
BMI COLOMBIA

PÓLIZA DE SEGURO DE COMPLICACIONES POR CIRUGÍA ESTÉTICA

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., en lo sucesivo denominada “LA ASEGURADORA”, emite la presente póliza denominada **COMPLICACIONES POR CIRUGÍA ESTÉTICA**. 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 ESTÉTICAS CUBIERTAS, PRACTICADAS POR CIRUJANOS PLÁSTICOS, HASTA POR LAS SUMAS ESTIPULADAS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, Y DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

PARTE I - AMPARO BÁSICO

AMPARO DE GASTOS MÉDICOS.

SI SE PRODUCE UNA COMPLICACIÓN DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA Y HORA DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ESTÉTICA 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 ESTÉTICA QUE HA PRESENTADO COMPLICACIONES HAYA SIDO REALIZADA POR MÉDICOS CIRUJANOS DEBIDAMENTE HABILITADOS POR LA LEY, Y QUE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS REALIZADOS, SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS APROBADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES O POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS CIENTÍFICAS RESPECTIVAS.

POR LO TANTO, 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 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

TAMPOCO ESTÁN CUBIERTOS LOS GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE COMPLICACIONES QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD A LOS TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE PRACTICÓ LA CIRUGÍA ESTÉTICA.

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.

LOS REEMBOLSOS A ENTIDADES TOMADORAS DEL SEGURO, QUE ATIENDAN

LAS COMPLICACIONES DE CIRUGÍAS ESTÉTICAS 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.

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. DE LA EXISTENCIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
 - CÁNCER SI HA PRESENTADO SINTOMATOLOGÍA Y/O PRESCRIPCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS, EXCEPTO PROCEDIMIENTOS RECONSTRUCTIVOS DE MAMAS.
 - VIH, DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
 - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
 - HEMOFILIA O TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN.
 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA SEGÚN ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUS "OMS".
 - HIPERTENSIÓN MALIGNA SEGÚN ESTÁNDARES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUS "OMS".
 - DESORDENES MENTALES.
 - DIABETES MELLITUS.

• ESTADO DE ANTICOAGULACION.

4. LAS COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ESTÉTICA QUE SE DERIVEN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES.
5. TRATAMIENTOS, DIAGNÓSTICOS O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS.
6. 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.
7. PERJUICIOS MORALES O PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE LA COMPLICACIÓN.
8. CUALQUIER TIPO DE GASTO MÉDICO QUE NO TENGA RELACIÓN CON LA COMPLICACIÓN.
9. LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LA RECUPERACIÓN NORMAL Y REVISIÓN POSTOPERATORIA DEL MÉDICO TRATANTE COMO DRENAJES, CURACIONES, APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, RETIRO DE PUNTOS, TERAPIAS, CORRECCIÓN, ENTRE OTROS.
10. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS.
11. COMPLICACIONES O ENFERMEDADES QUE NO SEAN DERIVADAS O CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO.
12. COMPLICACIONES DE PACIENTES CON RIESGO ANESTÉSICO ASA III, IV O V (*)

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

13. 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.
14. PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS POR MÉDICOS CIRUJANOS QUE NO TENGAN LA ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA A QUE CORRESPONDE EL PROCEDIMIENTO Y QUE NO SE ENCUENTREN LEGAL Y DEBIDAMENTE RECONOCIDOS, Y QUE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS REALIZADOS, SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS APROBADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES O POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS CIENTÍFICAS RESPECTIVAS.
15. NO SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ESTÉTICA QUE SE EFECTÚEN A PERSONAS QUE PROVENGAN DEL EXTERIOR SIN TENER POR LO MENOS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DE ADAPTACIÓN EN LA CIUDAD DONDE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
16. 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, POR ESTADOS DE DEMENCIA, POR LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, O DROGAS ALUCINÓGENAS.
17. 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.
18. 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.
19. COMPLICACIONES POR LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR UN TERCERO, CON O SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
20. LAS COMPLICACIONES QUE SE GENEREN POR CAUSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.
21. LOS GASTOS OCASIONADOS POR EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO DE CARÁCTER PREVENTIVO, EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL, EJECUTIVOS, PREQUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA PROGRAMADA, DE RUTINA, DE TAMIZAJE O EXÁMENES DIRIGIDOS A VERIFICAR LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
22. INMUNIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS, VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, BIOLÓGICOS, ANTICUERPOS, INTERFERONES, ANTICUERPOS MONOCLONALES O LOS MEDICAMENTOS NO ALOPÁTICOS.
23. 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.
24. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS COMBINADOS QUE DUREN MÁS DE SEIS (6) HORAS EN QUIRÓFANO CONTADOS A PARTIR DE LA INICIACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO.
25. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LIPOSUCCIONES CON UNA EXTRACCIÓN DE LITRAJE MAYOR AL 8% DEL PESO CORPORAL EN UN SOLO PROCEDIMIENTO Y EN

