ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA 3
DEFINICIONES 4
CLÁUSULA 1. DEFINICIONES: 4
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN 7
CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO 7
ÁMBITO DE COBERTURA 8
CLÁUSULA 3. COBERTURAS 8
CLÁUSULA 4. SUMA ASEGURADA 12
CLÁUSULA 5. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS 13
CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES 15
CLÁUSULA 7. ACEPTACIÓN DE RIESGO 16
BENEFICIARIOS 16
CLÁUSULA 8. BENEFICIARIOS 16
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES 16
CLÁUSULA 9. OBLIGACIONES DE LAS PARTES 16
CLÁUSULA 10. REGISTRO DE ASEGURADOS 17
CLÁUSULA 11. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO 17
CLÁUSULA 12. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES 17
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS 18
CLÁUSULA 13. PRIMA O TARIFA DE SEGURO 18
CLÁUSULA 14. PAGO DE LA PRIMA 18
CLÁUSULA 15. PERIODO DE GRACIA 19
CLÁUSULA 16. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS 19
CLÁUSULA 17. RECARGOS Y DESCUENTOS 20
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS 20
CLÁUSULA 18. PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS 20
CLÁUSULA 19. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO. 20
CLÁUSULA 20. PLAZO DE RESOLUCIÓN 21
VIGENCIA 22
CLÁUSULA 21. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA 22
CLÁUSULA 22. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO 22
CLÁUSULA 23. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA 22
CLÁUSULA 24. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO 23
CONDICIONES VARIAS 23
CLÁUSULA 25. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN 23
CLÁUSULA 26. ELEGIBILIDAD 23
CLÁUSULA 27. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS 24
CLÁUSULA 28. COMISIÓN DE COBRO 24
CLÁUSULA 29. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 24
CLÁUSULA 30. PERIODO DE CARENCIA 24
CLÁUSULA 31. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA 24
CLÁUSULA 32. NULIDAD DE LA PÓLIZA 24
CLÁUSULA 33. RECTIFICACIÓN DE EDAD 25
CLÁUSULA 34. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO 25
CLÁUSULA 35. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN 25
CLÁUSULA 36. TRASPASO O CESIÓN 25
CLÁUSULA 37. PRESCRIPCIÓN 25
CLÁUSULA 38. LEGISLACIÓN APLICABLE 25
CLÁUSULA 39. LIMITACIÓN POR SANCIONES 26

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 26

CLÁUSULA 40. CONTROVERSIAS 26

CLÁUSULA 41. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES . 26

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES 27

CLÁUSULA 42. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES 27

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3 – 101 – 593961 (en adelante como la "Compañía"), en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Asegurado o de quien por él contrate este seguro –mismas que forman parte integrante de esta Póliza– conviene con el Contratante/Tomador nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante el "Contratante" o el "Tomador" y/o el "Asegurado" en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurran en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, Deducibles, Coaseguro, Copagos y demás estipulaciones contenidos en la póliza o adheridos a ella mediante Addendum con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) del (de los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante el "Asegurado") a la Compañía.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al correcto cumplimiento de parte del Tomador y/o Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

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

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

DEFINICIONES

Cláusula 1. DEFINICIONES:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Accidente**: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **Igualmente, y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente: El Suicidio o el SIDA.**

2. **Administrador de la Red de Servicios Odontológicos**: Se entiende por E-Dentalsys Costa Rica S.A y es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de servicios odontológicos autorizados por la Compañía a nivel nacional, que adicionalmente coordina las coberturas, servicios y atenciones que se detallan en esta Póliza, cada vez que el Asegurado los requiera.

3. **Asegurado Titular:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo y que está cubierta por esta Póliza, y se encuentra registrada como tal en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura.

4. **Asegurado Dependiente:** Es la persona o personas que designe el Asegurado Titular las cuales estarán cubierta por esta Póliza y registrada como tales en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura siempre que el Plan elegido por el Asegurado Titular contemple a dicho Dependiente.

5. **Asegurado o Paciente Pediátrico:** Es aquel Asegurado Dependiente con edad comprendida entre los dos (2) y los once (11) años.

6. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por ASSA Compañía de Seguros S.A., y es quien suscribe la Póliza con el Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

7. **Consultorio o Institución Dental:** Es el establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud y demás autoridades competentes de Costa Rica, para atender y llevar a cabo tratamientos odontológicos a personas físicas, que cuenta con instalaciones y facilidades adecuados para realizar procedimientos de diagnóstico, prevención, reparación o reconstrucción odontológica y/o Cirugía Bucal.

8. **Copago:** Es la suma fija que estará a cargo del Asegurado, que se establece específicamente para cada servicio prestado (amparado) según el procedimiento odontológico practicado. Para todos los efectos, los Copagos estarán claramente identificados en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura.

9. **Declinación:** Es el rechazo de la solicitud de indemnización y/o reclamo presentado por algún Asegurado y/o interesado.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

10. **Deducible:** Es una Suma fija o porcentual que estará a cargo del Asegurado, que se establece previa y de forma específica para cada Cobertura o Servicio según el procedimiento odontológico que requiera el Asegurado. Para todos los efectos, los Deducibles estarán claramente identificados en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura o en las Condiciones Particulares de la Póliza.

11. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364). Se establece como edad mínima del asegurado(a) principal o de su esposa(o) o compañera(o) permanente al momento de adquirir esta Póliza los diez y ocho años (18) años. Para los asegurados dependientes se establece como edad mínima de ingreso a la póliza dos (2) años de edad.

12. **Emergencia o Urgencia Odontológica**: Es una situación crítica de una o varias piezas de los grupos dentarios, que por su gravedad genera inflamación excesiva de la estructura de soporte del diente o dolor intenso, y obliga a su atención odontológica inmediata.

13. **Enfermedades o Incapacidades Preexistentes o Anteriores:** Se refiere a cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición de la Póliza; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.

14. **Espera (Plazo o Tiempo de):** Es el período, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.

15. **Fenómeno de la Naturaleza de Carácter Catastrófico**: Es una manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.

16. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado entre las Partes para el pago de la prima. Todo pago de la Prima deberá hacerse dentro del Plazo de Gracia que se establece en la presente Póliza.

