PÓLIZA DE VIDA GRUPO
ANEXO PARA COMPLICACIONES DE CIRUGÍA ESTÉTICA

Mediante el presente anexo, previo el pago de la prima adicional correspondiente y siempre y cuando figure como contratada en la carátula de la póliza a la cual accede, PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., que en adelante se denominará PALIC o LA COMPAÑÍA indistintamente, conviene el otorgar la siguiente cobertura:

CONDICIONES PARTICULARES

PRIMERA – AMPARO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y NO OBSTANTE LO QUE SE DIGA EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO, PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., AMPARA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y DE ESTE ANEXO, PAGANDO COMO ANTICIPO DEL AMPARO BÁSICO DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, LOS GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS, QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR COMO CONSECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE UN PROCEDIMIENTO ESTÉTICO DE LIBRE ELECCIÓN, CUBIERTO POR ESTE ANEXO, SIEMPRE Y CUANDO DICHO PROCEDIMIENTO SEA REALIZADO POR MÉDICOS CIRUJANOS O PROFESIONALES DE LA SALUD CON ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA RESPECTIVA Y DEBIDAMENTE RECONOCIDOS POR EL ESTADO COLOMBIANO Y EL MISMO (EL PROCEDIMIENTO) SE ENCUENTRE APROBADO POR 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 Y/O LAS SOCIEDADES MÉDICAS Y/O CIENTÍFICAS RESPECTIVAS.

PERIODO DE LA COBERTURA.

LA COMPAÑÍA OTORGA COBERTURA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO HASTA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ESTÉTICA. EN CASO DE PRESENTARSE, DENTRO DE DICHO LAPSO, UNA COMPLICACIÓN, DERIVADA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO REALIZADO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LOS GASTOS MÉDICOS DE URGENCIAS, HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS NECESARIOS Y RELACIONADOS CON LA COMPLICACIÓN, HASTA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LA COMPLICACIÓN O HASTA EL VALOR CONTRATADO.

LIMITACIONES DE COBERTURA.

LOS GASTOS MÉDICOS, DE URGENCIAS, HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS QUE SE DERIVEN DE UNA COMPLICACIÓN AMPARADA, SE RECONOCERÁN COMO ANTICIPO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA EL AMPARO BÁSICO, ACORDE CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PRESENTE ANEXO, O HASTA AGOTAR DICHA SUMA, LO QUE OCURRA PRIMERO.

EN CASO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA ESTABLECIDO, LA COMPAÑÍA PROCEDERÁ A PAGAR EL MISMO HASTA POR EL VALOR MÁXIMO CONTRATADO. EN CASO DE HABERSE HECHO UN ANTICIPO COMO CONSECUENCIA DE UNA COMPLICACIÓN, ESTE VALOR SE DESCONTARÁ DE LA SUMA A PAGAR.

LOS SIGUIENTES SON LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA ESTETICA AMPARADOS, CADA UNO ES CONSIDERADO COMO UN PROCEDIMIENTO, POR LO QUE DEBERÁ REPORTARSE DE MANERA SEPARADA PREVIO A LA INTERVENCIÓN:

PROCEDIMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD

1. **BLEFAROPLASTIA**
2. **BRAQUIOPLASTIA**
3. **ELEVACIÓN COLA DE CEJA**
4. **FRONTOPLASTIA**
5. **HIDROLIPOCLASIA**
6. **MENTOPLASTIA**
7. **MICROTRANSPLANTE CAPILAR**
8. **OTOPLASTIA**
9. **RINOPLASTIA**
10. **BICHETOMÍA**
11. **CANTOPEXIA**
12. **CERVICOPLASTIA**
13. **DERMOABRASIÓN**
14. **GINECOMASTIA**
15. **IMPLANTE PANTORRILLA**
16. **IMPLANTES PECTORALES**
17. **MAMOPLASTIA (AUMENTO, REDUCCIÓN, PEXIA)**
18. **SEPTORRINOPLASTIA**
19. **RESECCIÓN GLÁNDULAS SUPERNUMERARIAS**

PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD:

1. **ABDOMINOPLASTIA**
2. **CIRUGÍA ORTOGNÁTICA**
3. **CRUROPLASTIA**
4. **GLUTEOPLASTIA**
5. **LIPECTOMÍA**
6. **LIPOESCULTURA**
7. **LIPOINYECCIÓN GLÚTEA**
8. **LIPOSUCCIÓN**
9. **RITIDOPLASTIA**
10. **VAGINOPLASTIA**
11. **DORSOPLASTIA**

GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE COMPLICACIONES POR CIRUGÍA ESTÉTICA.

LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UNA COMPLICACIÓN ORIGINADA DE UN PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA ESTÉTICA EL VALOR DE LOS GASTOS MEDICOS NECESARIOS PARA SU ATENCIÓN EXCEPTO LOS NO RELACIONADOS CON DICHA COMPLICACIÓN

SUJETO A LAS CONDICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN, SE CUBREN LOS GASTOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y QUIRÚRGICOS QUE SURJAN DE LA COMPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ESTÉTICA REALIZADOS EN UN MISMO ACTO QUIRÚRGICO:

A) PARA DAR COBERTURA AL PACIENTE, ASEGURADO DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL, EL TOMADOR DEBERÁ REPORTAR A LA COMPAÑÍA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS A REALIZAR COMO MÍNIMO DOS (2) HORAS ANTES DE INICIAR EL ACTO QUIRÚRGICO.

B) EN LOS CASOS DE LIPOSUCCIÓN CON EXTRACCIÓN DE MÁS DE 5.000CC, SÓLO PODRÁ EFECTUARSE ÉSTA COMO PROCEDIMIENTO ÚNICO, INCLUYÉNDOSE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN CASO DE REQUERIRSE, COMO PARTE DEL PROCEDIMIENTO Y NO COMO COMPLICACIÓN DEL MISMO.

EL MÁXIMO NIVEL AUTORIZADO DE EXTRACCION ES DE 8.000CC.

C) EN LOS CASOS DE LIPOSUCCIÓN CON EXTRACCIÓN DE MAS DE 3.000CC., Y ESTÉ ASOCIADO CON OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ALTA COMPLEJIDAD, DEBERÁ INCLUIR LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN CASO DE REQUERIRSE, COMO PARTE DEL PROCEDIMIENTO Y NO COMO COMPLICACIÓN DEL MISMO.

D) LAS CIRUGÍAS DEL CONTORNO CORPORAL, LA LIPECTOMÍA Y LAS LIPOSUCCIONES CON EXTRACCIÓN DE MÁS DE 3.000CC, ASI COMO LA ASOCIACION DE DOS (2) PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ALTA COMPLEJIDAD, REQUIEREN DE MANEJO POST OPERATORIO INTRAHOSPITALARIO, DE POR LO MENOS 20 HORAS, CON TERAPIA RESPIRATORIA Y USO DE INCENTIVO RESPITARORIO, O QUE EL EGRESO DE LA CLÍNICA OCURRA AL DÍA SIGUIENTE.

EN ESTOS CASOS EL PACIENTE DEBE SER SOMETIDO, ADEMAS, A TERAPIA PREVENTIVA DE ANTICOAGULACIÓN.

E) CUANDO SE REALICEN PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD SE DEBEN CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL PROFESIONAL O INSTITUCIÓN PARA LA RESERVA Y SUMINISTRO DE HEMODERIVADOS INTRA Y POST OPERATORIOS QUE SON PARTE INTEGRAL DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO.

F) EL MÁXIMO DE PROCEDIMIENTOS EN UNA SESIÓN OPERATORIA NO DEBE EXCEDER DE SEIS (6) PROCEDIMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD, O DE DOS (2) PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y HASTA CUATRO (4) PROCEDIMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

G) EL TIEMPO MÁXIMO PERMISIBLE EN LA SALA DE OPERACIONES ES DE OCHO (8) HORAS CONTINUAS, TENIENDO EN CUENTA QUE TODO ACTO QUIRÚRGICO QUE EXCEDA DE SEIS (6) HORAS DEBE PERMANECER EN OBSERVACIÓN CLÍNICA COMO MÍNIMO 20 HORAS O SALIR AL DÍA SIGUIENTE.

H) EL SEGURO NO CUBRE LOS HONORARIOS MÉDICOS POR REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRACTICADA POR EL MISMO MÉDICO CIRUJANO, POR COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA INICIAL

I) EL MÉDICO CIRUJANO DEBE SALVAGUARDAR LA INTEGRIDAD DE SU PACIENTE EN TODO MOMENTO Y, EN CASO DE PRESENTARSE UNA COMPLICACION, VELAR QUE LOS PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS PRESTADOS POR CUALQUIER INSTITUCION, SEAN MÉDICAMENTE PERTINENTES O NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA MISMA.