PROCEDIMIENTOS COMBINADOS, MAYOR AL 6% DEL PESO CORPORAL.

26. TODO CUIDADO AMBULATORIO DIFERENTE AL DEL SEGUIMIENTO MÉDICO DERIVADO DE UNA COMPLICACIÓN CUBIERTA.

27. INTERVENCIÓN O CIRUGÍAS SIMULTANEAS AMPARADAS QUE SUPEREN:

- DOS (2) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD.
- CUATRO (4) PROCEDIMIENTOS EN TOTAL, INCLUYENDO MÁXIMO DOS (2) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD COMBINADOS CON PROCEDIMIENTOS DE LAS DEMÁS COMPLEJIDADES (MEDIA, BAJA, PROCEDIMIENTOS MENORES Y CIRUGÍAS DE MAMAS).

28. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA REUTILIZACIÓN DE PRÓTESIS.

29. LOS GASTOS O SERVICIOS HOSPITALARIOS TALES COMO CAMA DE ACOMPAÑANTE, O AQUELLOS ARTÍCULOS DE USO PERSONAL O QUE NO SEAN DE ÍNDOLE MÉDICA.

30. PROCEDIMIENTOS DE BIOPOLIMEROS.

31. PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍAS BARIÁTRICAS.

32. POR LA COMPRA 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.

33. PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD REALIZADOS A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, PROCEDIMIENTOS DE RITIDECTOMÍA O RITIDOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA COMPLEJIDAD REALIZADOS A PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS.

34. REPOSICIÓN Y/O REPARACIÓN DE PRÓTESIS O IMPLANTES EN CUALQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRE ALGÚN MANEJO CON ESTOS ELEMENTOS.

PARTE III – COMPLICACIONES CUBIERTAS

1. NÚMERO DE INTERVENCIONES SIMULTÁNEAS AMPARADAS.

MÁXIMO CUATRO (4) PROCEDIMIENTOS EN TOTAL EN UN MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO DE LOS CUALES MÁXIMO DOS (2) PROCEDIMIENTOS PODRÁN SER DE ALTA COMPLEJIDAD.

CUANDO NO SE REGISTREN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, PODRÁN SER HASTA CUATRO (4) PROCEDIMIENTOS COMBINADOS ENTRE LAS COMPLEJIDADES MEDIA, BAJA, CIRUGÍA DE MAMAS, PROCEDIMIENTOS MENORES.

2. PROCEDIMIENTOS CLASIFICADOS POR COMPLEJIDAD.

2.1 ALTA:

- ABDOMINOPLASTIA,
- CAMBIO DE PRÓTESIS EN GLÚTEOS,
- DORSOPLASTIA,
- GLÚTEOPLASTIA,
- IMPLANTE DE ABDOMEN,
- IMPLANTE DE PANTORRILLA,
- IMPLANTE DE PECTORALES,
- LEVANTAMIENTO GLÚTEOS CON HILO,
- LIPECTOMÍA,

- LIPOESCULTURA (MAYOR AL 3% DEL PESO CORPORAL Y HASTA EL 8% INDIVIDUAL Y 6% COMBINADA),
- LIPOINYECCIÓN EN MAMAS,
- LIPOINYECCIÓN GLÚTEA,
- LIPOMARCACIÓN DE ABDOMEN,
- LIPOSUCCIÓN (HASTA EL 8% DEL PESO CORPORAL EN UN SOLO PROCEDIMIENTO Y EN PROCEDIMIENTO COMBINADO HASTA EL 6% DEL PESO CORPORAL),
- LIPOTRANSFERENCIA (DIFERENTE A GLÚTEOS, MAMAS O ROSTRO),
- RETIRO DE PRÓTESIS EN GLÚTEOS.
- RITIDECTOMÍA O RITIDOPLASTIA.

