

PÓLIZA DE SALUD

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

COMPLICACIÓN EN CIRUGÍA ESTÉTICA

CONDICIONES GENERALES

1. CLÁUSULA PRIMERA

1.1. OBJETO

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE EXPRESAN, AMPARA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO, LOS GASTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS, QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR COMO CONSECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO DE LIBRE ELECCIÓN. SALVO LOS EVENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES.

2. CLÁUSULA SEGUNDA

2.1. COBERTURA

2.1.1. GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIÓN EN CIRUGÍA ESTÉTICA

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE EXPRESAN, LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS COMO CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVA DE LAS COMPLICACIONES QUE SURJAN DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DEL DÍA EN QUE AL ASEGURADO LE SEA PRACTICADA UNA CIRUGÍA ESTÉTICA POR MÉDICOS CIRUJANOS CON ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA RESPECTIVA (CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL), DEBIDAMENTE RECONOCIDO POR EL ESTADO COLOMBIANO O MIEMBROS DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA (SCCP), O LA SOCIEDAD MÉDICA RESPECTIVA, Y QUE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS SE ENCUENTREN DENTRO DE LOS APROBADOS POR EL ESTADO COLOMBIANO O LAS SOCIEDADES MÉDICAS O CIENTÍFICAS RESPECTIVAS; SEGÚN LAS COBERTURAS, LOS LÍMITES PACTADOS Y ESPECIFICADOS, SALVO LOS EVENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN ESTAS CONDICIONES.

LOS GASTOS MÉDICOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA SON LOS SIGUIENTES:

1. HABITACIÓN UCI/TRAUMA CUANDO SEA REQUERIDA Y GASTOS DE SERVICIOS HOSPITALARIOS COMPLEMENTARIOS (INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE LA SALA DE CIRUGÍA).
2. GASTOS HABITUALES DE HABITACIÓN INDIVIDUAL.
3. SERVICIO DE MÉDICO, Y ENFERMERAS REGISTRADAS.
4. HONORARIOS QUIRÚRGICOS O DE DIAGNÓSTICO.
5. MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.
6. SERVICIO PROFESIONAL DE AMBULANCIA MEDICAMENTE REQUERIDA.

LA ENTIDAD HOSPITALARIA DEBERÁ AL MOMENTO DEL PAGO DE LOS GASTOS AMPARADOS EN ESTA PÓLIZA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DETERMINAR CUÁLES DE ELLOS TIENE PRIORIDAD SOBRE LOS DEMÁS DEPENDIENDO DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA PRACTICADA. LO ANTERIOR SE HARÁ EN FUNCIÓN AL MONTO MÁXIMO ASEGURADO.

3. CLÁUSULA TERCERA

3.1. EXCLUSIONES

LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA, POR NINGÚN MOTIVO, LOS SIGUIENTES CASOS:

- 3.1.1. CUALQUIER RECLAMO O CUALQUIER GASTO INCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 3.1.2. LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN CURSO AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL(A) PACIENTE ASEGURADO(A), O NO SE RELACIONE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO.
- 3.1.3. COMPLICACIONES DERIVADAS DE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO EN EL CUAL SE REALIZÓ UN PROCEDIMIENTO DE TIPO FUNCIONAL NO ESTÉTICO.
- 3.1.4. CUALQUIER RECLAMACIÓN DIRECTA O INDIRECTAMENTE RELACIONADA CON BENEFICIOS QUE DEBAN SER ASUMIDOS POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA O POR OTRO TIPO DE SEGURO.