17. **Grupo Asegurable**: Es aquel constituido por un número limitado de personas de cualquier género que de alguna forma se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro, que son representados ante la Aseguradora por el Tomador y que se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.

18. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.

19. **Las Partes**: Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador**.**

20. **Odontólogo:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Costa Rica, quien deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Odontólogo y formar parte de la Red de Servicios Odontológicos.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

21. **Plan**: Es la alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por Cobertura, los alcances por cada Prestación Odontológica, y la Prima a pagar. Para efectos de la Cobertura de Gastos Odontológicos, el Asegurado Titular será el encargado de elegir el Plan que lo cubrirá a él y a los demás Asegurados, sin exceder el total de cuatro (4) Asegurados.

22. **Pandemia**. Es una enfermedad epidémica que se extiende por muchos países o afecta a casi todos los habitantes de una zona, también se puede decir que es una epidemia mundial o global.

23. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

24. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus Anexos, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.

25. **Prestación, Servicio o tratamiento (Odontológico):** Es el diagnóstico, tratamiento y/o prevención de las enfermedades o lesiones en la cavidad oral.

26. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.

27. **Propuesta de seguro**: Documento que contiene una oferta realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un potencial Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de seguro vincula a la Compañía por un plazo de quince (15) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique.

28. **Propuesta de prórroga**: Documento que contiene una oferta de prórroga realizada por la Compañía para cubrir los riesgos de un Asegurado y cuya aceptación perfecciona el Contrato de Seguro. La propuesta de prórroga será enviada por la Compañía al Contratante con un un plazo de anticipación de al menos (30) días hábiles. En la misma se incluirá la comisión, pago, o beneficio de cualquier naturaleza que la Compañía reconozca al Intermediario de Seguros y al Contratante, en caso de que aplique.

29. **Red de Servicios Odontológicos:** Es el grupo de Odontólogos, Consultorios o Instituciones Dentales, centros de salud bucal o instituciones de salud y odontología establecidas en la República de Costa Rica, debidamente inscritas ante el Administrador de Servicios Odontológicos de la Compañía y supervisadas por dicho Administrador.

30. **Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura:** Documento que cumple la finalidad de solicitud de inclusión y certificado de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la solicitud de seguro como del certificado de seguro.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

a. La solicitud de seguro es la solicitud de ingreso al esquema de aseguramiento colectivo, pactado entre la Compañía y el Tomador de conformidad con esta póliza, por parte del aspirante a devenir Asegurado presentada a la Compañía.

b. El certificado de seguro es el documento que adquirirá jurídicamente esa condición una vez aceptado el riesgo, lo cual se entenderá que ocurre una vez inicie la Vigencia del Aseguramiento Individual, siempre que, antes del inicio de esa vigencia, la Compañía no notifique al aspirante a Asegurado la no aceptación del riesgo. Dicho certificado de seguro es la constancia para el Asegurado individual de su inclusión en el esquema de aseguramiento colectivo pactado entre la Compañía y el Tomador y de los términos que le son aplicables a ese aseguramiento individual, en complemento a lo dispuesto en esta póliza y las Condiciones Generales.

31. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

32. **Suma Asegurada:** Es el valor que se define en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura según el Plan contratado por cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.

33. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el tomador la figura de Asegurado y beneficiario del seguro. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo. El deber de informar a los asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones será de la Compañía sin perjuicio que lo realice a través del Contratante. En caso de que un Intermediario de Seguros participe en la intermediación de esta Póliza, el Contratante tendrá la obligación de informar a los Asegurados sobre dicha situación. En el caso de que una sociedad corredora de seguros participe como Intermediario de Seguros de esta Póliza, el Contratante deberá aclarar a los Asegurados si la misma actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el Contratante, y detallará las obligaciones y responsabilidades de la misma.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura, las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales, y las Condiciones Particulares del Contrato.

La interpretación de la Póliza respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Tomador y/o Asegurado.

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los Addenda que se le adhieran eventualmente. En los casos en que se adhieran nuevas Condiciones Particulares

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

o Addenda a esta póliza, prevalecerán las estipulaciones de las nuevas Condiciones Particulares o Addenda sobre lo demás.

Producto de la inclusión del Asegurado en la Póliza, el Tomador procederá a informar al Asegurado de forma expresa y clara si la contratación de cualquier cobertura en esta Póliza es obligatoria u opcional para el Asegurado.

ÁMBITO DE COBERTURA

Cláusula 3. COBERTURAS

La Compañía cubrirá los costos de las prestaciones odontológicas cubiertas y requeridas por cada Asegurado o Asegurado Dependiente, si lo hubiere, para la prevención de enfermedades buco dentales y/o accidentes, el cuidado y mantenimiento de la salud dental o la recuperación de la misma en caso de requerir una prestación amparada hasta el Monto Máximo de Cobertura estipulado en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura según el Plan contratado.

Esta Póliza está conformada por las coberturas y prestaciones que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

El Tomador o Contratante deberá pagar dentro del Período de Gracia la Prima correspondiente según se establece en la Tabla de Planes y Tarifas definida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Las indemnizaciones correspondientes a las Coberturas contratadas se pagarán siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre registrado como tal en la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un Evento excluido.

a. **Cobertura para Gastos Odontológicos:** En caso que un Asegurado, debidamente diagnosticado por un Odontólogo, requiera una o varias de las Prestaciones Odontológicas previstas en esta cláusula, la Compañía, de conformidad con el Plan elegido previamente por el Asegurado y a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, lo remitirá exclusivamente con alguno de los proveedores que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos, para que sea atendido conforme a lo acordado en esta Póliza y siempre dentro de las limitaciones de cantidad de uso y condiciones establecidas en las Condiciones Generales y en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado. Para esta Cobertura, una vez se haya cumplido el Tiempo de Espera y el Asegurado haya cancelado los Copagos acordados, la Compañía pagará al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos o a los proveedores de la Red de Servicios Odontológicos involucrados en el tratamiento, la totalidad de los honorarios y costos de los servicios odontológicos prestados al Asegurado, eximiendo a este último de todo pago adicional relacionado con los tratamientos amparados por esta Cobertura. **Será requisito indispensable para la prestación de cualquiera de las prestaciones previstas en esta cobertura, el diagnóstico previo y la definición del tratamiento por parte de un Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos y que sea originalmente designado por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para tales efectos**.

