAQUETAS
- QUEILOPLASTIA
- RESECCIÓN DE GLÁNDULAS, SUPERNUMERARIAS
- RESECCIÓN DE LUNARES
- REVISIÓN DE CICATRIZ EN ROSTRO
- RINOPLASTIA / SEPTORINOPLASTIA
- RINOPLASTIA / SEPTORINOPLASTIA CON INJERTO

2.6 CONDICION ESPECIAL DE CIRUGIA BARIÁTRICA:

PARA CIRUGÍAS BARIÁTRICAS SOLO SE ADMITIRÁ UN ÚNICO PROCEDIMIENTO Y NO SE PODRÁN REALIZAR PROCEDIMIENTOS ADICIONALES DE NINGÚN TIPO SIN PREVIA AUTORIZACION DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS:

- BALÓN GÁSTRICO,
- BANDA FIJA O AJUSTABLE,
- BYPASS GÁSTRICO,
- PLICATURA GÁSTRICA O HILOS GÁSTRICOS,
- SLEEVE GÁSTRICO O MANGA GÁSTRICA,
- TUBULIZACIÓN GÁSTRICA.

2.7 CONDICIÓN ESPECIAL PARA RETIRO DE BIOPOLÍMEROS.

TENDRÁ COBERTURA EL RETIRO DE BIOPOLÍMEROS BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- LOS GRADOS 1, 2, 3 Y 4 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA COMPLICACIÓN ABAJO DESCRITA:

GRADO 1: PERTENECEN A ESTE GRUPO TODOS LOS PACIENTES QUE SE HAYAN INYECTADO

BIOPOLÍMEROS, Y NO PRESENTEN SINTOMATOLOGÍA DE NINGÚN TIPO. EN ESTE CASO EL BIOPOLÍMERO SE ENCUENTRA EN ESTADO LÍQUIDO Y PUEDE ESTAR LIGERAMENTE DISPERSO EN TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO.

GRADO 2: PERTENECEN A ESTE GRUPO TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTEN

SINTOMATOLOGÍA LEVE, CONSISTENTE EN DOLOR O ARDOR GLÚTEO, ENROJECIMIENTO Y/O CAMBIOS DE COLORACIÓN CUTÁNEA, ENDURECIMIENTOS IRREGULARIDADES GLÚTEAS A MESES O AÑOS DE HABERSE

INYECTADO.

GRADO 3: PERTENECEN A ESTE GRUPO, TODOS LOS PACIENTES QUE HAYAN PRESENTADO O PRESENTEN SALIDA ESPONTANEA DEL BIOPOLÍMERO A TRAVÉS DE UN ORIFICIO EN LA PIEL.

GRADO 4: PERTENECEN A ESTE GRUPO TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTEN MIGRACIÓN DEL BIOPOLÍMERO A REGIÓN LUMBAR, PIERNAS, PANTORRILLAS, TOBILLOS, REGIÓN INGUINAL O A OTRAS LOCALIZACIONES DIFERENTES A DONDE FUE ORIGINALMENTE IMPLANTADO.

GRADO 5: PERTENECEN A ESTE GRUPO TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTEN DESDE LA SEMANA POSTERIOR A LA INYECCIÓN DEL BIOPOLÍMERO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FIEBRE, ESCALOFRÍOS, MAL ESTADO GENERAL, DOLOR TORÁCICO, ENROJECIMIENTO, DOLOR E INFLAMACIÓN GLÚTEA, Y/O RETENCIÓN URINARIA. SE TRATAN DE COMPLICACIONES DEL BIOPOLÍMERO A NIVEL RESPIRATORIO, RENAL Y/O SISTÉMICO.

