BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
ASISTENCIA DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA
SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL AZURE PLUS

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A., que en adelante se llamará BMI, otorga el presente anexo que será parte integral de la Póliza de Salud y estará sujeto a sus condiciones y exclusiones, así como a las particulares descritas en el presente Anexo.

Queda entendido que la obligación de la Aseguradora se limita a la prestación del servicio a través de un tercero, que en este caso es Sigma Dental de Colombia Ltda., en virtud del acuerdo al que ha adherido la Aseguradora.

CONDICIÓN 1 - AMPARO:

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LOS GASTOS POR SERVICIOS ODONTOLÓGICOS INDICADOS COMO CUBIERTOS EN LA SIGUIENTE CONDICIÓN 1, AMPARO, QUE SEAN PRESTADOS A LAS PERSONAS INSCRITAS PARA ESTA COBERTURA. LOS SERVICIOS SERÁN LOS SIGUIENTES:

Medicina Bucal:
Examen Clínico (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento)

Prevención:
- Sellantes de Fosas y Fisuras.
- Aplicación Tópica de Flúor.
- Enseñanza de la Técnica de Cepillado, Uso del Hilo Dental e Higiene Bucal.

Periodoncia:
- Detartraje Simple (Limpieza Sencilla).
- Profilaxis Dental (Pulido).

Restauradora y Operatoria:
- Amalgamas en dientes posteriores.
- Resinas en anteriores.
- Vidrio Ionoméricos.

Cirugía:
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
- Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.

Radiografías:
- Periapicales y Coronales de Diagnóstico y las requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura realizados en el consultorio del profesional a cargo de su atención.

Emergencias: Tratamiento inicial y medicación en los casos de:
- Emergencias Periodontales (Curetaje radicular localizado, Eliminación de contacto Prematuro, Medicación en caso de Dolor Muscular y Abscesos).
- Emergencias Protésicas: Cementado provisional de coronas y puentes fijos, Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio, Medicación en el caso de Estomatitis Sub-protésica.
- Cuando la emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CONDICIÓN 2. - EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE:

A) TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS ESPECIALIDADES SIGUIENTES: CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA NO CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN LA CONDICIÓN 1.

B) EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES: ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES. ESTE ANEXO NO CUBRE ESTE TIPO DE EMERGENCIAS, YA QUE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA MÉDICA, AMPARADA POR PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y/O HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA. ADEMÁS REQUIERE DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO (CIRUJANOS PLÁSTICOS, TRAUMATÓLOGOS, CIRUJANOS MAXILOFACIALES Y ANESTESIÓLOGOS) Y EL USO DE TECNOLOGÍA Y EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO SOFISTICADOS. EL TRATAMIENTO ES COMÚNMENTE QUIRÚRGICO Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

C) ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS (NO OBSTANTE, NO TENDRÁN COSTO ALGUNO LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y AMPARADOS DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN 1, LUEGO DE ESTAR EL PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN).

D) DEFECTOS FÍSICOS.

E) ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.

F) RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.

G) ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3 DE ESTE ANEXO.

NO OBSTANTE SI EL ASEGURADO REQUIERE TRATAMIENTOS O SERVICIOS QUE NO SE INCLUYAN EN EL PRESENTE ANEXO, PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE A LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS DE LA RED, QUIENES EFECTUARÁN UN DESCUENTO ENTRE UN 10% y UN 30% RESPECTO DE SUS TARIFAS NORMALES, DEBIENDO EL ASEGURADO PAGAR TODOS LOS COSTOS QUE SE GENEREN POR DICHOS TRATAMIENTOS NO AMPARADOS.

CONDICIÓN 3. - DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) Afección Bucodental:
Cualquier alteración de la Salud Bucodental que sufra EL ASEGURADO y que origine tratamientos, procedimientos o servicios amparados por este Anexo.

b) Emergencia Odontológica:
Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar

VIGILADO | SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

c) Red de Proveedores:
Proveedores de servicios odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

CONDICIÓN 4. - PREEXISTENCIAS

EL ASEGURADOR cubrirá las afecciones Bucodentales, según lo establecido en el ARTÍCULO 1- COBERTURAS, aun cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Anexo.

CONDICIÓN 5. - PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por SIGMA DENTAL. SIGMA DENTAL no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS ASEGURADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a LA ASEGURADORA y LOS ASEGURADOS.
d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por LA ASEGURADORA en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los Odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.
e) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por este contrato, deberá ponerse en contacto con Sigma Dental de Colombia, donde un funcionario lo referirá al Odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. El ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del Odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
g) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el Odontólogo tratante, deberán notificarlo con

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

14/07/2026-1431-A-35-SALUDINDIVI00022-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00078-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00079-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00080-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00081-D00I

14/07/2026-1431-NT-P-35-SALUDINDIVI00020

BMI - Internal

al menos cuatro (4) horas de antelación.

h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a SIGMA DENTAL (con copia a LA ASEGURADORA) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 7. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los "gastos razonables" incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir. SIGMA DENTAL puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por "gastos razonables" el promedio calculado por SIGMA DENTAL de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

CONDICIÓN 8. - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO

a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
b) El ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.
c) EL ASEGURADO está obligado a entregar todas las facturas requeridas por SIGMA DENTAL en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de "gastos razonables" a los cuales se hace referencia en la CONDICIÓN 7-USO DEL SERVICIO del presente Anexo.

CONDICIÓN 9. - EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

CONDICIÓN 10. - PLAZO PARA QUEJAS

VIGILADO | SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación a SIGMA DENTAL, con copia a AL ASEGURADOR.

CONDICIÓN 11 - PRIMA

Será la indicada en la Carátula de la póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza básica.

CONDICIÓN 12 - TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente Anexo podrá ser revocado por el Asegurador ó por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza Básica.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza básica, para el presente Anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1) Por la terminación del seguro

2) Por el cambio de país de residencia del(los) Asegurado(s)

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

Bogotá, < fecha>

_____

Firma Autorizada

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

14/07/2026-1431-A-35-SALUDINDIVI00022-D00I
14/07/2026-1431-NT-P-35-SALUDINDIVI00020
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00078-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00079-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00080-D00I
14/07/2026-1431-P-35-SALUDINDIVI00081-D00I

BMI - Internal