Las siguientes son las prestaciones de prevención, diagnóstico o cirugía odontológica amparadas por la presente Póliza, que en todo caso se realizarán de conformidad con lo establecido en este documento entre el Tomador y La Compañía, y siempre a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos y por medio previsto para tal efecto:

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

i. **Emergencia o Urgencia**: Cuando el Asegurado requiera de medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos o excesivos que afecten una o varias piezas dentales o los tejidos blandos de su cavidad oral, causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata, la Compañía, a través de los proveedores de la Red de Servicios Odontológicos atenderá al Asegurado y prestará el tratamiento paliativo e inicial de urgencias dentales, siempre que el asegurado haya completado el Tiempo de Espera establecido en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado.

   Para todos los efectos, la Emergencia o Urgencia Odontológica se limitará a lo siguiente: Examen clínico y diagnóstico de urgencia, alivio de dolor agudo (odontalgia), tratamiento sintomático (prescripción médica), pulpectomía (retiro de nervio), tratamiento de Alveolitis y drenaje absceso intraoral. **En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos, sólo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión para el manejo intrahospitalario del Asegurado**.

ii. **Emergencia o Urgencia Protésica**: Cuando el Asegurado requiera de medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de fracturas y/o desalojo protésico de prótesis totales, prótesis parcial removible o prótesis parcial fija, la atención se limitará a la atención provisional de lo siguiente: Reparación prótesis en consultorio, Rebase prótesis (fractura), Reparación diente acrílico (prótesis), Reposición diente temporal en acrílico (temporal), Re-cementación temporal coronas (descementado). **Para los casos en que la fractura presente en el aparato protésico no sea restaurable provisionalmente, solo se prestará la atención de la valoración.**

iii. **Diagnóstico y Plan de Tratamiento**: Cuando el Asegurado lo estime conveniente y después de transcurrido el Tiempo de Espera estipulado en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado, la Compañía cubrirá la evaluación clínica de su estado de salud bucal con uno de los proveedores que conforman la Red de Servicios Odontológicos, quien será el profesional encargado en planificar el tratamiento odontológico necesario para alcanzar la mejor condición oral de dicho Asegurado. **Esta Cobertura NO incluye** el costo de los tratamientos recomendados como producto del diagnóstico.

iv. **Radiología**: Cuando el Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos que atienda las prestaciones mencionadas en el literal a) de la presente cláusula lo estime necesario y así lo prescriba, realizará él mismo o bien le solicitará a otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos, las correspondientes Radiografías Periapicales, Radiografías de Aleta, o Radiografía Panorámica, Radiografía Oclusal, Set de cuatro Aletas y dos periapicales e Interpretación Radiológica preliminares que serán utilizadas como ayuda en el diagnóstico para los tratamientos que se tengan que realizar en el Asegurado. Igualmente, realizará él mismo o le solicitará a otro Odontólogo que forma parte de la Red de Servicios Odontológicos, las correspondientes Radiografías Periapicales de control que serán utilizadas en procedimientos endodónticos (tratamiento de conductos) y de Cirugía Bucal o cualquier otro procedimiento que sea objeto de una cobertura bajo la presente Póliza. La Compañía cubrirá las referidas Radiografías Periapicales, de Aleta o Panorámica siempre y cuando éstas sean necesarias, según el Odontólogo antes indicado, para la ejecución y continuidad de los tratamientos dentales del Asegurado. En todo caso, la prestación de este servicio deberá ser previamente autorizada por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

v. **Prevención:** Cuando el Asegurado lo estime conveniente y después de transcurrido el Tiempo de Espera estipulado en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado, el Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos tomará un set de fotografías intraorales, instruirá al Asegurado sobre los procedimientos para prevenir las enfermedades orales y promover el auto cuidado de su salud oral, el control de placa bacteriana, las técnicas de cepillado y el uso de seda dental, Aplicación de Flúor en barniz por desmineralización una única vez. En Pacientes Pediátricos se incluirán instrucciones para el manejo de la dieta y efectos del azúcar en la salud bucal y procedimiento terapéutico de profilaxis (limpieza) y fluorización, además de los sellantes de fosa y fisuras. Cuando el odontólogo o profesional adscrito a la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y prescriba la necesidad de realizarle al Asegurado la remoción de cálculos supragingivales (retiro de sarro o calculo dental por encima de la encía) o profilaxis dental (cada 6 meses), le realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y previamente autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento. Para la obtención de este beneficio, el Asegurado deberá solicitar al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos una cita con un proveedor adscrito a la Red de Servicios Odontológicos con el fin de llevar a cabo el diagnóstico o plan de tratamiento aquí indicado.

vi. **Restauración (Operatoria):** Cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y así lo prescriba, le realizará él mismo o bien le solicitará a otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos, la restauración por caries o fractura en piezas permanentes mediante obturación en amalgama una, dos, tres o cuatro superficies, o mediante la obturación en resina una, dos, tres o cuatro superficies, restauración de lesiones cervicales en resina o ionómero de vidrio por abfracción. El Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos, realizará los procedimientos y medidas terapéuticas autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos que sean necesarios para la mencionada eliminación de la caries dental activa, fractura dental o abfracción y su posterior restauración de la cavidad resultante, según se indica en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.

vii. **Cirugía Bucal:** Cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y así lo prescriba debido a que el estado de salud bucal del Asegurado lo exige, la Compañía cubrirá lo siguiente: extracciones simples, extracciones complejas, extracciones de remanentes radiculares, extracciones de terceros molares erupcionados (cordales), frenectomía, remodelado óseo, profundización reborde por cuadrante, escisión del Torus (palatino o lingual bilateral), cirugía Bucal de dientes retenidos (no incluye cordales), y cirugía de terceros molares (cordales). El procedimiento podrá ser realizado por él mismo o bien otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos le realizará los procedimientos antes mencionados y previamente autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.