J) PARA LOS ASEGURADOS QUE RESIDEN FUERA DE COLOMBIA, EL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN POR LAS COMPLICACIONES SURGIDAS DENTRO DEL PERÍODO DE BENEFICIO ESTIPULADO EN EL PERIODO DE COBERTURA, SERÁ IGUAL AL VALOR QUE HUBIERE SIDO RECONOCIDO POR LA COMPAÑÍA SI LA COMPLICACIÓN OCURRE EN COLOMBIA, A TARIFAS PAN AMERICAN LIFE Y HASTA EL VALOR MÁXIMO CONTRATADO.

SEGUNDA - EXCLUSIONES

LA COMPAÑIA NO PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO OTORGADO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, CUANDO SEA COMO CONSECUENCIA DE:

A) CUALQUIER RECLAMO O CUALQUIER GASTO INCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO.

B) LAS COMPLICACIONES O TRATAMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN EN CURSO AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL(A) PACIENTE ASEGURADO(A).

C) **CUALQUIER RECLAMACIÓN DIRECTA O INDIRECTAMENTE RELACIONADA CON BENEFICIOS DE CUALQUIER CLASE QUE PUEDAN SER PAGADOS O PAGADEROS BAJO LA LEGISLACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO O DE SALUD O ALGUNA OTRA LEGISLACIÓN LABORAL O GUBERNAMENTAL O POLÍTICA OBLIGATORIA EN COLOMBIA, BAJO LA CUAL ESTOS GASTOS PUEDAN SER CUBIERTOS ORIGINALMENTE.**

D) **SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO.**

E) **LAS COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE SE DERIVEN DE UN TRATAMIENTO O POR EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS O PRODUCTOS NO PRESCRITOS O AVALADOS POR LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS TRATANTES.**

F) **TRATAMIENTO MÉDICO, EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS.**

G) **CIRUGÍAS ADICIONALES EN EL ÁREA AFECTADA PARA MEJORAR LA APARIENCIA O GASTOS MÉDICOS PROVENIENTES DE LA INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O CON EL RESULTADO COSMETOLÓGICO.**

H) **EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS DE COMPLICACIONES CUYO MANEJO SE REALICE O DEBA REALIZARSE POR CONSULTA EXTERNA.**

I) **PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE PERTINENTES O NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA COMPLICACIÓN.**

J) **COMPLICACIONES QUE SE DERIVEN DE PATOLOGÍAS PREEXISTENTES O RELACIONADAS CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DEL PRESENTE ANEXO Y QUE NO ESTÉN COMPENSADAS AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA O RIESGO ANESTÉSICO DE ASA III EN ADELANTE.**

K) **HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO AL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS POR LAS LEYES COLOMBIANAS EN CUANTO A AUTORIZACIÓN LEGAL PARA OPERAR, HIGIENE, 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.**

L) **PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS POR MÉDICOS CIRUJANOS QUE NO TENGAN ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA Y DEBIDAMENTE RECONOCIDOS POR EL ESTADO COLOMBIANO.**

M) **NO SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA ESTÉTICA QUE SE EFECTÚEN A PERSONAS QUE PROVENGAN DEL EXTERIOR SIN TENER POR LO MENOS VEINTICUATRO (24) HORAS DE ADAPTACIÓN/ACLIMATACIÓN EN COLOMBIA.**

N) **EL NO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO CON ANTICIPACIÓN A LA FIRMA DE LA SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL POR PARTE DEL PACIENTE.**

O) **COMPLICACIONES DERIVADAS POR LA FALTA DE CUIDADO DEL PACIENTE O COMO CONSECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES NO RECOMENDADAS POR EL MÉDICO TRATANTE POSTERIOR A LA CIRUGÍA.**

P) **TODA COMPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O SERVICIOS AMPARADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, REALIZADOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO, NO ADVERTIDO AL MÉDICO, DE SU CONDICIÓN DE HIV POSITIVO, O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), Y QUE SU ESTADO NO SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE CONTROLADO.**

Q) **COMPLICACIONES DERIVADAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NO PLANEADOS NI REPORTADOS A LA COMPAÑÍA O QUE NO SE RELACIONEN CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO.**

R) **COMPLICACIONES DERIVADAS DE IMPERICIA O IMPRUDENCIA MÉDICA.**

S) **COMPLICACIONES DERIVADAS DE MAL USO DE LOS EQUIPOS O DEFECTO DE LOS MISMOS.**

T) **COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA REUTILIZACIÓN DE PRÓTESIS.**

U) **EL COSTO DE LAS PRÓTESIS UTILIZADAS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTÉTICO Y/O EN LA ATENCION DE LA COMPLICACION.**

V) **CIRUGÍAS PLÁSTICAS DE TIPO RECONSTRUCTIVO, APLICACIÓN O EXTRACCIÓN DE BIOPOLÍMEROS O SUSTANCIAS SIMILARES.**

TERCERA - DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente anexo se entiende por:

Tomador: Centro hospitalario, institución prestadora de servicios de salud o médico especialista que contrata el presente anexo.

