



NOMBRE DEL TOMADOR

POLIZA NRO.

PÓLIZA COLECTVA DENTAL

MUESTRA



Best Meridian Insurance Company



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA COLECTIVA DENTAL

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	4
CONDICIONES GENERALES.....	5
CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES.....	5
CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	8
CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA	9
3.1. RIESGOS CUBIERTOS.....	9
3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS.....	9
3.3. EXCLUSIONES GENERALES.....	13
3.4. INDISPUTABILIDAD.....	14
CLÁUSULA 4.- PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA	14
CLÁUSULA 5.- DEDUCIBLES.....	14
CLÁUSULA 6.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO.....	14
CLÁUSULA 7.- PRIMA.....	16
7.1. PAGO DE LA PRIMA.....	16
7.2. PERÍODO DE GRACIA.....	16
7.3. DEVOLUCIONES	16
CLÁUSULA 8.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS.....	16
CLÁUSULA 9.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES.....	17
CLÁUSULA 10.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS	17
10.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN	17
10.2. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO.....	17
CLÁUSULA 11.- VIGENCIA.....	18
11.1. VIGENCIA.....	18
11.2. TÉRMINO DE PÓLIZA	18
11.3. TÉRMINO DE LA PÓLIZA PARA LOS ASEGURADOS	19

11.4.	DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN	19
	CLÁUSULA 12.- CONDICIONES VARIAS	19
12.1.	ELEGIBILIDAD	19
12.2.	REGISTRO DE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	20
12.3.	MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	20
12.4.	PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.....	20
12.5.	COMISIÓN DE COBRO	20
12.6.	REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN	20
12.7.	CANCELACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO	20
12.8.	MONEDA	20
12.9.	DEBER DE CONFIDENCIALIDAD	20
12.10.	PRESCRIPCIÓN	20
12.11.	NORMAS SUPLETORIAS	21
12.12.	JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA.....	21
12.13.	SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN	21
	CLÁUSULA 13.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	21
	CLÁUSULA 14.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	21

MUESTRA

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada “La Compañía”, emite la siguiente Póliza de Seguro Colectivo. La Póliza consiste en la Solicitud del Tomador, Solicitud de Inclusión, el Certificado de Seguro, el presente documento, las Condiciones Particulares y cualquier enmienda que se emita al respecto, en su defecto regirá la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653), la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956) y toda legislación vigente aplicable.

En ese sentido, la Aseguradora por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Empero, el derecho a disfrutar de las prestaciones detalladas en la misma, se supedita al cumplimiento de los términos, condiciones y demás estipulaciones detallados en las condiciones generales, particulares, especiales y/o cualquier otro documento que detalle obligaciones a cargo del Tomador y/o Asegurado.

Esta Póliza de Seguro Colectivo es una póliza cuya cobertura básica es un seguro dental.

Si el contenido de este Contrato o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Compañía este Contrato debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

La Póliza Colectiva Dental se rige mediante un contrato de adhesión.

PÓLIZA COLECTIVA DENTAL

Firma del Representante Legal

Firma del Presidente

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado siguiente:

- 1.1. ADMINISTRADORA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.** - Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos autorizados por la Compañía a nivel nacional, que adicionalmente coordina los servicios y atenciones que se detallan en esta Póliza, cada vez que el Asegurado los requiera.
- 1.2. AJUSTE OCLUSAL:** Desgaste programado realizado a las superficies de mordida de los dientes, que permite la correcta articulación entre el maxilar superior e inferior, a fin de evitar o corregir los trastornos temporomandibulares (ATM) más comunes como son bloqueo de la mandíbula, ruidos (chasquidos chirridos) o espasmos musculares.
- 1.3. AMALGAMA:** Es una aleación de mercurio con uno o más metales que fundidos a temperatura ambiente adoptan una cristalización característica, confiriéndole determinadas propiedades, empleada para restaurar dientes permanentes o temporales en el sector posterior.
- 1.4. ANESTESIA:** Aplicación local dental en la zona afectada para llevar a cabo el plan de tratamiento indicado por el odontólogo tratante.
- 1.5. AÑO PÓLIZA:** Es el período de cobertura de la Póliza comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.
- 1.6. APICECTOMÍA:** Eliminación quirúrgica de la porción terminal de la raíz de un diente con fines terapéuticos. Se lleva a cabo a través de un orificio en el hueso alveolar.
- 1.7. APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR:** Es el procedimiento por el que se aplica Flúor tópico sobre los dientes con el fin de prevenir la aparición de las caries. El flúor aumenta la resistencia del esmalte de los dientes a los ácidos que producen las bacterias de la placa bacteriana, origen de las caries. Es un