Código Nota técnica: 17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001

- 3.1.5. LAS COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS QUE SE DERIVEN DE UN TRATAMIENTO O POR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS NO PRESCRITOS O AVALADOS POR LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS TRATANTES.
- 3.1.6. TRATAMIENTO MÉDICO, EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS.
- 3.1.7. CIRUGÍAS ADICIONALES A LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS EN EL ÁREA AFECTADA PARA MEJORAR LA APARIENCIA O GASTOS MÉDICOS PROVENIENTES DE LA INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO O CON EL RESULTADO COSMETOLÓGICO.
- 3.1.8. TRATAMIENTO MÉDICO, CONSULTA ESPECIALIZADA EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (ENFERMERÍA, TERAPIAS), ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA PARA EL MANEJO DE UNA COMPLICACIÓN QUE SE REALICE EN FORMA AMBULATORIA O POR CONSULTA EXTERNA.
- 3.1.9. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE PERTINENTES O NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA COMPLICACIÓN.
- 3.1.10. CIRUGÍAS PLÁSTICAS DE TIPO RECONSTRUCTIVO.
- 3.1.11. UTILIZACIÓN O APLICACIÓN Y EXTRACCIÓN DE BIOPOLÍMEROS.
- 3.1.12. COMPLICACIONES QUE SE DERIVEN DE PATOLOGÍAS PREEEXISTENTES O RELACIONADAS CON ENFERMEDADES PREEEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 3.1.13. HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO AL ASEGURADO EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS POR LAS LEYES COLOMBIANAS O, QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO O PROFESIONAL AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- 3.1.14. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS EFECTUADOS POR MÉDICOS CIRUJANOS QUE NO TENGAN ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA (CIRUGÍA PLÁSTICA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL), O MÉDICOS ESTÉTICOS O PROFESIONALES QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE RECONOCIDOS POR EL ESTADO COLOMBIANO.
- 3.1.15. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS EFECTUADOS EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS LEGALES EXIGIDOS Y DEBIDAMENTE RECONOCIDOS POR EL ESTADO COLOMBIANO.
- 3.1.16. CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA POR FALTA DE CUIDADO DEL PACIENTE O COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES NO RECOMENDADAS POR EL MÉDICO TRATANTE POSTERIOR A LA CIRUGÍA; ASÍ COMO EL INCUMPLIMIENTO DEL PACIENTE A LAS PRESCRIPCIONES MÉDICA.
- 3.1.17. NO SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ESTÉTICA QUE SE EFECTÚEN A PERSONAS QUE PROVENGAN DEL EXTERIOR SIN TENER POR LO MENOS TRES (3) DÍAS CALENDARIO DE ADAPTACIÓN, SI EL PACIENTE PROVIENE DE ALGÚN PAÍS DE AMÉRICA O, SEIS (6) DÍAS CALENDARIO SI EL PACIENTE PROVIENE DE OTRO CONTINENTE.
- 3.1.18. COMPLICACIONES DERIVADAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS NO PLANEADOS NI REPORTADOS A LA COMPAÑÍA.
- 3.1.19. ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES O CAMBIOS DE SEXO, AUNQUE ESTE DE POR MEDIO EL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO.
- 3.1.20. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO CON DOLO O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, POR PARTE DEL MÉDICO CIRUJANO O LA ENTIDAD HOSPITALARIA.
- 3.1.21. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA Y HOSPITALARIA.
- 3.1.22. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

4. CLÁUSULA CUARTA DEFINICIONES

Para efectos de este seguro se entenderá por:

Asegurado: La persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro y quien deberá aceptarlo de manera expresa. Para el caso concreto, el asegurado será el paciente que se someta a una cirugía estética, en los términos y condiciones generales y especiales establecidas en ésta póliza:

Beneficiario: La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) a quien se le reconoce el derecho a percibir la indemnización derivada de ésta póliza en la cuantía que se designe.

Cirugía Plástica: es la especialidad médica que tiene como función llevar a la normalidad funcional y anatómica la cobertura corporal, es decir la forma del cuerpo de las personas. Mediante cirugía busca reconstruir las deformidades y corregir las deficiencias funcionales mediante la transformación del cuerpo humano.

Cirugía de Alta Complejidad: Hace referencia a procedimientos reconstructivos del más alto nivel que involucran la reparación funcional y estética de diferentes órganos de la economía corporal haciendo acopio de conocimientos de alto desarrollo en el campo de la cirugía plástica.

Cirugía de Baja Complejidad: Reparación simple superficial de cara, oídos, párpados, nariz, membranas mucosas de 7.6 a 12.5 cm o de cualquier parte del cuerpo.

Código Nota técnica: 17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001

Complicación en cirugía estética: Diversas contraindicaciones no conocidas, secuelas, resultados no esperados, entre otras consecuencias, que se producen a raíz de tratamientos aplicados u otros actos médicos, que no responden a una actuación dolosa o culposa del médico cirujano plástico o de la entidad hospitalaria.