viii. **Endodoncia**: Cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y prescriba la necesidad de realizarle al Asegurado tratamiento convencional de conductos en dientes unirradiculares (una raíz), birradiculares (dos raíces), multirradiculares (tres o más raíces) apexificación y apexogénesis (terapia que origina la formación completa de la raíz dental), apicectomía en dientes anteriores, premolares y molares, selle de perforaciones, ya sea él mismo o bien otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos, le realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y previamente autorizados por el Administrador

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

de la Red de Servicios Odontológicos, según se indica en el Certificado de Cobertura para cada evento.

ix. **Periodoncia:** Cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y prescriba la necesidad de realizarle al Asegurado un Curetaje a campo cerrado por cuadrante (raspaje y alisado radicular) cada seis (6) meses, Curetaje a campo abierto por cuadrante (raspaje y alisado radicular) cada seis (6) meses, cita de mantenimiento periodontal, Gingivectomía por arcada (no incluye motivos estéticos), Tunelización de Furca, Cuña Distal, Drenaje de Absceso periodontal, ya sea él mismo o bien otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos, le realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y previamente autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.

x. **Odontopediatría:** Cuando se trate de un Asegurado Pediátrico y el Asegurado Titular lo estime conveniente, el Asegurado Titular podrá pedir una cita con un Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para que evalúe la salud bucal del Asegurado Pediátrico y realice los procedimientos terapéuticos tendientes a tratar las afecciones de origen traumático o infeccioso que se presenten en los dientes temporales y realice los tratamientos de operatoria convencional descritos en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura. La Compañía cubrirá en pacientes pediátricos los siguientes procedimientos: profilaxis dental, aplicación de flúor en gel (cada 6 meses), sellantes (menores de 12 años – cada 6 meses), exodoncia diente temporal, resinas en piezas temporales, amalgamas en dientes temporales, restauración en ionómero dientes temporales, pulpotomía de diente temporalendodoncia en piezas temporales, mantenedor de espacios, resinas en formas plásticas y corona en acero para dientes temporales.

xi. **Ortodoncia**: Cuando el Asegurado lo estime conveniente y después de transcurrido el Tiempo de Espera estipulado en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado, **por una sola vez durante la vigencia de la Póliza y aplicable para esta Cobertura**, la Compañía cubrirá una evaluación clínica con un Especialista en Ortodoncia con uno de los proveedores que conforman la Red de Servicios Odontológicos, quien será el profesional encargado en planificar el tratamiento ortodóntico necesario para corregir los defectos y las irregularidades en la posición de los dientes y función maxilar de dicho Asegurado. **Esta Cobertura NO incluye** el costo de los tratamientos adicionales recomendados como producto del diagnóstico. Cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y prescriba la necesidad de realizarle al Asegurado tratamiento convencional de Ortodoncia Metálica la Compañía cubrirá **por una sola vez durante la vigencia de la Póliza y aplicable para esta Cobertura** la Instalación de aparatología (brackets metálicos), siempre y cuando éstas sean necesarias, según el Odontólogo antes indicado. Se cubrirán hasta veinticuatro (24) controles mensuales de ortodoncia metálica. En todo caso, el otorgamiento de esta Prestación deberá ser previamente autorizada por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos. Para la obtención de este beneficio, el Asegurado deberá solicitar al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos una cita con un proveedor adscrito a la Red de Servicios Odontológicos con el fin de llevar a cabo el diagnóstico o plan de tratamiento aquí indicado y la cobertura aplica según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento. **Esta Cobertura NO incluye exámenes de ortodoncia (radiografías, modelos, cefalometría y fotos), así como tampoco aditamentos adicionales, reposición de brackets ni retenedores (placas de contención).**

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

xii. **Rehabilitación:** Cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y así lo prescriba debido a que el estado de salud bucal del Asegurado así lo exige, la Compañía cubrirá tratamientos de rehabilitación oral cuyo principal objetivo es cubrir los procedimientos y medidas necesarias para rehabilitar o reemplazar una parte o la totalidad de la estructura dentaria afectada por una enfermedad o un trauma. Dicha cobertura incluye lo siguiente:

a. **Coronas/prótesis fija**: coronas provisionales en acrílico y coronas individuales o puentes fijos metal-porcelana (no metal precioso). Están excluidas coronas enteras en porcelana, E-Max, zirconio, proceras o CAD/CAM y otros procedimientos de mayor complejidad o reemplazos por motivos netamente estéticos.
b. **Prótesis removible**: Prótesis total superior o inferior acrílica, prótesis removible en acrílico, prótesis removible metal acrílica. Esta Cobertura NO incluye prótesis siliconadas o de materiales diferentes al acrílico

b. **Cobertura en caso de accidente:** Cuando el Asegurado requiera de medidas terapéuticas destinadas a la atención y tratamiento por un Accidente involuntario que afecten una o varias piezas dentales del segmento anterior y que justifiquen una atención inmediata, la Compañía, a través de los proveedores de la Red de Servicios Odontológicos atenderá al Asegurado y prestará el tratamiento. Cubre los procedimientos y medidas necesarias para restaurar o reemplazar una parte o la totalidad de la estructura dentaria, de un diente anterior, por un evento traumático ocurrido durante un Accidente involuntario. Incluye el implante, corona de porcelana y poste prefabricado cuando estos procedimientos estén indicados y su realización garantice un buen pronóstico. **Están excluidas coronas en zirconio o IMAX y otros procedimientos de mayor complejidad a los que haya lugar, por causa del evento traumático**. Es obligatorio que el Accidente haya sido un evento traumático, involuntario y sin mediar ninguna otra responsabilidad del Asegurado sobre el mismo. **De tal manera, quedan excluidos Accidentes causados por deportes extremos o heridas auto infligidas**. La ocurrencia de este Accidente deberá de ser certificada con la documentación que se estime conveniente la cual sea emitida por autoridad médica y/o policial competente. Aplica para dientes anteriores naturales previamente sanos que no hayan recibido ningún tratamiento odontológico con anterioridad (resinas, endodoncias, prótesis) y sin enfermedad periodontal previa (pérdida de encía, hueso o movilidad). Esta cobertura de Accidentes es válida a partir del primer día de vigencia de la póliza. La cobertura aplica según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.

c. **Estética**: Cuando el Asegurado lo estime conveniente y después de transcurrido el Tiempo de Espera estipulado en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado, **por una sola vez durante la vigencia de la Póliza y aplicable para esta Cobertura** la Compañía cubrirá una sesión de Blanqueamiento Dental en Consultorio (es un tratamiento estético que busca mediante agentes químicos conseguir aclaramiento del color de los dientes naturales), siempre y cuando el Odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario y así lo prescriba debido a que el estado de salud bucal del Asegurado es apto para la aplicación del agente blanqueador..

