



Compañía de Seguros, S.A.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS DEBER DE INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

Por este medio, en cumplimiento de lo indicado en el artículo 25 de Reglamento Sobre Comercialización de Seguros (Acuerdo SUGESE 03-10), se informa al Asegurado en relación a los siguientes temas del Seguro Colectivo Gastos Funerarios Solidarista, con número de registro P20-64-A05-754.

1. NOMBRE DEL PRODUCTO: Seguro Colectivo de Gastos Odontológicos.

2. RIESGOS ASOCIADOS Y BENEFICIOS

2.1 Tipo de seguro

Este seguro opera bajo inclusión automática, motivo por el cual usted queda asegurado a partir de la fecha de inclusión consignada en el Certificado de Seguro, y según el ámbito de cobertura indicado y detallado en las Condiciones Generales del Seguro. Por tanto, su Solicitud de Inclusión se convierte a la vez en su Certificado de Seguro de manera automática y por ello dicho documento contiene la totalidad de información respecto de su aseguramiento.

2.2 Objeto del Seguro

Al amparo de sus coberturas, la Compañía se compromete a brindar los Servicios Odontológicos acordados dentro del territorio de la República de Costa Rica a través de la Red de Servicios Odontológicos autorizados.

3. OBLIGACIONES

3.1. Obligaciones de la Compañía:

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" de las Condiciones Generales.

3.2. Obligaciones del Tomador y Asegurado:

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

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 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 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 Póliza;
- f) Cualquier otra obligación establecida en la Póliza.

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".

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.

4. REQUISITOS PARA EL ASEGURAMIENTO:

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.

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 hijos(as) Asegurados Dependientes, se establece como edad mínima de ingreso a la Póliza dos (2) años. Igualmente, para el ingreso de los hijos(as) del Asegurado Titular a esta Póliza, será requisito indispensable que el Asegurado Dependiente dependa económicamente del Asegurado Titular, que habite bajo el mismo techo que el Asegurado Titular y que su edad máxima sean los veintitrés (23) años.



5. COBERTURAS

La Compañía cubrirá los costos de las prestaciones odontológicas cubiertas y requeridas por cada Asegurado o Familiar Asegurado, 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:

- 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 atención de Urgencias o Emergencias se limitará a lo siguiente: Alivio del dolor agudo, extracción simple de cualquier pieza dental que está por fuera de la encía y no requiere de cirugía, retiro de cuerpo extraño de la encía o de una pieza dental, tratamiento sintomático (prescripción médica) para hiperemias pulpaes, pulpitis agudas (afección de nervio dental), tratamiento de alveolitis post extracción por complicación, hemorragias post quirúrgicas o post traumáticas (sangrado), trismus (dolor muscular y/o dificultad en la apertura bucal), reposición o reimplante de dientes avulsionados (desalojo total de una pieza dental por trauma), luxaciones dentales (movilidad dental a causa de trauma) y drenaje de abscesos de origen endodóntico (afección de nervio) o periodontal (afección de tejidos de soporte del diente). Para los casos en que se presenten fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, sólo se prestará la atención inicial de urgencias que incluye reposición de dientes avulsionados y/o luxados, sutura de tejidos bucales lacerados, control de hemorragias y prescripción de analgésicos. 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 paciente.
- 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, por una sola vez durante la vigencia de la Póliza y aplicable para esta Cobertura, la Compañía cubrirá una 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, 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 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.

- 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, 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. **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 exige extracciones simples, extracciones complejas, extracciones de remanentes radiculares y extracciones de terceros molares erupcionados, frenectomía, remodelado óseo, exodoncia método abierto (no incluye cordales), Cirugía Bucal de dientes incluidos (no incluye cordales), profundización reborde por cuadrante, Operculectomía, Cirugía Bucal complicada de remanentes radiculares, drenaje absceso intraoral, Escisión del Torus (palatino o lingual bilateral), 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 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 Curetaje a campo cerrado por cuadrante (raspaje y alisado radicular), Curetaje a campo abierto por cuadrante (raspaje y alisado radicular), Gingivectomía por sextante (no incluye motivos estéticos), Tunelización de Furca, Cuña Distal, Drenaje de Absceso periodontal, 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, por una sola vez durante la vigencia de la Póliza, 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, endodoncia en piezas temporales anteriores, pulpotomía de diente temporal, extracciones pediátricas, mantenedor de espacios,



amalgamas en temporales, resinas en piezas temporales, resinas en formas plásticas. En la misma cita o sesión, y a criterio del Odontólogo encargado, él o bien otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos, le realizará al Asegurado Pediátrico la correspondiente profilaxis, aplicación de flúor y lo instruirá sobre las prácticas para prevención de las caries dentales y control de placa bacteriana.