procedimiento preventivo indicado en niños menores de 14 años.

- 1.8. ASEGURADO:** Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo, forma parte del Grupo Asegurado, tiene relación con el Tomador y está protegida bajo esta Póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.
- 1.9. CAPIELO:** Técnica que consiste en la eliminación completa de la pulpa cameral y radicular en dientes temporales y la posterior obturación con zinquenol.
- 1.10. CERTIFICADO DE SEGURO:** Constancia emitida por la Compañía en la que se acredita la inclusión de uno o varios riesgos para su aseguramiento en la Póliza colectiva emitida. Es el documento expedido por la Compañía a favor del Asegurado Titular adherido a un contrato de seguro en modalidad colectiva.
- 1.11. CONDICIONES PRE-EXISTENTES:** Son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad congénita o no o Accidente previo que haya requerido hospitalización, tratamiento médico, tratamiento dental y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada antes de la fecha de inclusión a esta Póliza del Titular.
- 1.12. CONTRATANTE O TOMADOR:** Persona física o jurídica que, por cuenta ajena, contrata el seguro a la Compañía. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- 1.13. CORONA INDIVIDUAL METAL PORCELANA:** Prótesis individual, fija, de porcelana fundida sobre un casquete o funda de metal (níquel-cromo) que cubre la totalidad de la pieza dental, restaurando la forma, el color y el tamaño original de la misma. La corona dental proporciona la fuerza requerida para resistir la presión de la masticación, devolviendo la forma y anatomía requerida al diente destruido.
- 1.14. CURAS FORMOCRESOLADAS:** Se basa en la aplicación de una solución de formocresol

a la pulpa radicular, se coloca un apósito antiséptico (pasta trío: Óxido de Zinc, eugenol y formocresol) antes de restaurar el diente.

1.15. DEPENDIENTE: Significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en unión de hecho con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento.

1.16. DIAGNÓSTICO: Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el paciente.

1.17. DOMICILIO: Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del Asegurado dentro del territorio nacional.

1.18. ENDODONCIA O TRATAMIENTO DE NERVIOS: Procedimiento clínico para eliminar el contenido de tejido nervioso y vascular que hay dentro de los dientes anteriores y su posterior sellado con un material biocompatible. Puede ser monorradiculares, birradiculares o multirradiculares, dependiendo del número de raíces que conforman el diente.

1.19. EMERGENCIA ODONTOLÓGICA: Se define como cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por esta cobertura y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia. Los tipos de emergencias son: emergencias endodónticas, emergencias periodontales, emergencias protésicas.

1.20. EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS: Corresponden con un dolor agudo en un diente o zona determinada de la cavidad bucal; obedecen al daño originado por la caries en el órgano pulpar (nervio). Pueden ir acompañadas de inflamación producto de la formación de un absceso (colección localizada de pus o acumulación de pus). Son atendidas a través de eliminación de caries, recubrimiento pulpar

directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio monomérico de acuerdo al caso y tratamientos de conducto mono y multirradiculares.