Será requisito indispensable para la prestación de los servicios previstos en los literales 3.a.iii, 3.a.iv, 3.a.v, 3.a.vi, 3.a.vii, 3.a.viii, 3.a.ix, 3.a.x, 3.a.xi, 3.a.xii, 3.a.xiii de esta cláusula, el diagnóstico previo y la definición del tratamiento por parte del Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos que originalmente sea designado por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para tal efecto.

Cláusula 4. SUMA ASEGURADA

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

La Suma Asegurada máxima para las anteriores Coberturas es definida por el Tomador o Contratante de la Póliza, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura, y en el último listado de Asegurados incluidos por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza.

En ningún caso, una misma persona podrá aparecer como Asegurado de una cobertura de gastos odontológicos con la Compañía, bien sea la misma Póliza o una similar, en Pólizas colectivas o autoexpedibles, lo anterior por tratarse de una Cobertura que garantiza la prestación de un servicio de manera exclusiva dentro de una Red de Servicios Odontológicos previamente definida con el Tomador de la Póliza y conocida por el Asegurado. En caso que el Asegurado se encuentre cubierto en más de una Póliza con una cobertura para gastos odontológicos igual o similar con la Compañía, ésta última considerará que esa persona únicamente está asegurada con arreglo a la Póliza que le provea al Asegurado el mayor beneficio. Cuando el Beneficio con arreglo a cada una de tales Pólizas sea idéntico, la Compañía considerará que esa persona está asegurada únicamente con arreglo a la primera Póliza emitida; en tal caso, la Compañía devolverá al Asegurado o a sus Beneficiarios el cien por ciento de la Prima(s) pagada(s) por la(s) Póliza(s) que ocasionen el excedente del límite mencionado en este párrafo, lo anterior, en un plazo no mayor a quince (15) días naturales.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el Contrato de Seguro, a fin de que esté en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Cláusula 5. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS

a) **Autorización a la compañía para grabar las conversaciones telefónicas entre la Compañía y el Asegurado o su representante:** El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía para grabar las conversaciones telefónicas entre el Asegurado y la Aseguradora y/o el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, con el propósito de corroborar las citas asignadas, las autorizaciones otorgadas y la calidad del servicio prestado con relación a las coberturas de esta Póliza.

b) **Autorización a la Compañía para solicitar el expediente y/o historial odontológico del Asegurado:** El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para solicitar a cualquier Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, clínica o centro de salud bucal, Institución de salud y odontología, cualquier informe sobre lesiones y/o enfermedades y su evolución, con el propósito expreso de comprobar los antecedentes de salud y las Enfermedades Preexistentes bucales del Asegurado relacionados con su reclamación. De igual manera, por este medio, autoriza al Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, la clínica, centro de salud bucal o a cualquier institución de salud y odontología tratante para que suministre a la Aseguradora toda información relacionada con su historia odontológica.

c) **Autorización a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para auditar los procedimientos odontológicos:** El Asegurado autoriza a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos a practicar, por medio de las personas físicas o jurídicas que forman

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

parte de la Red de Servicios Odontológicos, en cualquier momento de un tratamiento odontológico autorizado al Asegurado, una auditoría presencial odontológica y auditoría documental de imágenes fotográficas y radiográficas, con el propósito específico de verificar el tratamiento practicado, aclarar dudas técnicas sobre el tratamiento en desarrollo, o corroborar la calidad del servicio prestado por los Odontólogos de la Red.

d) **Autorización a La Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para la toma de imágenes, exámenes y realización de tratamientos:** El Asegurado autoriza a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, por medio de las personas físicas o jurídicas que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos, para que lleven a cabo los exámenes de diagnóstico necesarios, la toma de fotografías intraorales, fotografías extraorales y radiografías; por lo que, antes de la realización de los tratamientos odontológicos, deberá firmar los respectivos consentimientos cuando así aplique y se le solicite.

e) **Situación de abandono del tratamiento o prestación odontológica:** Se considera un abandono de tratamiento o Prestación la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida de la pieza dental, cuando un Asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.

f) **Fuerza mayor para tratamiento por Urgencia o Emergencia Odontológica:** Cuando el Asegurado Principal le solicite al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos una o varias atenciones de Emergencia o Urgencia Odontológica para alguno de los Asegurados de la Póliza, y el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos le manifieste que por causas de fuerza mayor, en la zona geográfica y en el momento de la solicitud no hay disponibilidad de un Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, clínica, centro de salud bucal o institución de salud y odontología autorizada por la Red de Servicios Odontológicos que pueda atender su Emergencia o Urgencia Odontológica, la Compañía le reembolsará al Asegurado, excepcionalmente y con la autorización previa del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, el valor de los servicios odontológicos efectivamente recibidos y facturados hasta por la suma máxima de cien dólares americanos ($100.00) durante la vigencia de la presente Póliza. **El Administrador de la Red de Servicios Odontológicos le indicará al Asegurado el valor del rembolso autorizado y le asignará un código o número de autorización que el Asegurado deberá presentar al momento de solicitar el respectivo reembolso.** El valor del reembolso no excederá el valor del pago que haga el Asegurado y que esté debidamente soportado por una factura legal emitida por el prestador del servicio.

g) **Sustitución y/o cambio de profesionales en la Red de Servicios Odontológicos:** El Tomador y demás Asegurados dejan constancia en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado que aceptan que las personas físicas y jurídicas que conforman la Red de Servicios Odontológicos pueden cambiar o ser remplazados dependiendo de las circunstancias que se presenten, sin que lo anterior sea motivo para declarar el incumplimiento de este contrato por alguna de las partes. Sin perjuicio de lo anterior, con el fin de que el Asegurado pueda consultar, la Compañía actualizará regularmente la lista de Odontólogos y/o proveedores de la Red de Servicios Odontológicos en la siguiente página web: **www.e-dentalsys.com**.

h) **Utilización de servicios fuera de la Red de Servicios Odontológicos**: Si el Asegurado, por error o por su propia determinación utiliza los servicios odontológicos de un Odontólogo o entidad que no

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

pertenece a la Red en mención, la totalidad de los costos y/o servicios profesionales originados en dicho tratamiento deberán ser cancelados por el Asegurado sin que aplique reembolso alguno a favor de éste último.