Cobertura: La suma o indemnización que la Compañía deba pagar por la realización del riesgo asegurado.

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 COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Deducible: Es la parte inicial de los gastos causados que, durante cada período de tratamiento, debe ser asumida por el Asegurado.

Hospitalización: La permanencia en un establecimiento hospitalario, siempre que cause pensión hospitalaria o uso de sala de cirugía o anestesia

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Establecimiento que reúne todos los requisitos técnicos para prestar atención a los pacientes y que estén debidamente reconocidas y registradas de acuerdo con las disposiciones legales.

Médicos y profesionales de la salud: Las personas naturales que, cumpliendo los requisitos legales, estén autorizadas para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o paramédica respectiva.

Periodo de tratamiento: Son los lapsos continuos o discontinuos siempre que entre estos últimos medien menos de treinta (30) días calendario durante los cuales cualquier persona asegurada esté recibiendo asistencia médica para un mismo accidente o afección o para sus causas, consecuencias o afecciones concomitantes.

La responsabilidad de la Compañía por cada período de tratamiento no excederá de los topes estipulados en la presente póliza.

Póliza: Documento que contiene las condiciones generales, especiales y particulares que identifican el riesgo.

Prima: Precio del seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Procedimiento quirúrgico funcional no estético es aquel que se efectúa bajo anestesia general en un centro hospitalario y cuyo resultado determina un cambio funcional no afectando al aspecto estético del paciente.

Tomador del seguro: La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que contrata el seguro y a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado o Beneficiario

Valor asegurado: según el valor pactado por las partes, el cual aparecerá en la carátula de la póliza y determinará la suma que deberá pagar la aseguradora en caso de siniestro.

5. CLÁUSULA QUINTA LIMITACIONES DE COBERTURA

Los gastos médicos, de urgencias, hospitalarios y quirúrgicos que se deriven de una complicación amparada, se reconocerán acorde con los términos y condiciones de la presente póliza, o hasta agotar la suma asegurada contratada, lo que ocurra primero.

6. CLÁUSULA SEXTA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS AMPARADOS

6.1. CIRUGÍA DE BAJA COMPLEJIDAD

1. Aumento de pectorales en varones.
2. Blefaroplastia y procedimientos quirúrgicos estéticos de los párpados.
3. Braquioplastia.
4. Cilioplastia o elevación de cejas.
5. Frontoplastia.
6. Implante pantorrilla.
7. Otoplastia y todos los procedimientos estéticos de pabellón auricular.
8. Pexia de senos.
9. Rejuvenecimiento facial con láser.
10. Rinoplastia, rinoseptoplastia o corrección de rinofima.
11. Trasplante capilar.
12. Mentoplastia y malaroplastia (aumento o disminución).
13. Dermodespigmentación.
14. Dermodepilación.

Código Nota técnica: 17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001

15. Eliminación de tatuajes.
16. Dermoabrasión.
17. Operatoria dental.
18. Blanqueamiento dental.
19. Implantología dental.
20. Rehabilitación dental.
21. Cirugía oral.
22. Diseño de sonrisa.
23. Cirugía refractiva, lasik.
24. Implante de lentes fauquicos.
25. Anillos estromales.
26. Lipoescultura.
27. Lipoplastia.
28. Liposucción.

6.2. CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD

1. Abdominoplastia.
2. Dermolipectomia.
3. Elevación de muslos.
4. Gluteoplastia.
5. Implantes mamarios.
6. Implantes glúteos.
7. Mamoplastia de aumento.
8. Mamoplastia reductora.
9. Remoción o reemplazo de prótesis.
10. Ritidoplastia facial o ritidectomía.
11. Disfunción en oclusión y temporomandibular.
12. Liposucción por encima de 5.000 cc.
13. Combinación de liposucción de < 5000cc con mamoplastia.

Cualquier Procedimiento que no esté incluido dentro de los nombrados anteriormente, y que se desee queden cubiertos por la presente póliza, deberá incluirse como una condición particular de la misma siempre y cuando se evalué el riesgo y sea aceptado expresamente por el área de suscripción de la dirección de Salud de la Compañía.