LA LIPOINYECCIÓN GLÚTEA NO SE CONSIDERA COMO PARTE DE LA LIPOESCULTURA 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:

- BRAQUIOPLASTIA,
- CERVICOPLASTIA,
- CIRUGÍA DE VENAS PERIFÉRICAS,
- CIRUGÍA ORTOGNÁTICA,
- DERMOABRASIÓN O PEELING FACIAL,
- DERMOLIPECTOMÍA DE MUSLOS (CRUROPLASTIA),
- FALOPLASTIA,
- IMPLANTE EN CARA,
- IMPLANTE EN MUSLOS,
- LASERLIPOLISIS,
- LIFTING FACIAL O NOVA FACIAL,
- LIPOESCULTURA HASTA EL 3% DEL PESO CORPORAL.
- LIPOMARCACIÓN EN BRAZOS Y/O MUSLOS,
- LIPOSUCCIONES MENORES (HASTA EL 3% DEL PESO CORPORAL),
- RETOQUE DE LIPO,
- REVISIÓN DE CICATRIZ (ASOCIADA A LIPECTOMÍA),
- TORSOPLASTIA,
- VAGINOPLASTIA.

2.3 BAJA:

- FRONTOPLASTIA ENDOSCÓPICA,
- HIDROLIPOCLASIA,
- HILOS TENSOSES (EN ROSTRO, CUELLO, ESCOTE, MANOS, BRAZOS, ABDOMEN O MUSLOS),
- IMPLANTE MALAR,
- LIPOFLANCOS,
- RESECCIÓN DE LIPOMAS (BOLAS DE GRASA EN PIEL),
- REVISIÓN DE CICATRIZ (NO ASOCIADA A LIPECTOMÍA, DE ROSTRO, NI EXTRACCIÓN DE SUSTANCIAS DE RELLENO).

2.4 CONDICIONES ESPECIALES DE MAMAS:

- CAMBIO DE IMPLANTES,
- GINECOMASTIA,
- MAMOPEXIA (CON IMPLANTES),
- MAMOPEXIA (SIN IMPLANTES),
- MAMOPLASTIA DE AUMENTO (NO INCLUYE LIPOINYECCIÓN EN MAMAS),
- MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN,
- RETIRO DE PRÓTESIS EN MAMAS,
- **COBERTURA EXTENDIDA PARA CONTRACTURA CAPSULAR CON COBRO ADICIONAL DE PRIMA:** LA OCURRENCIA SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER MOMENTO A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA, CONTADO DESDE LA FECHA Y HORA DE LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y HASTA MIL NOVENTA Y CINCO DÍAS (1.095), PARA ESTE EVENTO LA COMPAÑÍA CONVIENE EN INDEMNIZAR LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CAPSULOTOMÍA ABIERTA, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

2.5 PROCEDIMIENTOS MENORES:

- APLICACIÓN ÁCIDO HIALURÓNICO,
- BICHECTOMÍA,
- BLEFAROPLASTIA,
- BOTOX,
- ELEVACIÓN DE CEJAS,
- FRONTOPLASTIA (NO ENDOSCÓPICA),
- IMPLANTE CAPILAR,
- INYECCIÓN DE GRASA EN CARA,
- MENTOPLASTIA,
- OTOPLASTIA,
- PLASMA RICO EN PLAQUETAS,

- QUEILOPLASTIA,
- RESECCIÓN DE GLÁNDULAS, SUPERNUMERARIAS,
- RESECCIÓN DE LUNARES,
- REVISIÓN DE CICATRIZ EN ROSTRO,
- RINOPLASTIA,
- SEPTORRINOPLASTIA.

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, anesthesiólogo y demás asistentes deben estar habilitados por la autoridad competente para la realización de la intervención quirúrgica programada.
- b) El médico tratante debe contar con el consentimiento escrito del paciente para la realización de la intervención quirúrgica programada.
- c) **Condición de Asegurado Internacional:** Para el ingreso a la póliza en calidad de Asegurado Internacional se debe contar con 48 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.
- d) El paciente debe tener una calificación de riesgo anestésico ASA I máximo II en la escala valoración de agencia de autocuidado, (*).