- PARA EL RETIRO DE BIOPOLIMEROS, SE REQUERIRÁ PREVIA APROBACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
- PARA LA COBERTURA DE RETIRO DE BIOPOLIMEROS, SERÁ OBLIGATORIO PRESENTAR RESONANCIA MAGNÉTICA PREVIA A LA CIRUGIA.
- SOLO SE CUBRIRAN BIOPOLIMEROS SUPRAMUSCULARES O SUBCUTANEOS.
- SE ADMITIRÁN ÚNICAMENTE LAS TÉCNICAS DE LASER FRIO, SUCCIÓN POR CÁNULA Y/O CIRUGÍA ABIERTA.
- PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPOLIMEROS SE PERMITEN MÉTODOS DE RECONSTRUCCIÓN EN LA ZONA AFECTADA Y VIENEN IMPLÍCITOS DENTRO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL DE BIOPOLIMEROS. LOS CUALES SOLO SE PODRAN COMBINAR CON LIPOSUCCIONES O LIPOESCUPTURAS

REPORTANDOLOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

- BAJO LA PRESENTE CONDICIÓN ESPECIAL DE BIOPOLÍMEROS TENDRÁ COBERTURA LA OCURRENCIA DE LA COMPLICACIÓN POR UN PERIODO DE TREINTA (30) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA HASTA POR EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O MÁXIMO TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA OCURRENCIA DE LA COMPLICACIÓN, LO QUE OCURRA PRIMERO. TODO PROCEDIMIENTO COMBINADO CON CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE LA CONDICIÓN ESPECIAL DE RETIRO DE BIOPOLIMEROS, TOMARÁ LAS CONDICIONES DE VALOR ASEGURADO Y VIGENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPOLÍMEROS.

2.8 MICROCIRUGIAS Y ORTOPEDIA:

- CIRUGÍAS MICROQUIRÚRGICAS,
- CONDROPLASTIAS,
- OSTEOTOMÍAS CORRECTORAS PARA DEFORMIDADES EN CADERA O RODILLA,
- RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO,
- REEMPLAZO PRÓTESIS DE CADERA,
- REEMPLAZO PRÓTESIS DE HOMBRO,
- REEMPLAZO PRÓTESIS DE RODILLA,
- REPARACIONES MENISCALES,
- REPARO DEL MANGUITO ROTADOR.

2.9 CIRUGIAS REFRACTIVAS:

- CIRUGÍAS DE FACOEMULSIFICACION O EXTRACCIÓN DE LENTICULA REFRACTIVA,
- CIRUGÍAS REFRACTIVAS DE IMPLANTE DE LENTE,
- CIRUGÍAS REFRACTIVAS LASER (LASIK, PRK Y SIMILARES).

2.10 CIRUGIAS DENTALES, BAJO ANESTESIA LOCAL:

- CIRUGÍA DE CORRECCIÓN

MANDIBULAR.

- EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS,
- EXTRACCIÓN DE RESTOS RADICULARES,
- IMPLANTES DENTALES PARCIALES, IMPLANTES DENTALES TOTALES, CON SIN INJERTOS ÓSEOS.

2.11 CIRUGIAS DENTALES, BAJO ANESTESIA GENERAL:

- CIRUGÍA DE CORRECCIÓN MANDIBULAR,
- EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS,
- EXTRACCIÓN DE RESTOS RADICULARES,
- IMPLANTES DENTALES PARCIALES,
- IMPLANTES DENTALES TOTALES, CON SIN INJERTOS ÓSEOS.

2.12 CIRUGIAS DE GINECOLOGIA:

- COLPORRAFIA ANTERIOR,
- COLPORRAFIA POSTERIOR,
- HISTERECTOMÍA,
- OOFORRECTOMIA / TUBECTOMIA
- RESECCIÓN DE QUISTES EN OVARIOS.

PARTE IV - GARANTÍAS DE LA COBERTURA

El presente seguro se otorga con la garantía del cumplimiento de las siguientes condiciones:

- a) La clínica, el consultorio, médico tratante, anestesiólogo y demás asistentes deben estar habilitados por la autoridad competente para la realización de la intervención quirúrgica programada.
 - b) El médico tratante y la clínica deben contar con el consentimiento informado escrito del paciente para la realización de la intervención quirúrgica programada.
 - c) El asegurado y/o médico tratante deberán cancelar a los médicos e instituciones médicas que hayan atendido al paciente, el valor de los excedentes que se encuentren por fuera de la cobertura de la póliza o posterior a agotar la suma asegurada.
 - d) **Condición de Asegurado Internacional:** Para el ingreso a la póliza en calidad de Asegurado Internacional se debe contar con 24 horas de climatización en la ciudad donde se realizará la intervención quirúrgica y no deberá salir del país sin autorización médica y cumpliendo con la normatividad de viaje correspondiente (considerando las excepciones del caso para ciudades fronterizas).
 - e) El paciente debe tener una calificación de riesgo anestésico ASA I máximo II en la escala valoración de agencia de autocuidado, y para cirugías bariátricas, microcirugía y ortopedia, refractivas, dentales y ginecología se aceptará una calificación máxima de riesgo anestésico ASA III (*).
- (*). *Sistema de clasificación de American Society of Anesthesiologists (ASA)*
- f) El paciente debe contar con un puntaje de hemoglobina para procedimientos de alta, retiro de biopolímeros y cirugía bariátrica mínimo de 12G/DL para procedimientos de media, baja, cirugía de mamas y ginecología debe ser mínimo de 11G/DL, y para procedimientos menores, de microcirugía y ortopedia, refractivas y dentales debe ser mínimo de 10G/DL.
 - g) Para las intervenciones de alta, retiro de biopolímeros, media, baja, cirugía de mamas y procedimientos menores el índice de masa corporal (IMC) no debe ser superior a 35, de microcirugía y ortopedia, lipectomía postbariátrica y ginecología de máximo 40 (IMC), de máximo 50 (IMC) para los casos de cirugía bariátrica y dentales y refractivas sin límite de (IMC).
 - h) Todos los procedimientos realizados deben estar registrados en la solicitud de seguro y consentimiento informado.
 - i) El tiempo de la intervención quirúrgica no debe ser superior a ocho (8) horas, contadas a partir de la iniciación del riesgo anestésico.
 - j) La cantidad de procedimientos de alta complejidad realizados y registrados en el certificado individual de seguro deberá ser máximo de tres (3).
 - k) La extracción de litraje en liposucciones como único procedimiento debe ser máximo del 10% del peso corporal expresado en litros, y máximo del 8% del peso corporal expresado en litros cuando se realice la liposucción combinado con otros procedimientos (Entendiéndose que se descuenta del total de litraje extraído, el volumen de solución salina o líquidos relacionados inyectados para la técnica de succión correspondiente).
 - l) Presentación por parte del asegurado, médico tratante y/o clínica de toda la documentación médica relacionada a los procedimientos amparados tales como historias clínicas, exámenes de laboratorio y diagnósticos, evaluación preanestésica, notas de enfermería, ordenes médicas y demás que permitan validar

previamente la pertinencia de la complicación.

- m) Afiliación al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud

PARTE V - AMBITO TERRITORIAL

Cobertura dentro y fuera de red de la Compañía:

La responsabilidad de LA ASEGURADORA bajo esta póliza se limitará a indemnizar los eventos ocurridos y reclamados dentro de la República de Colombia.

Asegurados con residencia en el exterior:

Los gastos de complicaciones de cirugías plásticas estéticas que se ocasionen en el exterior serán reembolsados a tarifa SOAT vigente o para medicamentos se liquidarán con base en tarifas de la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos, hasta un límite equivalente a:

- Veinte mil dólares (US\$20.000) para procedimientos de alta complejidad.
- Diez mil dólares (US\$10.000) para cirugías de mamas, complejidad media y baja.
- Cinco mil dólares (US\$5.000) para procedimientos menores.

El pago se realizará en Colombia a la tasa representativa del mercado en la fecha de pago.

PARTE VI - CAMARA HIPERBARICA

Si como consecuencia de una complicación cubierta por la póliza, el asegurado requiere sesiones en

cámara hiperbárica como parte de la atención de la complicación debidamente autorizada por el médico tratante, se reconocerá con cargo al amparo de gastos médicos:

- hasta un límite de diez (10) sesiones de cámara hiperbárica para procedimientos de alta complejidad y cirugía bariátrica.
- hasta un límite de seis (6) sesiones de cámara hiperbárica para procedimientos de media, baja complejidad y cirugía de mamas.
- hasta un límite de tres (3) sesiones de cámara hiperbárica para procedimientos menores.

