



ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. SEGURO AUTOEXPEDIBLE SALUD BUCAL CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	1
2.	DEFINICIONES	2
3.	DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	4
4.	ÁMBITO DE COBERTURA	4
5.	SUMA ASEGURADA.....	9
6.	PERÍODO DE COBERTURA	9
7.	TERRITORIALIDAD	9
8.	OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	9
9.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	9
10.	PRIMA	9
11.	AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA	10
12.	PERÍODO DE GRACIA	10
13.	REHABILITACIÓN.....	11
14.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	11
15.	VIGENCIA DEL SEGURO	12
16.	PRÓRROGA.....	12
17.	TERMINACIÓN DEL SEGURO	12
18.	DERECHO DE RETRACTO.....	12
19.	CONDICIONES VARIAS	13
20.	INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	13
21.	COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	14

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la “COMPAÑÍA”), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a las prestaciones se supedita al correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los términos y condiciones de la póliza.

Giancarlo Caamaño Lizano, Gerente General
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

2. DEFINICIONES

- 2.1. ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
- 2.2. ALISADO SUBGINGIVAL:** Técnica no quirúrgica utilizada para eliminar o remover la placa bacteriana y el cálculo de la raíz dental (debajo de la encía visible).
- 2.3. ALVEOLITIS:** Complicación postoperatoria derivada de una extracción dental, que implica una infección.
- 2.4. APICECTOMÍA:** Procedimiento quirúrgico en el cual se extrae (corta) la parte final de la raíz o ápice, puede ser unirradicular (una sola raíz) o multirradicular (dos o más raíces).
- 2.5. ASEGURADO:** Persona física, costarricense o que reside en Costa Rica, y que está expuesta a los riesgos asegurados, será registrada en la Propuesta de Seguro como:
- **ASEGURADO TITULAR:** Persona física que contrata el seguro.
- De igual forma, en caso de que se contrate la Cobertura Opcional correspondiente, podrán ser asegurados los siguientes:
- **CÓNYUGE:** Persona unida en matrimonio con el Asegurado Titular, o conviviente del mismo.
 - **HIJOS:** Personas menores de veintiún (21) años, hijos del Asegurado Titular y/o su cónyuge o conviviente, siempre y cuando vivan bajo la dependencia económica del Asegurado Titular.
- 2.6. CIRUGÍA A COLGAJO:** Resultado de hacer incisiones en tejidos cercanos al diente (encías y mucosas) para proceder a la realización de tratamientos odontológicos.
- 2.7. CIRUGÍA ORAL:** Rama de la odontología que abarca los procedimientos quirúrgicos necesarios para aliviar alteraciones producidas en los maxilares, relacionadas con traumas, fracturas, procesos infecciosos o inflamatorios.
- 2.8. CONSULTA:** Valoración odontológica a fin de lograr un diagnóstico e identificar el tratamiento que procede para la recuperación o mantenimiento de la salud bucal.
- 2.9. COASEGURO:** Porcentaje que le corresponde asumir al Asegurado Titular por cada evento, el cual deberá pagar al odontólogo al recibir la atención correspondiente.
- 2.10. CURETAJE APICAL:** Procedimiento clínico que consiste en remover o eliminar el tejido afectado ubicado alrededor de la raíz (ápice) de un diente, para promover su recuperación.
- 2.11. DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles el cual sintetiza las Condiciones Generales.
- 2.12. DIAGNÓSTICO:** Procedimiento consistente en una consulta, examen físico, pruebas médicas y otros servicios odontológicos orientados a reconocer e identificar la lesión o enfermedad a través de signos y síntomas.
- 2.13. DIENTE DECIDUO:** Pieza dental que pertenece a la dentadura temporal, comúnmente denominada como "diente de leche".
- 2.14. DIENTE INCLUIDO O IMPACTADO:** Diente retenido que no consigue salir por el proceso fisiológico de la erupción. Dicha pieza no se percibe en la cavidad bucal, solo puede observarse a través de una radiografía.
- 2.15. DIENTE SEMI INCLUIDO:** Diente que se encuentra parcialmente erupcionado, con solo una zona visible en la cavidad bucal.
- 2.16. DRENAJE INTRAORAL O EXTRAORAL:** Procedimiento que consiste en evacuar sangre, pus u otros fluidos de un sitio bucal.
- 2.17. ENDODONCIA:** Rama de la odontología que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan la pulpa, raíz y tejido periapical.
- 2.18. ENFERMEDAD:** Alteración de la salud bucal, causada independientemente de hechos accidentales, contraída durante la vigencia de la póliza.
- 2.19. ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, tales como: cáncer, diabetes, hipertensión arterial, trastornos hormonales, enfermedades de transmisión sexual, cardiopatías, obstrucciones arteriales o venosas, úlceras, enfisema, fibrosis pulmonar, asma, enfermedades autoinmunes, inmunodeficiencia adquirida, artrosis, artritis y patologías degenerativas de huesos y músculos.
- 2.20. EXODONCIA:** Extracción de un diente deciduo o permanente, se considera simple cuando la técnica utilizada es sencilla y compuesta cuando la extracción requiere de un abordaje o técnicas más elaboradas.