Asegurado(a)/paciente: Persona del grupo asegurado que han sido sometidos a cirugía estética.

Centro hospitalario o institución prestadora de servicios de salud (hospital o clínica): Establecimiento legalmente registrado, habilitado y autorizado que reúne las condiciones exigidas para prestar servicios de salud en Colombia.

Diagnóstico: Es toda identificación de una enfermedad o lesión, fundada en los signos o síntomas manifestados por el paciente, confirmados por evidencias clínicas y paraclínicas.

Enfermedad/complicación: Es la alteración del estado de salud del organismo humano, caracterizado por la manifestación de signos y síntomas claros que enmarcan un proceso patológico definido y clasificado científicamente y cuyo diagnóstico debe ser realizado por un profesional de la salud.

Evento: Comprende todos los tratamientos médicos continuos o discontinuos que requiera cualquiera de los asegurados, debidos a una misma causa relacionados entre sí.

Hospitalización (internación): Es la permanencia en un hospital o clínica como paciente interno estando el asegurado bajo el cuidado y atención de un médico o de un equipo de profesionales de la salud.

Médico Cirujano: profesional en medicina, especialista debidamente reconocido por el estado colombiano, que cumpliendo los requisitos legales, está autorizado para el ejercicio de la profesión en el área clínica y quirúrgica especializada.

Preexistencia: enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada, cirugía que haya sido practicada, o accidente que haya sufrido el(la) paciente asegurado(a) con anterioridad a la fecha de iniciación de vigencia de la presente póliza y de este anexo.

Tratamiento: Conjunto de medios terapéuticos por los cuales se controla o alivia una enfermedad o complicación.

Unidad de cuidados intensivos (uci): Es el lugar de cuidado especializado en el centro hospitalario, dotado con recursos humanos y equipos especiales donde se presta atención permanente al paciente crítico.

Deducible: Es el valor a cargo del asegurado, por concepto de los servicios estipulados en la solicitud certificado entregada a cada persona asegurada, imputable a los gastos incurridos para la atención de las complicaciones como consecuencia del procedimiento quirúrgico amparado.

Múltiples Procedimientos: Hace referencia a dos o más procedimientos quirúrgicos estéticos definidos y/o aprobados por Pan American Life. El tomador podrá solicitar la definición de un procedimiento múltiple previamente a la realización del procedimiento quirúrgico; la compañía, se reserva el derecho de aprobar dicha solicitud.

Tarifas Pan American Life: Son las tarifas de convenio que tiene pactadas Pan American Life con las instituciones hospitalarias y médicos para la atención de sus asegurados.

CUARTA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

El valor asegurado individual será el registrado en la solicitud certificado entregada a cada persona asegurada, teniendo en cuenta la cobertura contratada a saber: SEGURO DE VIDA CON ANEXO PARA COMPLICACIONES DE CIRUGÍA ESTÉTICA, el cual funciona como anticipo del valor contratado en el amparo básico de la póliza de Vida Grupo a la cual accede el presente anexo.

QUINTA - AVISO Y CANCELACION DE PROCEDIMIENTOS

Para la cobertura de la póliza individual, el tomador deberá haber reportado a la Compañía la totalidad de los procedimientos quirúrgicos estéticos a realizar como mínimo dos (2) horas antes de iniciar el procedimiento.

En caso de no realización de la Cirugía, esta se deberá reportar a la compañía de seguros, como máximo 48 horas después de la hora y fecha programada, de lo contrario se entenderá como realizada y procederá el cobro de la prima.

SEXTA - AVISO Y PAGO DE RECLAMACIONES

La reclamación deberá ser presentada por el Tomador o el asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer, mediante pruebas que acrediten la ocurrencia del siniestro de acuerdo a con lo señalado en el artículo 1077 del Código de Comercio. Para este caso es necesario y obligatorio que la prima se encuentre al día, de lo contrario se objetara.

El pago de la reclamación se hará a Tarifas de Pan American Life de la siguiente manera, buscando siempre salvaguardar la vida y salud del paciente:

a. Mediante pago directo de la Compañía previa autorización, al tomador, cirujano plástico o clínica de cirugía estética tratante, o a la red de instituciones de la Compañía.

b. Mediante pago por rembolso con deducible del 10% al asegurado, quien asume directamente el pago de los servicios objeto de cobertura en la clínica o médico de su preferencia y tramita el rembolso.