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

- e) El paciente debe contar con un puntaje de hemoglobina para procedimientos de alta mínimo de 12G/DL, para procedimientos de media, baja y cirugía de mamas debe ser mínimo de 11G/DL, y para procedimientos menores debe ser mínimo de 10G/DL.
- f) Para las intervenciones de alta, media, baja, cirugía de mamas y procedimientos menores el índice de masa corporal (IMC) no debe ser superior a 35.

- g) Todos los procedimientos realizados deben estar registrados en la solicitud de seguro y consentimiento informado.
- h) El tiempo de la intervención quirúrgica no debe ser superior a seis (6) horas, contadas a partir de la iniciación del riesgo anestésico.
- i) La cantidad de procedimientos de alta complejidad realizados y registrados en el certificado individual de seguro deberá ser máximo de dos (2).
- j) La cantidad máxima de procedimientos combinados entre las diferentes complejidades no podrá ser superior a cuatro (4), de los cuales en las diferentes combinaciones solo pueden existir máximo dos (2) de alta complejidad y los restantes de otras complejidades incluyendo mamas.
- k) La extracción de litraje en liposucciones como único procedimiento debe ser máximo del 8% del peso corporal expresado en litros, y máximo del 6% del peso corporal expresado en litros cuando se realice la liposucción combinado con otros procedimientos.

PARTE V - AMBITO TERRITORIAL

Cobertura dentro y fuera de red de la Compañía:

La responsabilidad de la Compañía 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 estéticas que se ocasionen en el exterior serán reembolsados a tarifa SOAT, 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 SEIS (6) SESIONES DE CÁMARA HIPERBÁRICA PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD.
- HASTA UN LÍMITE DE CUATRO (4) SESIONES DE CÁMARA HIPERBÁRICA PARA PROCEDIMIENTOS DE MEDIA, BAJA COMPLEJIDAD Y CIRUGÍA DE MAMAS.
- HASTA UN LÍMITE DE DOS (2) 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

- Edad de ingreso mínima para cualquier procedimiento **14 años**, en los términos de ley,

- Edad de ingreso máxima para cirugías de alta complejidad **65 años**,
- Edad de ingreso máxima para ritidectomía o ritidoplastia **75 años**,
- Edad de ingreso máxima para las demás complejidades **75 años**,

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 Compañía 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 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\$750.000, por reintervenciones en quirófano y que supere dos (2) horas.

Media complejidad y procedimiento de mamas: honorarios médicos hasta COP\$ 400.000, por reintervención en quirófano y que supere una (1) hora.

Procedimientos menores y baja complejidad: Honorarios médicos hasta COP\$ 200.000, 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 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 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.

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) estética(s) adicional(es) a la(s) que fue(ron) registradas(s) al momento de solicitar el seguro; la única obligación por parte de la Compañía es la devolución de la prima correspondiente.

Si se inició la intervención quirúrgica, por necesidad médica se decide la disminución de cirugías estéticas 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 o el Asegurado están obligados 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 Compañía 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

- 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.

PARTE XV - RECLAMACIÓN POR REEMBOLSO

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

- Historia clínica de la cirugía estética.
- Valoración preanestésica.
- Laboratorios prequirúrgicos.
- Historia clínica de la complicación de la cirugía estética.
- 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.
- Carta por parte del Asegurado indicando que no solicitara 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 estética.
- Valoración preanestésica.
- Laboratorios prequirúrgicos.
- Historia clínica de la complicación de la cirugía estética.
- 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 tiquete de avión. Apostillado.
- 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 estética
- Valoración preanestésica
- Laboratorios prequirúrgicos
- Historia clínica de la complicación de la cirugía estética
- 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 tiquete de avión. Apostillado
- 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 Compañía 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 - ADMINISTRATIVOS

a) COORDINACION DE BENEFICIOS:

En los términos del artículo 1076 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 1092 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:

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 85 del Decreto 2353 de 2015 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen, y para efectos de la suscripción de este contrato, La Aseguradora verificará que el Tomador o Asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud. Por lo tanto, el Tomador o Asegurado principal 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 él y su grupo asegurado.

En caso de que el tomador o Asegurado principal, 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 Tomador o Asegurado principal 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.

c) DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES:

En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y demás normas que la adicionen, modifiquen, complementen o deroguen.

ART. 1058.- 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 inculpable del Tomador, el contrato no será nulo, pero el Asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el Artículo 1160.

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

d) 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

e) 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.