- 2.21. FACTORES DE RENTENCIÓN:** Elementos mecánicos que favorecen o promueven la retención y desarrollo de la placa dental y sus posibles consecuencias, dañando o deteriorando la salud bucal.
- 2.22. FERULIZACIÓN:** Procedimiento que consiste en la unión de dos o más dientes con la finalidad de aumentar la estabilidad y evitar o reducir la movilidad de estos.
- 2.23. FRENILECTOMÍA:** Procedimiento quirúrgico que sirve para eliminar o modificar la inserción del frenillo labial o lingual.
- 2.24. GINGIVECTOMÍA:** Cirugía periodontal de las encías que consiste en la eliminación de las bolsas periodontales; dicho procedimiento se realiza con la escisión y supresión del tejido lesionado.
- 2.25. HEMIARCO:** Es la mitad del arco maxilar o de la mandíbula.
- 2.26. OBTURACIÓN:** Procedimiento que involucra retirar el tejido dañado (cariado), limpiar la zona afectada, para luego rellenarla con un material específico.
- 2.27. ODONTÓLOGO:** Persona habilitada y autorizada legalmente en Costa Rica, para practicar la ciencia de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones del aparato estomatognático, el cual incluye a los dientes, las encías, el tejido periodontal, el maxilar superior, el maxilar inferior. El odontólogo en ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer grado o segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- 2.28. ODONTOPEDIATRA:** Odontólogo que se especializa en el cuidado de la salud bucal de los niños, desde bebés hasta adolescentes menores de doce (12) años.
- 2.29. OPERATORIA:** Procedimientos necesarios para la reparación de la anatomía y función de cualquier diente afectado por caries, fracturas o desalojo de restauraciones previas.
- 2.30. OSTEOPLASTÍA:** Procedimiento quirúrgico que consiste en la remodelación del tejido óseo.
- 2.31. OSTEOTOMÍA:** Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de porciones de tejido óseo.
- 2.32. PERICORONITIS:** Infección que afecta los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado.
- 2.33. PERÍODO AL DESCUBIERTO:** Período con duración no mayor a treinta (30) días calendario, posterior al período de gracia, durante el cual el Asegurado no gozará de los beneficios que otorga la presente póliza. Se genera por falta de pago de las primas.
- 2.34. PERIODONCIA:** Especialidad odontológica que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que afectan las encías, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar.
- 2.35. PERÍODO DE ESPERA:** Período con posterioridad a la contratación de la póliza, a la rehabilitación de esta o a la inclusión de un Asegurado, durante el cual no se ampara una reclamación.
- 2.36. PLAN:** Alternativa de aseguramiento descrita y escogida por el Asegurado Titular en la Propuesta de Seguro.
- 2.37. PROFILAXIS:** Procedimiento conocido como pulido dental.
- 2.38. PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene la oferta que realiza la Compañía y las condiciones particulares que declara el Asegurado Titular.
- 2.39. PRÓSTODONCIA:** Rama de la odontología que se encarga de devolver la función, anatomía, fonación y estética alteradas a consecuencia de la pérdida de uno o más dientes.
- 2.40. PRÓTESIS:** Dispositivo o elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de uno o varios dientes, restaurando la función y la estética perdida.
- 2.41. PULPOTOMÍA:** Procedimiento de índole endodóntico que consiste en retirar parcialmente la pulpa dental dañada para posteriormente, realizar una reconstrucción del diente.
- 2.42. RADIOGRAFÍA INTRAORAL:** Radiografía dental en la que la imagen se toma dentro de la boca del paciente. Para efectos de la presente póliza estarán cubiertas las siguientes:
- **INTERPROXIMAL:** Se utiliza para determinar el estado de los dientes superiores e inferiores.
 - **OCCLUSAL:** Se utiliza para determinar el estado del maxilar superior o mandíbula.
 - **PERIAPICAL:** Se utiliza para determinar el estado de un diente completo y las estructuras circundantes.