PARTE VII - SERVICIO DE AMBULANCIA

Si como consecuencia de una complicación cubierta por la póliza se requiere el traslado del asegurado con el fin de referir al paciente entre instituciones médicas dentro de la ciudad donde se realizó la intervención quirúrgica (referencia y contra referencia), la compañía reconocerá por reembolso, los gastos en que incurra el asegurado, con cargo al amparo de gastos médicos. Esta extensión de amparo no cubre los gastos de traslado que se generen entre el domicilio del paciente y la institución médica, ni de la institución médica al domicilio del paciente.

PARTE VIII - EDADES

- La edad de ingreso mínima para cualquier procedimiento es de 14 años.
- Para procedimientos reconstructivos y mamoplastia de reducción con fines funcionales no habrá edad mínima.
- Edad de ingreso máxima **75 años**.
- Sin límite de edad mínima ni máxima de ingreso para procedimientos refractivos y dentales con anestesia local.

Para menores de edad deberá existir consentimiento escrito de sus padres o representante legal o cónyuge en caso de ser casados.

PARTE IX - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

LA ASEGURADORA tiene como límite de responsabilidad respecto de cada persona y por cada evento, la suma asegurada, que corresponderá al valor indicado en el certificado individual de seguro y/o caratula de la póliza. Si los gastos médicos totales por la atención de la complicación de la cirugía plástica estética superan la suma asegurada contratada, el excedente deberá ser asumido por el Asegurado.

PARTE X - HONORARIOS MÉDICOS

No obstante, lo que se diga en las condiciones generales de la póliza en servicios de hospitalización, la compañía reconocerá los honorarios médicos por reintervenciones al mismo cirujano que realizó el procedimiento inicial así:

Alta complejidad: honorarios médicos hasta COP\$1.000.000, por reintervenciones en quirófano y que supere dos (2) horas.

Media complejidad y procedimiento de mamas: honorarios médicos hasta COP\$ 500.000, por reintervención en quirófano y que supere una (1) hora.

Procedimientos menores y baja complejidad: Honorarios médicos hasta COP\$ 250.000, por reintervención realizada en quirófano.

Lo anterior dará lugar a la indemnización, siempre y cuando provenga de una complicación y esté debidamente soportada, adjuntando la historia clínica correspondiente.

No se considerarán reintervenciones controles, retoques o similares.

No se reconocerán honorarios por segundas reintervenciones. La reintervención es diferente a la cortesía médica, la cual no genera honorarios.

PARTE XI - DEFINICIONES

Complicación: Alteración del estado de salud inesperada del Asegurado, ocurrida y diagnosticada con ocasión de la realización de las cirugías cubiertas bajo el presente seguro, que requiera del suministro de un tratamiento adicional, no relacionado con los que se requieren durante la cirugía o durante el proceso de recuperación normal.

Intervención Quirúrgica: Se denomina a la práctica médica realizada por un cirujano legalmente autorizado, que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas.

Para los efectos del presente seguro, el riesgo amparado serán los costos de las complicaciones derivadas de las intervenciones plásticas estéticas definidas anteriormente, las cuales, se practican sobre estructuras anatómicas sanas con el fin de mejorar la apariencia física.

Servicios de Hospitalización: Gastos incurridos por alguno de los siguientes servicios o procedimientos medicamente necesarios y previamente autorizados por parte de los médicos auditores definidos para tal fin, por la atención hospitalaria como consecuencia de una complicación en alguno de los procedimientos de cirugía plástica estética amparados por presente seguro, incluyendo:

- a) Servicio de enfermería y médicos diferentes al del cirujano plástico que realizó el procedimiento.
- b) Administración de anestesia y anestésicos.
- c) Exámenes de diagnósticos.
- d) Oxígeno y su administración.
- e) Procedimientos radiológicos.
- f) Medicamentos e insumos hospitalarios.
- g) Habitación individual que comprende los servicios básicos de unidad de cuidados intensivos cuando se requiera.
- h) Servicios hospitalarios incluidos, pero no limitados a la sala de cirugía y recuperación u observación.

Tomador especial: Es aquel que responde por el pago de la indemnización en aquellos casos en los que LA ASEGURADORA asuma el pago de un evento no cubierto.