La reclamación no se entenderá plenamente presentada hasta tanto no se alleguen todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. Para el efecto se podrán presentar los documentos que se consideren relevantes, pero en todo caso con la presentación de los siguientes documentos, se entenderá debidamente demostrada la ocurrencia del siniestro:

a. Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciado (Formato de reporte de complicaciones).

b. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del(a) asegurado(a) o pasaporte completo si es extranjero(a).

c. Original de la(s) factura(s), debidamente cancelada(s), en la(s) que se discrimine(n) el(los) procedimiento(s) y gasto(s) incurrido(s) como consecuencia de las complicaciones causadas por procedimientos de cirugía estética.

d. Historia Clínica completa en donde se indique la fecha de diagnóstico y los exámenes médicos adelantados para llegar a dicho diagnóstico, nota quirúrgica o epicrisis de la cirugía que dio origen a la atención (urgencias, hospitalización o cirugía) por complicaciones derivadas de un procedimiento quirúrgico.

e. Consentimiento informado debidamente diligenciado.

La Compañía pagará la indemnización dentro del término consagrado en el artículo 1080 del código de comercio.

La Compañía podrá en todo caso solicitar la documentación o exámenes que considere necesarios para comprobar la ocurrencia del siniestro cuando esto no haya sido plenamente demostrado con la reclamación. Así mismo, podrá a su propio costo, hacer examinar al asegurado cuya complicación es la base del reclamo, las veces que lo estime razonablemente necesario.

SÉPTIMA – EDAD DE INGRESO

No obstante lo previsto en las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede el presente anexo, son objeto de cobertura asegurados entre 10 y 75 años de edad; los asegurados entre 65 y 75 años de edad, requieren autorización de la compañía de seguros, con condiciones particulares en cada caso.

OCTAVA - BENEFICIARIO

El beneficio otorgado por el presenta anexo será pagado al asegurado o al (los) beneficiario(s) señalado(s) en el Certificado Individual de Seguro, si el Asegurado fallece con posterioridad a la fecha en que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro.

NOVENA – PAGO DE LA PRIMA

Las primas de la póliza individual están calculadas para el periodo de cobertura, su pago es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro individual.

DECIMA – TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

La cobertura indicada en el presente anexo terminará automáticamente, cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

a. No pago de la prima de la póliza individual
b. Al vencimiento de la vigencia de la póliza.
c. A partir del momento en que PALIC hubiese realizado y finalizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.
d. Cuando PALIC, cancele la indemnización correspondiente del Anexo de Incapacidad Total y Permanente, si la póliza a la cual accede el presente anexo lo tuviere contratado.
e. Por solicitud expresa del Tomador o asegurado de la cancelación de esta cláusula adicional.

DÉCIMA PRIMERA - REVOCACIÓN

El presente anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por PALIC, mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito a PALIC.

DÉCIMA SEGUNDA - RED DE ATENCIÓN DE SINIESTROS

Independientemente si la atención del siniestro se inicia dentro de la Red de instituciones o médicos en convenio o fuera de ella, el asegurado en el momento que lo considere, podrá cambiarse de alternativa. Si el asegurado desea combinar los servicios hospitalarios en la Red de La Compañía y Honorarios Médicos fuera de ésta o viceversa la reclamación será atendida y ajustada a lo indicado en este contrato para cada amparo. Los servicios pre-autorizados, incurridos fuera de la Red estarán sujetos al pago de lo que hubiera sido el costo del tratamiento dentro de la Red y además estarán sujetos al deducible.

DÉCIMA TERCERA - DERECHO DE INSPECCIÓN

PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., se reserva el derecho de inspeccionar los libros, documentos, historia clínica de los(las) pacientes asegurados(as), que estén en poder del Tomador del seguro, Médico, Clínica y Hospital y que se refieran al manejo de este anexo y/o a las reclamaciones del seguro derivadas del mismo.

DÉCIMA CUARTA - CONDICIONES APLICABLES

Para lo no previsto expresamente en el presente anexo, este se regirá por las condiciones Generales de la Póliza a la cual accede, de la cual es parte integrante y accesoria, de modo que sólo será válido y regirá mientras la póliza esté vigente.

DÉCIMA QUINTA - PRESCRIPCIÓN

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DE LA PRESENTE PÓLIZA SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.