- 2.43. REBASE PROTÉSICO:** Procedimiento de índole protésico que busca rellenar un diferencial entre la superficie interna de la prótesis dental y los tejidos bucales, mejorando así la retención y el asentamiento de esta.
- 2.44. RED MÉDICA ODONTOLÓGICA:** Conjunto de prestadores de servicios odontológicos con los cuales la Compañía ha suscrito un convenio para atender a sus Asegurados.
- 2.45. RESINA:** Mezcla plástica del color del diente, utilizada para devolver la anatomía y funcionalidad al diente.
- 2.46. R.A.:** Costo razonable y acostumbrado de un servicio o tratamiento odontológico, convencionalmente pactado con los odontólogos de la red.
- 2.47. SINIESTRO:** Manifestación concreta del riesgo asegurado que hace exigible la obligación de la Compañía.
- 2.48. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:** Intervenciones realizadas por un odontólogo con la finalidad de prevenir, limitar y/o sanar la enfermedades o trastornos de la cavidad bucal.
- 2.49. URGENCIA INESPECÍFICA:** Conjunto de tratamientos médicos tipificados orientados a abordar y tratar los casos de dolor intenso, infección y posibles hemorragias.
- 2.50. URGENCIA SENTIDA:** Padecimiento psicológico en el que el Asegurado percibe molestias agudas, sintiendo amenazada su salud bucal, regularmente dichas molestias no son acompañadas de dolor intenso, infección o hemorragias.

3. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

La póliza se conforma con la siguiente documentación: Condiciones Generales, Propuesta de Seguro y el Dersa. La interpretación de la póliza debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro tiene prelación sobre las Condiciones Generales y en caso de contradicciones entre estos documentos y el Dersa se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

Cubre el riesgo de que el Asegurado deba ser intervenido mediante uno de los tratamientos odontológicos cubiertos de acuerdo con su plan contratado y según los términos, límites y condiciones de esta póliza.

4.1 COBERTURA BÁSICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

La Compañía amparará, hasta cubrir la suma asegurada contratada y mediante su red médica odontológica, los **gastos cubiertos** incurridos en los tratamientos odontológicos que el odontólogo prescriba con el fin de diagnosticar, prevenir, corregir o sanar las enfermedades, lesiones o trastornos que se presenten en la cavidad bucal del Asegurado durante la vigencia de la póliza.

Para que el tratamiento odontológico pueda ser amparado por la Compañía, este debe estar incluido en el plan contratado por el Asegurado. A continuación, se establecen los tratamientos odontológicos incluidos en los diferentes planes que el Asegurado puede contratar, de acuerdo con la especialidad a la que pertenecen.