1.21. EMERGENCIAS PERIODONTALES: Son aquellas que involucran el tejido de soporte del diente (encía y hueso). Su origen se encuentra relacionado con la enfermedad periodontal, así como a traumatismos, apretamiento y rechinado de los dientes (Bruxismo). En algunas ocasiones se presentan en forma combinada con una emergencia endodóntica. También se observa dolor, inflamación y abscesos. Son atendidas a través de una tartrectomías simples.

1.22. EMERGENCIAS PROTÉSICAS: Son menos frecuentes que las emergencias periodontales y están vinculadas con pacientes portadores de prótesis fijas (coronas y puentes fijos), removibles (puentes con ganchos) y totales (planchas). Se llevan a cabo cementados provisionales o definitivo de prótesis fijas y/o reparación de prótesis removibles (únicamente sustitución de dientes).

1.23. EXAMENES DE LABORATORIO (PERFIL 20): un conjunto de pruebas que ofrece a los odontólogos información para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos indicados.

1.24. EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES ERUPCIONADOS: Procedimiento de remoción de la estructura dentaria de los terceros molares (cordales) ya erupcionadas de su alvéolo.

1.25. EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES: Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.

1.26. EXODONCIAS QUIRÚRGICAS: Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente de su alvéolo mediante el uso de una técnica compleja que incluye levantamiento de un colgajo, eliminación de hueso y/o seccionamiento del diente. Aplica en aquellos casos en los que no se puede realizar la técnica clásica de fórceps como por ejemplo en dientes incluidos, coronas destruidas, raíces divergentes, dilaceraciones e hipercementosis.

- 1.27. FECHA DE INCLUSIÓN:** Es la fecha de entrada en vigor de un Asegurado a la Póliza, la que se especifica en el Certificado de Seguro, y no la fecha de la Solicitud de Seguro. La fecha de inclusión será definida por la Compañía.
- 1.28. FECHA DE INICIO:** Es la fecha de entrada en vigor que se especifica en el Certificado de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.
- 1.29. FECHA DE VENCIMIENTO:** Significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.
- 1.30. GRUPO ASEGURABLE:** Grupo de personas físicas relacionadas con el Contratante y sobre la cual se hace la oferta de seguro colectivo. Deberá estar constituido por un mínimo de quince (15) personas.
- 1.31. GRUPO ASEGURADO:** Grupo de personas físicas que pertenecían al Grupo Asegurable y fueron aceptadas por la Compañía. Deberá estar constituido por un mínimo de quince (15) personas.
- 1.32. HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) bucodentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya en el estudio de los modelos, para lo cual se toma una impresión a las arcadas dentarias del paciente (rebordes maxilares) y en un estudio radiográfico, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común).
- 1.33. MODALIDAD CONTRIBUTIVA:** El Asegurado contribuye en todo o en parte de la prima, que debe ser pagada por el Tomador a la Compañía.
- 1.34. MODALIDAD NO CONTRIBUTIVA:** El Asegurado no contribuye en nada con la prima; es el Tomador quien de sus recursos paga la prima a la Compañía.
- 1.35. MONEDA:** Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la Póliza, el Tomador de la Póliza podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.
- Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.
- 1.36. PAÍS DE RESIDENCIA:** Es el País (1) la República de Costa Rica, o (2) donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier año civil o Año Póliza, o (3) donde el Asegurado haya residido más de ciento ochenta (180) días durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza esté en vigor.
- 1.37. PLAN DE TRATAMIENTO:** Secuencia de medidas terapéuticas propuestas por el odontólogo tratante para controlar la dolencia del paciente.
- 1.38. PRONÓSTICO:** Indicios de recuperación para un paciente cuyo diagnóstico ha sido anteriormente establecido.
- 1.39. PROFILAXIS:** Es la remoción mecánica de la placa bacteriana o dental, que es una película transparente formada por microorganismos que se adhieren a la superficie dental. Esta película es un agente fundamental en la formación de la caries. Al eliminarla se previene el desarrollo de la misma. También es conocida en términos odontológicos como Higiene Bucal.
- 1.40. PUENTE FIJO:** prótesis dental fija que reemplaza uno o más dientes perdidos, la cual es cementada sobre los dientes adyacentes al espacio edentulo (sin dientes) a reemplazar. Constan de pónico (el diente falso a reemplazar) y dos que son las coronas que van cementadas sobre los dientes naturales. (2 unidades).
- 1.41. PULPOTOMIA EN DIENTES TEMPORALES:** En los niños, por consideraciones anatómicas, de formación y de erupción dentaria se realiza un procedimiento que consiste en la eliminación de la pulpa cameral (nervio de la corona) y aplicación de curas formocresoladas.
- 1.42. PULPECTOMÍA:** Eliminación de toda la pulpa cameral y de los productos radiculares.
- 1.43. SEGURO COLECTIVO:** Es el suscrito entre un Contratante o Tomador y la Compañía con el propósito de cubrir, mediante un solo contrato o póliza de seguro, a múltiples asegurados que tengan una característica particular en común