El asegurado podrá realizarse dos o más cirugías estéticas en una misma sesión siempre y cuando las mismas no tome más de 6 horas en quirófano.

7. CLÁUSULA SÉPTIMA EIDADES DE INGRESO AL ASEGURO

La edad mínima de ingreso a esta cobertura es dieciocho (18) años; la edad máxima de ingreso a esta cobertura es de sesenta (60) años de edad.

Sí el asegurado no cumple con la edad mínima de ingreso o supera la edad máxima de cobertura, no estará cubierto por esta póliza.

8. CLÁUSULA OCTAVA REPORTE Y CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS.

Para la cobertura de la póliza el tomador deberá haber reportado a la Compañía los procedimientos quirúrgicos estéticos a realizar como mínimo, 72 horas antes de iniciar el procedimiento.

En caso de no realización de la Cirugía, esta se deberá reportar a la Aseguradora como máximo 48 horas después de la hora y fecha programada.

9. CLÁUSULA NOVENA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra con base en los datos facilitados por el Tomador y Asegurado del seguro en la declaración que se realice sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por la Compañía, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente, quedando obligados a comunicar a la Compañía cualquier modificación del estado del riesgo.

En tal virtud, tanto el Tomador como el Asegurado se encuentran obligados a notificar por escrito a la Compañía, los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con una antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Tomador o Asegurado, o si es conocida por alguno de ellos.

Código Nota técnica: 17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001

Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, la Compañía podrá modificar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de la fecha en la que la misma tenga conocimiento de dicha modificación, o podrá revocar unilateralmente la póliza.

La falta de notificación oportuna produce la terminación automática del contrato.

10. CLÁUSULA DÉCIMA DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

El Tomador y Asegurado están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por la Compañía.

La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador y Asegurado han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del Tomador y Asegurado, el contrato no será nulo, pero la Compañía sólo estará obligada, en caso de siniestro a pagar un porcentaje del valor asegurado, equivalente al que la tarifa o prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Esta sanción no se aplica si la Compañía, 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.

11. CLÁUSULA UNDÉCIMA VIGENCIA

La vigencia técnica de la póliza será de treinta (30) días calendario contados a partir de la hora 24:00 de la emisión de la póliza.

12. CLÁUSULA DUODÉCIMA PAGO DE LA PRIMA

El contrato de seguros es de naturaleza consensual.

El presente seguro se establece mediante un pago único, que deberá ser cancelado por parte del Tomador, antes de que se practique la cirugía estética

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA PERIODO DE COBERTURA O PLAN DE SEGURO

El periodo de cobertura o plan de seguro se define como el periodo durante el cual la Compañía fija la suma asegurada contratada, de acuerdo con lo previamente convenido con el asegurado al momento de la suscripción del contrato y lo estipulado en la solicitud de la póliza.

14. CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA AVISO DEL SINIESTRO

El Tomador y el Asegurado, deberán dar aviso a la Compañía de la ocurrencia del siniestro, es decir, toda complicación posterior a la cirugía estética que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que la haya conocido o debido conocer.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA VALOR ASEGURADO

Para efectos del presente anexo, la suma asegurada es el valor estipulado en el certificado entregado a cada persona asegurada, teniendo en cuenta la cobertura contratada a saber:

- Complicaciones de procedimientos quirúrgicos estéticos.

Código Nota técnica: 17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001

- Complicaciones de procedimientos quirúrgicos estéticos únicos de baja complejidad.
- Complicaciones de procedimientos quirúrgicos estéticos únicos de alta complejidad.

**16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA
PAGO DEL VALOR ASEGURADO**

El pago de la indemnización se podrá realizar de la siguiente forma:

Mediante pago directo de la Compañía previa autorización de nuestra línea a la red de instituciones de la Compañía.

Pago por reembolso al asegurado, quien asume directamente el pago de los servicios objeto de cobertura; el valor máximo a indemnizar será de acuerdo a las condiciones descritas y establecidas en las condiciones particulares de esta póliza.

En el evento en el que el Asegurado se practique dos o más procedimientos en una cirugía estética, la Compañía pagará hasta el monto máximo amparado.