Código	Tratamiento	Plan Elemental	Plan Integral	Plan Integral Plus
Diagnóstico:				
00.001	Consulta	✓	✓	✓

Código	Tratamiento	Plan Elemental	Plan Integral	Plan Integral Plus
--------	-------------	----------------	---------------	--------------------

Urgencia Inespecífica:

01.015	- Unión de fragmentos dentarios. - Consulta odontológica de urgencia. - Control de hemorragia. - Drenaje de absceso. - Pulpotomía de urgencia. - Recementación de trabajos protésicos. - Reducción simple de luxación de articulación temporomandibular. - Rebase de corona provisional. - Reimplante dental con ferulización. - Eliminación de drenaje intraoral. - Sutura de herida en región bucal. - Tratamiento de alveolitis. - Tratamiento de pericoronitis.	✓	✓	✓
--------	---	---	---	---

Operatoria Dental:

03.005	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 1 cara	✓	✓	✓
03.006	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 2 caras	✓	✓	✓
03.007	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 3 caras	✓	✓	✓
03.008	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 1 cara	✓	✓	✓
03.009	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 2 caras	✓	✓	✓
03.010	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 3 caras	✓	✓	✓

Odontopediatría:

04.001	Aplicación de sellante	✓	✓	✓
04.011	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 1 cara	✓	✓	✓
04.012	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 2 caras	✓	✓	✓
04.013	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente anterior 3 caras	✓	✓	✓
04.014	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 1 cara	✓	✓	✓
04.015	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 2 caras	✓	✓	✓
04.016	Restauración con resina fotopolimerizable y recubrimiento en diente posterior 3 caras	✓	✓	✓
04.026	Pulpotomía	✓	✓	✓
04.029	Exodoncia simple de dientes deciduos (temporales)	✓	✓	✓

Código	Tratamiento	Plan Elemental	Plan Integral	Plan Integral Plus
--------	-------------	----------------	---------------	--------------------

Radiografías Intraorales (unidad):

06.013	Radiografía periapical	✓	✓	✓
06.014	Radiografía interproximal	✓	✓	✓
06.015	Radiografía oclusal	✓	✓	✓

Promoción y Prevención:

07.001	Profilaxis por arcada (pulido dental)	✓	✓	✓
07.002	Instrucción de higiene bucal (técnica de cepillado)	✓	✓	✓
07.003	Control de placa bacteriana (por sesión)	✓	✓	✓
07.004	Aplicación tópica de flúor	✓	✓	✓
07.007	Aplicación de sellante	✓	✓	✓

Periodoncia:

08.001	Consulta periodontal (sondeo periodontal y control de placa)	✓	✓	✓
08.002	Remoción de factores de retención	✗	✓	✓
08.003	Raspado por arcada (manual y/o con ultrasonido) profilaxis incluida por arcada (tratamiento no quirúrgico)	✗	✓	✓
08.004	Curetaje y alisado subgingival por arcada (tratamiento no quirúrgico)	✗	✓	✓
08.005	Ferulización	✗	✓	✓
08.006	Desensibilización dental por hemiarco, máximo una sesión por hemiarco.	✗	✓	✓
08.007	Preservación pre –quirúrgica	✗	✓	✓
08.008	Tratamiento de absceso periodontal	✗	✓	✓
08.009	Cirugía a colgajo periodontal, osteotomía u osteoplastia por hemiarco.	✗	✓	✓
08.010	Injerto gingival por diente	✗	✓	✓
08.011	Cirugía a colgajo deslizante por diente	✗	✓	✓
08.012	Mantenimiento de tratamiento periodontal	✗	✓	✓
08.013	Alargamiento de corona clínica	✗	✓	✓
08.014	Gingivectomía o gingivoplastia por hemiarco (4 dientes o más)	✗	✓	✓
08.015	Gingivectomía o gingivoplastia por hemiarco (liberación individual, hasta 3 dientes).	✗	✓	✓

Cirugía Oral:

09.001	Exodoncia simple	✓	✓	✓
09.002	Exodoncia de raíz residual (resto radicular)	✓	✓	✓
09.003	Exodoncia de diente semi incluido	✗	✓	✓
09.004	Exodoncia de diente incluido/impactado	✗	✓	✓
09.012	Frenilectomía labial/lingual	✗	✓	✓
09.020	Apicectomía unirradicular sin o con obturación de retroceso (incluye curetaje apical)	✗	✓	✓
09.021	Apicectomía multirradicular sin o con obturación de retroceso (incluye curetaje apical)	✗	✓	✓

Código	Tratamiento	Plan Elemental	Plan Integral	Plan Integral Plus
Endodoncia:				
10.001	Tratamiento endodóntico unirradicular (monorradicular)	✗	✓	✓
10.002	Tratamiento endodóntico birradicular	✗	✓	✓
10.003	Tratamiento endodóntico con 3 o más canales (multirradicular)	✗	✓	✓
10.006	Tratamiento de ápice incompleto (permitido una sesión por mes, máximo 6 meses siempre acompañado de radiografías)	✗	✓	✓
10.010	Pulpotomía	✗	✓	✓
10.013	Retratamiento endodóntico unirradicular (incluye desobturación, instrumentación y obturación)	✗	✓	✓
10.014	Retratamiento endodóntico birradicular (incluye desobturación, instrumentación y obturación)	✗	✓	✓
10.015	Retratamiento endodóntico con 3 o más canales (incluye desobturación, instrumentación y obturación)	✗	✓	✓

Prostodoncia:				
20.001	Corona provisional o temporal	✗	✗	✓
20.003	Poste reconstruido	✗	✗	✓
20.004	Restauración de metal fundido	✗	✗	✓
20.014	Corona de cerámico (para dientes anteriores)	✗	✗	✓
20.016	Corona metal – cerámico (para dientes posteriores)	✗	✗	✓
20.030	Prótesis total	✗	✗	✓
20.032	Prótesis total inmediata	✗	✗	✓
20.034	Rebase protésico	✗	✗	✓

Para que la Compañía autorice la realización del tratamiento odontológico, este debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser realizado por un odontólogo perteneciente a la red médica odontológica.
- Ser uno de los tratamientos odontológicos cubiertos por el plan contratado.
- La póliza debe de encontrarse vigente al momento de la presentación del reclamo.
- Debe de cumplir con el período de espera correspondiente.
- El evento que lo cause no debe de ser objeto de exclusión, según se detalle en las exclusiones de las presentes condiciones.
- Los casos en los que los tratamientos deban realizarse por un odontopediatra, deberán ser analizados y requeridos inicialmente por un odontólogo general.

El tratamiento odontológico puede ser realizado en una sola cita o bien en una serie de citas prescritas por el odontólogo, se considerará como un solo tratamiento odontológico, aquel que continúe periódicamente conforme el plan de citas establecido por el odontólogo y quede de tal manera, registrado y aprobado por la Compañía.

4.2 COBERTURA OPCIONAL DE INCLUSIÓN DEL CÓNYUGE E HIJOS

La Compañía ofrece al Asegurado Titular, mediante pago adicional de prima, la inclusión adicional de su cónyuge y hasta un máximo de tres (3) hijos, quienes podrán gozar de la Cobertura Básica de Tratamientos Odontológicos bajo el plan contratado por el Asegurado Titular, hasta por el monto de la suma asegurada indicada en la Propuesta de Seguro. Al igual que al Asegurado Titular, les serán aplicadas las condiciones, restricciones y exclusiones detalladas en la presente póliza.

4.3 CONDICIONANTES DE LA COBERTURA BÁSICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

GASTOS CUBIERTOS

La Compañía se compromete a cubrir los honorarios médicos y las radiografías intraorales necesarias que requiera el tratamiento odontológico cubierto, conforme al plan contratado.