de mayor relevancia que el simple propósito de asegurarse.

- 1.44. RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA:** Es una imagen registrada en una placa o película fotográfica. En dicha imagen se pueden observar los tejidos duros del diente, evidenciando la existencia de patológicas bucales, tales como la caries dental, reabsorción ósea (pérdida de hueso), imágenes apicales entre otras.
- 1.45. RADIOGRAFÍA CORONAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- 1.46. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- 1.47. RASPADO Y ALISADO RADICULAR:** Proceso mediante el cual se elimina la placa bacteriana y el cálculo (sarro) de las raíces de los dientes, así como también cemento de la raíz, contaminado con toxinas y enzimas bacterianas, para dejar una superficie lisa, dura y limpia. El objetivo primario es restablecer la salud gingival al eliminar por completo elementos que causan inflamación.
- 1.48. RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS:** Se entiende como tal el conjunto de odontólogos especialistas y entidades prestadoras de servicios odontológicos afiliados a la red establecida por la Administradora de Servicios Odontológicos.
- 1.49. RESINAS FOTOCURADAS:** La resina es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos en los dientes anteriores o posteriores, conformado por un componente orgánico llamado matriz (polímeros) y un componente inorgánico formado por minerales (relleno). Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta.
- 1.50. TARTRECTOMÍA SIMPLE:** Procedimiento mediante el cual se retira el cálculo dental (sarro), depósitos blandos (placa) y manchas de

los dientes. Este proceso se puede llevar a cabo supra o subgingivalmente.

- 1.51. TITULAR DE LA PÓLIZA:** Asegurado designado como tal en esta Póliza y en el Certificado de Seguro. Todos los demás Asegurados que aparezcan en el Certificado de Seguro serán considerados como Dependientes.
- 1.52. VIDRIO IONOMÉRICO:** Material restaurador que se utiliza frecuentemente para tratar lesiones en el cuello de los dientes producidas por la migración de la encía a ese nivel lo que produce sensibilidad. Tiene propiedades estéticas que le confieren una gran aceptación desde este punto de vista. A su vez por su composición química es capaz de producir un mecanismo de adhesión al diente sumamente estable y liberar flúor, lo que a su vez le proporciona cualidades preventivas para evitar la caries.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

Esta Póliza con sus Condiciones Generales y Particulares, la Solicitud de Seguro del Tomador, Solicitud de Seguro del Asegurado, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, los Aditamentos (cuando apliquen), los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna condición de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente el personal autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito. Debe ser enviada o entregada a la Compañía a una persona autorizada.

Las Condiciones Particulares de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y cualquier Aditamento que exista en la Póliza, así

como sobre el Certificado de Seguro, Solicitud de Seguro del Tomador y Solicitud de Seguro del Asegurado.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Por medio de este Seguro, la Compañía proveerá al Asegurado y a los Dependientes del mismo, en caso de haberlos, una cobertura de atención odontológica según el Plan Odontológico seleccionado por el Tomador el cual se establece en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de esta póliza.