Cláusula 6. EXCLUSIONES

Para las Coberturas objeto de esta Póliza se establecen como exclusiones las reclamaciones causadas por o durante:

a) Suicidio, o Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.

b) Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como Fenómeno de la Naturaleza de Carácter Catastrófico.

c) Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

d) Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.

e) La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;

f) Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.

g) El manejo de explosivos, o en sesiones de aprendizaje, entrenamientos o competencias de velocidad o habilidad en autos o lanchas de competencia.

h) La práctica del Asegurado de cualquier actividad deportiva en planeadores, aeronaves incluyendo globos aerostáticos, aladeltismo, parapente, paracaidismo, esquí acuático o sobre nieve, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, windsurf, snowboard, buceo, toreo, boxeo, rugby o futbol americano, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, trecking, rafting, bungee jumping, hockey sobre hielo o sobre patines, patinaje sobre hielo o sobre pista, equitación en salto o carreras de caballos, polo, artes marciales, cacería con arma de fuego o de aire comprimido o con arco.

i) El trasporte del Asegurado, como conductor o acompañante, en motos de cualquier cilindraje, cuadriciclos, Jet-ski o motos de agua o de nieve,

j) La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva a nivel profesional.

k) Los tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento no descritos en la póliza y/o cualquier cirugía reconstructiva incluyendo cualquier tipo de tratamiento o cirugía relacionada con el labio leporino.

l) Cualquier tipo de tratamiento relacionado con el cambio de forma, tamaño o color de los dientes no descritos en la póliza, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamiento

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

ambulatorio de dientes vitales y no vitales, reparación de perforaciones dentales y procedimientos pre-protésicos en general.

m) Los exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones dentales no cubiertas específicamente por esta Póliza.

n) Procedimientos prestados por instituciones y Odontólogos no adscritos a la Red establecida por la Aseguradora.

o) Las lesiones causadas por hechos o actuaciones de las fuerzas armadas, de policía o de los cuerpos de seguridad.

p) Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del Asegurado. Se considera abandono cuando un Asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.

DE OCURRIR EL EVENTO QUE AFECTE AL ASEGURADO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. ASIMISMO, EN CASO DE PRESENTARSE AQUELLAS SITUACIONES QUE DECLARAN LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS TOTAL O PARCIALMENTE EN LA LEY REGULADORA DEL CONTRATO DE SEGUROS N° 8956 Y SUS CORRESPONDIENTES Y POSTERIORES REFORMAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cláusula 7. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza, cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza. Para efecto de los Asegurados, este seguro opera bajo inclusión automática, motivo por el cual el Asegurado Titular queda asegurado a partir de la fecha de inclusión de la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura.

BENEFICIARIOS

Cláusula 8. BENEFICIARIOS

El Asegurado expresamente acepta en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura, que el único Beneficiario de esta Póliza es la persona que aparece registrada en el Certificado de Cobertura como Asegurado.

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

Cláusula 9. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador, Asegurado y Beneficiarios, tendrán las siguientes obligaciones:

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

Obligaciones del Tomador: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

a) Pagar la Prima dentro de los plazos establecidos;
b) Elegir la Suma Máxima Asegurada;
c) Cumplir con la entrega de información para el Registro de Asegurados;
d) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Obligaciones del Asegurado: El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

a) Pagar la Prima;
b) Elegir el Plan correspondiente para la presente Póliza;
c) Proporcionarle a la Compañía la información requerida de forma completa y veraz;
d) En caso de requerir alguna de los servicios odontológicos cubiertos, llamar previamente al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos;
e) En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza;
f) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

Cláusula 10. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, Plan contratado, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas y beneficios, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Contratante será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con la siguiente información:

a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Plan contratado y Suma Asegurada.
b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

Cláusula 11. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo, lo anterior en los formularios "Solicitud de Seguro" y "Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado".

Cláusula 12. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso de que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador del seguro o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

Cláusula 13. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado.

En cada prórroga anual, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un estudio tarifario el cual contempla la siniestralidad del periodo del último año. Para el cálculo de la siniestralidad se utilizan las primas netas pagadas del último año y los siniestros netos incurridos del último año, que corresponden a: i) siniestros pagados del último año y; ii) siniestros pendientes reportados a fin de vigencia. Con esta información se estima el índice de siniestralidad, como el cociente de los siniestros entre las primas.

Al determinar el índice de siniestralidad se podrá aplicar un ajuste a la prima según el rango de la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Recargo por Siniestralidad
Hasta 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	15%
Más de 50% hasta 60%	35%
Más de 60% hasta 70%	45%
Más de 70% hasta 80%	55%
Más 80%	100%

Esta prórroga se realizará de manera anual.

Cláusula 14. PAGO DE LA PRIMA

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador o Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la forma y periodicidad de pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. La periodicidad de pago podrá ser Mensual, Bimensual, Trimestral, Cuatrimestral, Semestral, o Anual, según sea elegido en la Solicitud de Seguro. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica, o bien por transferencia electrónica de dineros directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

Si la Póliza se contrata de forma contributiva, y la Compañía acuerda con el Tomador el pago de la prima de forma fraccionada, el Asegurado podrá realizar el pago de la Prima correspondiente mediante pagos realizados con la misma temporalidad acordada entre el Tomador y la Aseguradora, por adelantado con cargo automático en una cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, o bien en efectivo o mediante cheque. **Para implementar cualquier tipo de cargo automático, el Asegurado deberá completar el formulario de autorización correspondiente**.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador o del Asegurado durante los primeros quince (15) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada y el Tomador o el Asegurado solicita la cancelación del seguro dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas.

Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Tomador o del Asegurado.

La utilización de las Asistencias cubiertas por esta Póliza implicará la ocurrencia de un siniestro. Una vez ocurrido el siniestro, si el Asegurado decide cancelar el seguro antes de la terminación de la vigencia, la Compañía estará en su derecho de cobrar al Asegurado Principal la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia del seguro contratado.

Cláusula 15. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Compañía le concede al Tomador o Contratante un Período de Gracia de noventa (90) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrito según se establece en la Cláusula de "ACEPTACIÓN DEL RIESGO" de este documento.

En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada, en cuyo caso la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente, rebajando de la indemnización la(s) Prima(s) pendiente(s).

Cláusula 16. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda una devolución de Primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva la realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o al Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Cláusula 17. RECARGOS Y DESCUENTOS

Para esta póliza no aplicarán recargos ni descuentos de ningún tipo, a excepción de lo indicado en la cláusula **"PRIMA O TARIFA DE SEGURO".**

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

Cláusula 18. PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Una vez transcurrido el Tiempo de Espera, el Asegurado estará en todo su derecho a utilizar los servicios odontológicos descritos en esta Póliza, para lo cual, y en todo caso, deberá solicitar una cita según el procedimiento que se describe a continuación:

i. El Asegurado deberá comunicarse telefónicamente con el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos al teléfono +(506) 2503 2700, opción 1. en Costa Rica para programar una cita.
ii. El operador solicitará el número de la Póliza y el número de la cédula ó de identificación del Asegurado.
iii. El operador realizará algunas preguntas básicas al Asegurado sobre la razón que lo llevó a solicitar la consulta odontológica, y determinará en forma preliminar si se trata de una Emergencia o Urgencia Odontológica o si requiere la atención de un Odontólogo especialista.
iv. El operador propondrá al Asegurado uno o varios Odontólogos adscritos a la Red de Servicios Odontológicos según su ubicación, disponibilidad y horario, y el Asegurado será quien decida el nombre del Odontólogo de su preferencia.
v. El Asegurado deberá presentarse a la hora acordada en el consultorio del Odontólogo adscritos a la Red de Servicios Odontológicos según las indicaciones del operador.
vi. Cuando el Asegurado asista a la cita odontológica programada deberá presentar su cédula de identidad e indicar el número de la póliza.
vii. En el consultorio, el Odontólogo realizará al Asegurado una valoración y determinará si se trata de una urgencia o no, y el tipo de tratamiento que requiere. El Odontólogo podrá tomar fotografías de la situación clínica del paciente y radiografías si así se requiere, para completar el diagnóstico.
viii. Por razones de seguridad para el asegurado, los Odontólogos que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos NO ATENDERÁN al Asegurado que se presente a la cita bajo los efectos del alcohol o alguna droga enervante y/o estupefaciente.
ix. La cita de Emergencia o Urgencia Odontológica consiste en la atención del alivio del dolor, inflamación o sangrado abundante, por lo que, si el Asegurado requiere de tratamientos que no están contenidos en el plan contratado, el Odontólogo le podrá brindar, en caso de que esté disponible, un precio preferencial, el cual deberá ser cancelado en un 100% por el Asegurado.
x. Si durante la consulta, el Odontólogo confirma que se trata de una dolencia odontológica amparada por la presente Póliza, le realizará el tratamiento correspondiente previa la cancelación del respectivo copago por parte del Asegurado y si el Plan así lo contempla.

Cláusula 19. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.

Los procedimientos a seguir para la reclamación de un siniestro se detallan a continuación de acuerdo a la cobertura afectada:

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

1. **Para la Cobertura de Gastos Odontológicos:** Cualquier rembolso previsto en la Cláusula de "CONDICIONES ESPECIALES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS - FUERZA MAYOR POR URGENCIA O EMERGENCIA" de esta póliza, será realizado en un plazo máximo de 30 (treinta) días, contados a partir de la presentación de los siguientes documentos necesarios para su procesamiento:

   a) El formulario de Reclamación que le suministre la Compañía;
   b) Resumen preparado por el odontólogo tratante de la atención odontológica donde haga constar: Nombre completo y número de cédula del Asegurado atendido, diagnóstico, plan de tratamiento odontológico y fecha de la realización de cada procedimiento. En este documento deberán aparecer claramente: el nombre completo, número de la cédula, número de registro profesional, dirección y número telefónico del consultorio y firma del Odontólogo tratante.
   c) Radiografía Periapical de los dientes afectados.
   d) Original de la Factura timbrada y cancelada, correspondiente a los gastos odontológicos efectuados, con el detalle de cada uno de los elementos y/o servicios recibidos por el paciente Asegurado y su costo respectivo;
   e) Solicitud escrita del rembolso firmada por el Asegurado, indicando claramente la(s) circunstancia(s) de fuerza mayor que lo llevaron a solicitar los servicios profesionales de un Odontólogo no vinculado a la Red de Servicios Odontológicos.
   f) Copia de la cédula u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Asegurado o su Representante o Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente la totalidad de los requisitos que se establecen para cada Cobertura.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. En caso de indemnización por la cobertura de esta póliza, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima de esta póliza cuya vigencia es de un (1) año. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

Cláusula 20. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO".

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

VIGENCIA

Cláusula 21. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia. Se entiende que esta Póliza es prorrogable anualmente por períodos iguales, siempre que se cuente con el consentimiento claro y expreso de ambas partes.

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la prórroga de la misma, incluyendo modificaciones a la Tarifa de Seguro según lo establecido en la cláusula de "PRIMA O TARIFA DE SEGURO" de esta Póliza, las cuales se deberán informar al Tomador con total claridad y con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza. El Tomador o Contratante dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que la Compañía informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso de que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por prórroga por un período igual, caso contrario, se tendrá por no prorrogada.