PERÍODO DE ESPERA

Para todos los tratamientos odontológicos cubiertos, sin importar el plan contratado y que no se trate de urgencias inespecíficas, aplica un período de espera de cuarenta y cinco (45) días calendario.

Para urgencias inespecíficas no aplica período de espera.

COASEGURO

Todos los tratamientos odontológicos cubiertos se encuentran sujetos a un coaseguro del 20% por tratamiento, sin importar el plan contratado. Únicamente aplicará un coaseguro del 50% para los tratamientos contemplados en la especialidad de prostodoncia correspondientes al plan integral plus y a las urgencias inespecíficas autorizadas por medio de la modalidad de pago bajo reembolso.

4.4 EXCLUSIONES

1. Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
2. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
3. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.
4. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.
5. Riñas o peleas.
6. El siniestro se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.
7. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección; Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial; utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas; actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
8. Epidemia, endemia, pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
9. Gastos incurridos por complicaciones que surjan durante o después del tratamiento odontológico, derivadas a consecuencia de que el Asegurado padezca alguna enfermedad crónica, o las causadas por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de treinta (30) días.
10. Tratamientos requeridos para fines estéticos, experimentales o de investigación.
11. Cualquier tipo de gasto que no sea un gasto cubierto, como, por ejemplo: Medicamentos, anestesia general, óxido nitroso, sedaciones o gastos hospitalarios.

- 12. Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por diente durante la vigencia de la póliza, en caso de fractura se procederá con la extracción únicamente.**
- 13. Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.**
- 14. Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines solamente estéticos.**
- 15. Urgencias sentidas.**
- 16. Tratamientos ambulatorios y/u hospitalarios o complicación de tratamientos no amparados por la póliza.**

5. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada máxima que cubrirá la Compañía bajo la Cobertura Básica de Tratamientos Odontológicos se establece en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado. En caso de que el Asegurado Titular contrate la Cobertura Opcional de Inclusión del Cónyuge e Hijos, la suma asegurada establecida en la Propuesta de Seguro aplicará en conjunto para todas las personas aseguradas, no de forma individual, tomando en cuenta que, el límite de cobertura aplicable a los hijos será del 50% de la suma asegurada.

6. PERÍODO DE COBERTURA

El presente seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos y presentados durante la vigencia de la póliza.

7. TERRITORIALIDAD

Las coberturas del presente seguro garantizan protección dentro de la República de Costa Rica.

8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Brindar la información requerida al momento de contratar el seguro, o bien, sobre la ocurrencia de siniestros, de forma veraz y oportuna.
- b. Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
- c. Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales. En caso contrario, la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.
- d. Efectuar el pago del coaseguro correspondiente al odontólogo tratante o a la Compañía cuando así corresponda.

9. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

El Asegurado Titular tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado Titular de solicitar la rectificación de la póliza.

10. PRIMA

El Asegurado Titular se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de prima, de acuerdo con lo establecido en la Propuesta de Seguro.

El valor de la prima se determinará de acuerdo con el rango de edad al que pertenezca el Asegurado Titular.

El pago de la prima será de pago fraccionado debiendo hacerse con la periodicidad indicada en la Propuesta de Seguro, dichos pagos se realizarán al medio de pago también indicado en la Propuesta de Seguro, sin aplicar recargos por pago fraccionado.

11. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

En caso de prórroga, la Compañía tendrá la facultad de modificar la prima aplicable a la presente póliza, de acuerdo con lo siguiente:

1. La Compañía podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado Titular supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece a continuación y en la Propuesta de Seguro. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

Rango de Edad (Grupo Etario)	Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima de del grupo de 18 a 69 años
De 70 a 74 años	Hasta un 250%, dependiendo del plan contratado
De 75 en adelante	Hasta un 600%, dependiendo del plan contratado

2. La Compañía podrá ajustar el valor de la prima adecuándola a partir de un estudio anual que contemple un Índice de Siniestralidad sobre el plan contratado, calculado de la siguiente manera:

$$\text{Índice de Siniestralidad} = \frac{\text{Siniestros Incurridos por (1 más el Factor de Inflación)}}{\text{Primas de Riesgo Devengadas}}$$