- 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 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. 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.
- xii. **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 y la cobertura aplica según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.

Será requisito indispensable para la prestación de los servicios previstos en los literales iii, iv, v, vi, vii, viii, ix, x, xi, xii 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.

6. CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA

- 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 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 cincuenta dólares americanos (\$50.00) durante la vigencia de la presente Póliza. **El Administrador de la Red de Servicios Odontológicos le indicará al Asegurado el valor del reembolso 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 reemplazados 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 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.

7. SUMA ASEGURADA

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.

8. 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 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, troteo, boxeo, rugby o fútbol americano, alpinismo o escalamiento de montañas, espeleología, trekking, 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 transporte 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 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.

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.

9. PERIODO DE CARENANCIA

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.

10. 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.

11. PRIMA

4.1 Tarifa: La Tarifa de Seguro se indica en las Condiciones Particulares y en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura del Asegurado.

4.2 Recargos y descuentos: Para la presente póliza no aplican descuentos ni recargos de ningún tipo.

4.3 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 Formas 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 actúe 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.

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.

4.4 Período 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).

4.5 Forma de ajuste de la prima:

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza la Compañía podrá modificar la Tarifa de Seguro de acuerdo con el comportamiento de la siniestralidad del colectivo para el año inmediatamente anterior calculado conforme a la fórmula indicada en las Condiciones Generales.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la Póliza la Compañía podrá modificar la Tarifa de Seguro aplicable a ésta según las variables indicadas en el párrafo anterior, dando aviso escrito al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro.

12. 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 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.

13. VIGENCIA DEL SEGURO:

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 renovable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

La Compañía podrá introducir modificaciones a las condiciones de la Póliza aplicables a partir de la renovación 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 que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la Prima, esta Póliza se tendrá por renovada automática e indefinidamente por un período igual, caso contrario, se tendrá por no renovada.

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 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 renovar esta póliza, previa comunicación por escrito de al menos treinta (30) días naturales a la fecha de vencimiento.

En caso 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.

14. 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 QUE LA PÓLIZA NO FUERE RENOVADA, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

15. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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 renovación 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.

16. 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.

17. PROCEDIMIENTO DE UTILIZACIÓN:

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) 2505-3636 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 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.

18. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

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

1. Para la Cobertura de Gastos Odontológicos: Cualquier reembolso 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 reembolso 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.

17. CONTACTO

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. podrá ser notificada de cualquier comunicación en Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial Fórum 1, Edificio F, San José, Costa Rica o a la dirección electrónica: contacto@assanet.com.

19. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO

19.1 Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s), según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

19.2 Revisión: Cualquier Asegurado o Beneficiario(s), según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

19.3 Instancia de atención: En caso de persistir la declinación de la cobertura del seguro, el Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida resuelta su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página Web de la Compañía.

19.4 Jurisdicción: 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.

21. DERECHO A RECIBIR RESPUESTA

El Asegurado tendrá derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante la Compañía, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales.

De tal forma, como Asegurado bajo esta póliza colectiva, declaro expresamente haber entendido y leído con detenimiento la información previa relacionada con el contrato de seguros indicado anteriormente.

Como Asegurado, acepto haber recibido la información previa relativa a los términos y condiciones del **SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS**. También he sido enterado de que la eficacia de la cobertura está sujeta al aporte económico de la prima en los plazos previstos. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados para la emisión del seguro, facultará a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.



Compañía de Seguros, S.A.

Firma del Asegurado

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, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número **P20-64-A05-754** de fecha 8 de mayo del 2018.