De igual forma, el Tomador del seguro podrá solicitar modificaciones a la Póliza, las cuales deberá solicitar por escrito a la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un Addendum; de lo contrario en el mismo plazo la Compañía comunicará por escrito al Tomador del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una Prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de no prorrogar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, el Tomador bajo su entera responsabilidad, lo comunicará de inmediato a los Asegurados para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes durante el plazo de los quince (15) días naturales a su notificación. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éste. Una vez entrada en vigencia la Póliza, toda modificación a las Condiciones Particulares de la Póliza deberá realizarse de común acuerdo entre la Compañía y el Tomador. El Tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante de la presente Póliza.

Cláusula 22. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza, así como el pago de la Prima correspondiente dentro del Período de Gracia. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

EN CASO DE QUE LA PÓLIZA NO FUERE PRORROGADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

Cláusula 23. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del Seguro con al menos un mes de anticipación;
b) Por Falta de Pago de la Prima total o parcial, según la Periodicidad de Pago de la Prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia del pago vencido correspondiente y se cumpla con lo establecido en la cláusula de "PERÍODO DE GRACIA" de la presente Póliza.
c) Finalice la vigencia de la Póliza y no se proceda con la prórroga de la misma.
d) A partir del momento en que la Compañía compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.

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

Cláusula 24. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura terminará para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
2. Fallezca dicho Asegurado;
3. No se pague la Prima de Seguro en el plazo establecido en la cláusula de Período de Gracia, en cuyo caso la cobertura para dicho Asegurado se considerará vigente hasta el último día de cobertura efectivamente pagada. Con el fin de que aplique la anterior terminación, la Compañía notificará dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros;
4. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.
5. El Asegurado solicite su baja.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Contratante o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

CONDICIONES VARIAS

Cláusula 25. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo, que podrá ser contratado por el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

a) Contributiva: Es la modalidad en la que el Asegurado contribuye con parte o la totalidad de la Prima.
b) No Contributiva: Es la modalidad en la que el Tomador paga la totalidad de la Prima.

Cláusula 26. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnan como mínimo los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza, (ii) que cumplan los demás requisitos que se establezcan en las Condiciones Particulares según las Coberturas y Beneficios que elija el Tomador.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

Para efecto de esta Póliza, se establece como edad mínima del Asegurado Titular y de su esposa(o) o compañera(o) permanente al momento de adquirir esta Póliza, los dieciocho años (18) años. Para los Asegurados Dependientes, se establece como edad mínima de ingreso a la Póliza dos (2) años de edad.

Cláusula 27. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados y completar la información requerida en el formulario de Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura, el cual incluye la autorización para que proporcionen a ASSA Compañía de Seguros S.A. información sobre sus antecedentes odontológicos, incluyendo copia de su historial odontológico.

Cláusula 28. COMISIÓN DE COBRO

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad Contributiva, la Compañía podrá reconocer al Tomador un porcentaje de comisión por gestión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta Póliza**.**

Cláusula 29. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que el contenido de esta póliza difiera de lo indicado en la Solicitud de Seguro del Tomador. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha en que se emita la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

Cláusula 30. PERIODO DE CARENCIA

Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y se indique en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado, podrá definirse un Período de Carencia o Período de Espera para las Coberturas y Beneficios que correspondan.

Cláusula 31. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será el acordado entre el Tomador y la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza con un máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 32. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 33. RECTIFICACIÓN DE EDAD

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no depende de la edad; en caso de que el cambio de la edad afecte la cobertura del seguro del Asegurado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

Cláusula 34. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Este seguro se contrata en la moneda que se indica en las Condiciones Particulares, ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses. Por lo tanto, los montos indicados en el presente seguro y los pagos relacionados con el mismo que se realicen entre Contratante o Asegurado y la Compañía se efectuarán en la moneda en que se haya pactado y la cual se indica en la Condiciones Particulares de la póliza y en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado. Para cualquier conversión que se deba realizar en relación a los límites o montos indicados en esta póliza se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

No obstante, a elección del deudor de la obligación de pago, cualquier pago podrá efectuarse en colones costarricenses al tipo de cambio vigente al día de pago, en el Banco o institución financiera en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica al día de pago.

Cláusula 35. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

LA INFORMACIÓN QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA TANTO POR EL TOMADOR COMO POR EL ASEGURADO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN PERSONAL, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Cláusula 36. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado o Contratante.

Cláusula 37. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

Cláusula 38. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

Cláusula 39. 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 al terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen trasgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la Republica de Costa Rica o aquellas con las que la Republica de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales incluyendo pero sin limitar la generalidad de los anterior; los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas a eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentren o sean mencionados en una 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 de América o pertenezcan a países incluidos en dichas listas y /o cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento al terrorismo, guerras y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masivas.

En consecuencia, la materialización de alguna de las situaciones anteriormente descritas faculta a la Compañía para dar por terminada la Póliza, o el aseguramiento individual cuando corresponda, de forma inmediata sin responsabilidad alguna.

INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cláusula 40. CONTROVERSIAS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato.

No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un proceso de arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

Cláusula 41. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com

En caso de que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Intermediario de Seguros que hayan actuado en la comercialización de dicha Póliza.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Cláusula 42. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, pudiendo tratarse de cualquier medio de comunicación a distancia que permita brinden un soporte duradero para guardar, recuperar, reproducir fácilmente y sin cambios la comunicación. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en ASSA Compañía de Seguros, S.A. - Apartado 46-6155 Fórum 1-Santa Ana - Costa Rica.

MEDIOS POR LOS CUALES SE PUEDE OBTENER INFORMACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO A LA PÓLIZA

El Contratante y los miembros del Grupo Asegurado podrán obtener información y asesoría respecto a la Póliza mediante los siguientes medios:

- Número de teléfono: 2503 2700, opción 1.
- Correo electrónico: servicio@assanet.com.
- Sitio web en el que se pueda revisar toda la documentación contractual y plantear consultas: https://www.assanet.cr/.

COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

_____
FIRMA AUTORIZADA

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P20-64-A05-754 de fecha 08 de mayo del 2018."

Dirección: Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2503-2700 | **Fax:** (506) 2503-2797 | **Apartado:** 46-6155, Fórum, Santa Ana | **Correo electrónico:** contacto@assanet.com