En donde:

- Siniestros Incurridos es igual al monto correspondiente a los siniestros incurridos en el período anual de estudio, que se entiende como siniestros pagados más siniestros pendientes reportados más siniestros pendientes no reportados.
- Primas de Riesgo Devengadas es igual al monto de primas de riesgo devengadas en el período anual de estudio.
- Factor de inflación: es el que se obtiene a través del índice de precios al consumo en el grupo de salud publicado por la Secretaría Ejecutiva del Consejo Monetario Centroamericano, se utilizará el último publicado de acuerdo con el período anual de estudio.

Si el índice de siniestralidad es menor o igual a 100% no aplicará ajuste en las primas de riesgo, pero si el índice de siniestralidad es mayor a 100% el valor de incremento en las primas de riesgo será igual a aplicar el porcentaje que resulte del cálculo del índice de siniestralidad.

La Compañía notificará la modificación de la prima al Asegurado Titular con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza. Una vez que el Asegurado Titular reciba la notificación, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haberla recibido. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la póliza, se considerará que el Asegurado Titular ha aceptado la modificación de la prima.

12. PERÍODO DE GRACIA

La Compañía concederá un período de gracia de treinta (30) días hábiles a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia indicado, la póliza quedará cancelada.

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía podrá solicitar al Asegurado Titular la prima pendiente.

13. REHABILITACIÓN

En caso de que el seguro sea cancelado por falta de pago de prima, el Asegurado Titular podrá solicitar su rehabilitación si durante el periodo al descubierto hace efectivo el pago de la prima que corresponda. La rehabilitación se hará efectiva en cuanto el Asegurado Titular realice el pago de las primas en mora y las correspondientes al período al descubierto.

La Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la vigencia original de la póliza. Se aclara que, en ningún caso de rehabilitación, será reinstalable la suma asegurada. El Asegurado Titular queda entendido que, en ningún caso, la Compañía cubrirá los siniestros ocurridos durante el período al descubierto.

14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

La Compañía deberá ser notificada por el Asegurado para hacer uso del beneficio que otorga esta póliza, para ello deberá comunicarse al número **(+506) 2503-2700** en donde personal de atención de reclamos le indicará las condiciones y el procedimiento que se deberá llevar a cabo para hacer uso de los beneficios. En el mismo número, el Asegurado podrá consultar la lista actualizada de los prestadores de servicios odontológicos que forman parte de la Red Médica Odontológica de la Compañía.

En caso de que el Asegurado sea menor de 18 años, será el Asegurado Titular quien deberá comunicarse con la Compañía para la autorización y gestión de reclamo.

Al momento de agendar la cita el Asegurado recibirá una “carta de confirmación” donde se detallan los datos del profesional, la hora y la fecha de la consulta programada. Resulta indispensable mostrar dicha carta (digital o impresa) al odontólogo para que pueda recibir la atención odontológica.

El Asegurado autoriza a la Compañía y da su consentimiento expreso para que se grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.

La Cobertura Básica de Tratamiento Odontológico opera bajo las siguientes modalidades de pago, según corresponda:

- a. **Modalidad de Pago Directo:** La Compañía amparará los tratamientos odontológicos cubiertos por la presente póliza por medio de su red médica odontológica, realizando el pago directo de los costos R.A. a los prestadores que formen parte de esta.
- b. **Modalidad de Pago Bajo Reembolso:** En caso de que el Asegurado requiera atención odontológica inmediata catalogada como una **urgencia inespecífica** y la red médica odontológica de la Compañía no cuente con disponibilidad inmediata o no cuente con el profesional requerido en la ubicación del Asegurado a menos de cuarenta y cinco (45) kilómetros, bajo autorización de la Compañía, el Asegurado podrá tratarse con prestadores ajenos a la red. Para tal caso la Compañía reembolsará al Asegurado Titular aplicando un Coaseguro del 50%, tomando en cuenta que la responsabilidad de la Compañía no sobrepasará del 50% de la tarifa mínima establecida por el Colegio de Cirujanos Dentistas en Costa Rica, entendiéndose que, el Asegurado tendrá que pagar el diferencial entre dichas tarifas y los honorarios que el odontólogo ajeno a la red le haya cobrado. La Compañía cubrirá únicamente el tratamiento autorizado, si le es realizado algún otro tratamiento odontológico, dichos gastos no serán cubiertos.