Tomador: Es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos. El Tomador es el responsable del pago de la prima.

PARTE XII - MODIFICACIONES A LAS PÓLIZAS

El seguro quedará sin efectos si habiendo iniciado la intervención quirúrgica, el paciente decide practicarse alguna(s) cirugía(s) adicional(es) a la(s) que fue(ron) registradas(s) al momento de solicitar el seguro; la única obligación por parte de LA ASEGURADORA es la devolución de la prima correspondiente.

Si se inició la intervención quirúrgica, por necesidad médica se decide la disminución de cirugías a practicar al paciente, el seguro se mantendrá según lo inicialmente pactado sin derecho a devolución de primas.

PARTE XIII - PAGO DE LA PRIMA

EL TOMADOR estará obligado a pagar el importe de la prima dentro de los treinta (30) días calendario, siguientes, contados a partir de la fecha de facturación de la presente póliza.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato, y dará derecho a LA ASEGURADORA para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

PARTE XIV - PROTOCOLO DE SERVICIO

Sin perjuicio de presentar la reclamación mediante la opción del reembolso, La Aseguradora tiene dispuestos canales para reportar la ocurrencia de una posible complicación y coordinar el acceso para la atención médica que se requiera. Así:

- a) En caso de presentarse una complicación, el Asegurado (paciente), deberá comunicarse con el médico tratante para explicarle la situación médica y seguir las instrucciones dadas por él.
- b) En caso contrario comunicarse con la Compañía, en donde se le informará el procedimiento a seguir.

En todo caso, para el estudio y autorización del pago por protocolo de servicios se deberán suministrar los siguientes documentos, por parte del asegurado y/o Tomador Especial como mínimo:

- Documento de demostración a la afiliación al

régimen contributivo de salud, cuando el asegurado sea residente en Colombia o documento que demuestre su residencia en el exterior.

- Valoración preanestésica de la cirugía amparada donde se declaren los niveles de hemoglobina, el IMC (índice de masa corporal), signos vitales y antecedentes médicos personales.
- Exámenes diagnósticos requeridos para suscripciones especiales, tales, pero no limitados a resonancias magnéticas post-quirúrgicas, entre otros.
- Nota o descripción quirúrgica de la cirugía amparada.
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- En el caso de que el paciente provenga del exterior, debe aportar copia del pasaporte donde evidencie la fecha de ingreso a Colombia, tiquete de avión u otro documento que acredite la climatización para realizarse el procedimiento quirúrgico.

Estos documentos deberán ser suministrados, a más tardar, al día hábil siguiente al de la ocurrencia de la complicación amparada. La aseguradora se reserva el derecho de solicitar más documentos a los aquí referidos.

Lo anterior, sin perjuicio de la posibilidad de presentar la reclamación por reembolso según el procedimiento que se indica adelante.

PARTE XV - RECLAMACIÓN POR REEMBOLSO

Para el estudio del pago por reembolso se deberán suministrar los siguientes documentos:

- Historia clínica de la cirugía.
- Valoración preanestésica.
- Laboratorios prequirúrgicos.
- Historia clínica de la complicación de la cirugía.
- Ordenes médicas.
- Facturas originales con sello de cancelado de los servicios a recobrar y los soportes de las mismas.
- Carta de solicitud de reembolso.
- Fotocopia del documento de identidad de Asegurado; en el caso de no vivir en Colombia, debe aportar copia del pasaporte donde evidencie la fecha de ingreso a Colombia, de no tenerlo aportar el tiquete de avión u otro documento que acredite la climatización para realizarse el procedimiento quirúrgico y la residencia en el extranjero.
- Carta por parte del Asegurado indicando que no

solicitará recobro por los mismos conceptos que la entidad este solicitando (debe ser autenticada).

- Certificado individual de la póliza.
- Certificación Bancaria del Asegurado (la entidad debe tener operación en Colombia).