**17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA
REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR REEMBOLSO**

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el asegurado, para acreditar la ocurrencia del siniestro, deberá aportar documentos tales como:

- Solicitud de reembolso de gastos.
- Copia del certificado médico.
- Copia de la historia clínica completa donde conste las descripciones quirúrgicas del procedimiento inicial y el manejo de la complicación, resultado patológico si fuere el caso.
- Cuenta discriminada de gastos clínicos.
- Otras cuentas pagadas a instituciones, médicas, paramédicas, drogas, laboratorios y todos aquellos que sean solicitados en la reclamación.
- Así mismo, se aceptarán otras pruebas supletorias establecidas en la Ley que demuestren el derecho al pago de la prestación asegurada.

Los documentos señalados no constituyen el único medio probatorio para acreditar la ocurrencia del siniestro, pero en todo caso las pruebas presentadas por el asegurado deben ser idóneas y con validez legal para acreditar los hechos que configuran el siniestro.

Después de haber recibido y aprobado las reclamaciones, la Compañía reembolsará los gastos cubiertos por esta póliza al Tomador o al Asegurado principal.

**18. CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA
PÉRDIDA 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.

**19. CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA
TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL**

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

No pago de la prima.

Revocación de la póliza por parte del tomador o del asegurado.

**20. CLÁUSULA VIGÉSIMA
REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

El contrato de seguro quedará revocado en la fecha señalada por el Tomador o asegurado en su escrito de solicitud, o en su defecto en la fecha en que sea radicada.

**21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA
PRESCRIPCIONES**

La prescripción de las acciones que se deriven del presente Contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen, podrá ser ordinaria o extraordinaria.

Código Nota técnica: 17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no podrán ser modificados por las partes.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

Se establece como obligación del tomador, asegurado o beneficiario diligenciar el formulario de Conocimiento del Cliente a través de contratos de seguros, exigidos por la Superintendencia Financiera de Colombia, con información veraz y verificable; así como actualizar sus datos por lo menos una vez al año, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según el producto o servicio. En el evento en que se incumpla con la presente obligación, la Compañía hará uso de su facultad de revocar unilateralmente el contrato de seguro, en los casos en que a ello hubiere lugar.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la póliza y ubicada en la República de Colombia.

24. CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, sólo producirán efectos si han sido dirigidas al domicilio de la Compañía.

Las comunicaciones de la Compañía al Tomador, Asegurado o Beneficiarios del seguro, sólo producirán efecto si se han dirigido al más reciente domicilio registrado en la misma.

25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para la aseguradora de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia aumentado en la mitad. Adicionalmente el artículo 1053 del Código de Comercio establece en el numeral 3 que la póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en el evento en el que transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.

26. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA GARANTÍAS

El Tomador y el Asegurado se obligan con la Compañía a dar cumplimiento de las siguientes condiciones:

El máximo de procedimientos en una sesión operatoria no debe exceder de seis (6) procedimientos. Un máximo de dos procedimientos de alta complejidad acompañado de máximo cuatro menores de baja complejidad.

El tiempo máximo permisible en la sala de operaciones no puede exceder de ocho horas continuas.

En los casos donde el procedimiento quirúrgico estético incluya además la liposucción o lipoescultura, la lipoinyección glútea, esta última debe reportarse como procedimiento adicional es decir se trata de un procedimiento quirúrgico múltiple.

Cuando se realicen procedimientos de alta complejidad como: liposucción por encima de 5.000 cc; procedimientos combinados de liposucción de 3.000 cc, asociados a una cirugía de lipectomía abdominal o mamoplastia de aumento, o procedimientos de liposucción de 2.000 cc, asociados a una lipectomía o Minilipectomía abdominal y mamoplastia, se deben cumplir con los protocolos establecido por el profesional o institución para la reserva y suministro de hemoderivados intra y post operatorios que son parte integral del procedimiento quirúrgico estético.

El incumplimiento por parte del Tomador de las indicadas garantías, dará lugar a la anulación del contrato de seguro.

Código Nota técnica:17/07/2017-1430-NT-P-35-56CNT96308072017

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma	Canal de Comercialización
Solicitud	01/10/2017	1430	p	35	VTE-56739-Oct/17	D001