Las modalidades de pago antes mencionadas serán llevadas a cabo bajo los lineamientos indicados por el personal de atención de reclamos al momento de que el Asegurado requiera hacer uso de los beneficios de la cobertura.

15. PLAZO DE RESOLUCIÓN

Presentados todos los requisitos, la Aseguradora deberá dar respuesta al Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. En caso de reembolso, a partir de la aceptación del reclamo la Compañía deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

Para efectos del Pago Directo, la atención será inmediata y coordinada con la red médica odontológica.

16. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza cuenta con una vigencia igual a un (1) año calendario contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la Propuesta de Seguro. Lo anterior, sujeto al pago de la prima en tiempo y forma.

17. PRÓRROGA

Esta póliza es prorrogable automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Asegurado Titular exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial.

18. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este seguro se dará por terminado cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- A solicitud expresa del Asegurado Titular.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando exista mora en el pago de la prima y se proceda conforme a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Fallezca el Asegurado Titular.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de finalización anticipada de la póliza, estas serán devueltas al Asegurado Titular en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la póliza.

En caso de que la póliza sea cancelada y el Asegurado Titular requiera en un futuro contratar nuevamente este seguro luego de finalizado el período al descubierto, la Compañía tendrá la facultad de evaluar la solicitud de seguro y decidir si se suscribe o no, tomando en cuenta que no será reinstalable la suma asegurada y además para cualquier reclamación el Asegurado deberá cumplir el período de espera correspondiente.

La Compañía salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada el seguro.

19. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud Asegurado Titular durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro.

20.CONDICIONES VARIAS

A. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN

La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. No existirá una edad máxima para la contratación de este seguro.

B. MONEDA

Todos los valores de esta póliza serán expresados en la moneda que se indique en la Propuesta de Seguro.

En caso de que el seguro sea contratado en dólares de los Estados Unidos de América y las obligaciones de la Compañía o del Asegurado Titular se requieran cumplir en moneda nacional, se tomará en cuenta el tipo de cambio de venta que el banco central de Costa Rica publique en la fecha en que se efectúe el pago.

C. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte Costa Rica o aquellas con las que Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos relacionados con eventos cubiertos bajo esta póliza cuando el Asegurado, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga objetivo similar.

D. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este seguro, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472); Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.

E. PLURALIDAD DE SEGUROS

Si varias pólizas de este seguro, expedidas por la Compañía al Asegurado, estuvieran en vigor simultáneamente en el momento de la ocurrencia del evento amparado, se realizarán los pagos correspondientes bajo la póliza que genere mayor beneficio al Asegurado, respecto a las pólizas adicionales, la Compañía procederá a cancelarlas y devolverá las primas que el Asegurado haya pagado.

21.INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de que el consumidor de seguros vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Compañía, o bien, al **Centro de Defensa del Asegurado (CDA)**, al **teléfono 2291-0315**, **correo: clienteseguros@aap.cr**. En cada instancia no podrá superarse el plazo de diez (10) días hábiles a partir de su presentación. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.



El Asegurado podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica.

22.COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Las comunicaciones relacionadas con este seguro serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado Titular a través del medio de comunicación que haya indicado en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado Titular deberá reportar por escrito a la Compañía la modificación del medio de comunicación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última información de contacto.

Registro en SUGESE número P20-76-A05-1021 de fecha 20 de Abril del 2022.