En caso de que el Asegurado sea atendido en otro país y en nombre propio desee solicitar estudio de reembolso deberá aportar:

- Historia clínica de la cirugía.
- Valoración preanestésica.
- Laboratorios prequirúrgicos.
- Historia clínica de la complicación de la cirugía.
- Ordenes médicas.
- Facturas originales con sello de cancelado de los servicios a recobrar y los soportes de las mismas.
- Carta de solicitud de reembolso, apostillada.
- Fotocopia del documento de identidad de Asegurado; en el caso de no vivir en Colombia, debe aportar copia del pasaporte donde evidencie la fecha de ingreso a Colombia, de no tenerlo aportar el ticket de avión u otro documento que acredite la climatización para realizarse el procedimiento quirúrgico y la residencia en el extranjero.
- Certificado individual de la póliza.
- Formato beneficiario indemnizaciones.
- Certificación Bancaria (la entidad debe tener operación en Colombia).

Cuando el Asegurado sea atendido en otro país y desee solicitar estudio de reembolso a través de un apoderado:

- Historia clínica de la cirugía
- Valoración preanestésica
- Laboratorios prequirúrgicos
- Historia clínica de la complicación de la cirugía
- Ordenes médicas
- Facturas originales con sello de cancelado de los servicios a recobrar y los soportes de las mismas
- Carta de solicitud de reembolso, apostillada
- Fotocopia del documento de identidad de Asegurado; en el caso de no vivir en Colombia, debe aportar copia del pasaporte donde evidencie la fecha de ingreso a Colombia, de no tenerlo aportar el ticket de avión u otro documento que acredite la climatización para

realizarse el procedimiento quirúrgico y la residencia en el extranjero.

- Certificado individual de la póliza
- Carta del Asegurado, apoderando al tercero para realizar todo tipo de trámite y recibir el pago del estudio del reembolso en su nombre, apostillada o autenticada
- Fotocopia del documento de identidad del apoderado
- Formato beneficiario indemnizaciones, diligenciado por el apoderado
- Certificación Bancaria del apoderado (la entidad debe tener operación en Colombia)

PARTE XVI - DERECHO DE INSPECCIÓN

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de esta póliza. Así mismo, el Asegurado autoriza a la Compañía para acceder a sus historias clínicas.

PARTE XVII – OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

a) COORDINACION DE BENEFICIOS:

En los términos del artículo 1.076 del Código de Comercio, el Asegurado estará obligado a declarar a la Aseguradora, al dar la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada. De igual modo, en el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros según establece el artículo 1.092 del Código de Comercio, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad.

b) AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:

El ASEGURADO se obliga a informar a LA ASEGURADORA, en el momento de diligenciar la solicitud de seguro de esta póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S., a la cual se encuentra afiliado.

En caso de que el ASEGURADO, se encuentre dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, deberá declararlo a la aseguradora en la solicitud de seguro de esta póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

Si durante la vigencia de este contrato, el

ASEGURADO cambia de E.P.S. o deja de pertenecer al régimen de excepción, deberá informar esta circunstancia a la aseguradora, indicando el nombre de la nueva empresa promotora de salud a la que pertenece.

Si el paciente está exento a la norma por residir en el extranjero, deberá aportar los documentos pertinentes tales como permiso de residencia, visa documento de identidad emitido en el extranjero, entre otros para validar su condición de residente en el exterior.

c) DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES:

En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1.058 del Código de Comercio y demás normas que la adicionen, modifiquen, complementen o deroguen haciendo extensiva esta obligación al asegurado.

ART. 1.058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de 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 hubieren 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 1.160.

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.

d) PAGO DE EXCEDENTES Y/O DE RIESGOS NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA:

El asegurado (paciente) deberá pagar a los médicos e instituciones el valor de los excedentes que se encuentren por fuera de la cobertura o posterior a agotar la suma asegurada.

El Tomador Especial referido en la carátula de la póliza no es solidario con el Tomador.

El Tomador de la póliza es el responsable del pago de la prima así como de las demás obligaciones que le son propias.

El Tomador Especial solo responderá por el pago de los riesgos no cubiertos por la póliza. Así, La Aseguradora podrá subrogarse convencionalmente en los derechos de los médicos e instituciones prestadoras de los servicios de salud que no hubieren estado cubiertos por la póliza, en contra del Tomador Especial y/o asegurado.

e) NORMAS SUPLETORIAS:

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables

f) DOMICILIO:

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

Representante Legal
BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.