Las Partes entienden que la presente Póliza se mantendrá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía, el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Administradora de Servicios Odontológicos, SIGMA DENTAL PLAN (COSTA RICA) S.A., en adelante denominada SIGMA, proveerá a la Compañía de una Red de Proveedores para la prestación de los servicios odontológicos que requieran los Asegurados, amparados en el Plan Odontológico contratado por el Tomador con la Compañía, durante la vigencia del presente contrato y de acuerdo con los términos y condiciones en la Póliza.

Común a todas las atenciones de emergencia se realizarán las radiografías que sean necesarias en cada caso. Están cubiertas las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en cada Plan, aun cuando su origen sea preexistente.

No se aplicarán periodos de carencia.

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

Se considera "Colectivo" a un grupo (grupo es igual al universo total expuesto) de más de 15 personas.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

3.2.1. PLANES ODONTOLÓGICOS

3.2.1.1. Plan Amplio. Esquema A

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación por área de atención y tratamientos:

Cobertura Amplia:

- **Medicina Bucal:** Examen Clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento). Dos veces al año.
- **Periodoncia:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **Prevención:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, vidrio Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales, exodoncias quirúrgicas.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- **Emergencias:** tratamiento inicial y medicación en los casos de:

Emergencias Endodónticas:

eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales:

curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.

Emergencias Protésicas:

cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los copagos a aplicar son los siguientes:

PROCEDIMIENTO	COPAGOS
Limpieza (Tartrectomía y Pulido)	₡10.000
Resinas y Amalgamas Restaurativas	₡10.000
Exodoncias Simple	₡10.000

3.2.1.2. Plan Amplio. Esquema B

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación por área de atención y tratamientos:

- **Medicina Bucal:** Examen Clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento). Dos veces al año.
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **Prevención:** sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, vidrio Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradiculares,
- **Odontopediatría:** Pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas en dientes temporales.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales, exodoncias quirúrgicas.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- **Emergencias:** tratamiento inicial y medicación en los casos de:

Emergencias Endodónticas: eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales: curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.

Emergencias Protésicas: cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los copagos a aplicar son los siguientes:

PROCEDIMIENTO	COPAGOS
Limpieza (Tartrectomía y Pulido)	₡10.000
Resinas y Amalgamas Restaurativas	₡10.000
Exodoncias Simple	₡10.000
Endodoncias	₡20.000
Pulpotomías	₡20.000

3.2.1.3. Plan Amplio. Esquema C

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación por área de atención y tratamientos:

- **Medicina Bucal:** Examen Clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento). Dos veces al año
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla), profilaxis dental (pulido), raspados y alisados radiculares.
- **Prevención:** sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, vidrio Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradiculares, apicectomías.
- **Odontopediatría:** Pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas en dientes temporales.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales, exodoncias quirúrgicas.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- **Emergencias:** tratamiento inicial y medicación en los casos de:

Emergencias Endodónticas: eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales: curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.

Emergencias Protésicas: cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los copagos a aplicar son los siguientes:

PROCEDIMIENTO	COPAGOS
Limpieza (Tartrectomía y Pulido)	Ⱶ10.000
Resinas y Amalgamas Restaurativas	Ⱶ10.000
Exodoncias Simple	Ⱶ10.000
Endodoncias	Ⱶ20.000
Pulpotomías	Ⱶ20.000
Apicectomía	Ⱶ20.000
Raspado y Alisado Radicular (Por Cuadrante)	Ⱶ20.000
Exodoncias Quirúrgicas	Ⱶ20.000

3.2.1.4. Plan Amplio. Esquemas D

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación por área de atención y tratamientos:

- **Medicina Bucal:** Examen Clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento). Dos veces al año.
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla), profilaxis dental (pulido), raspados y alisados radiculares.
- **Prevención:** sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, vidrio ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradulares, apicectomías.
- **Odontopediatría:** Pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas en dientes temporales.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales, exodoncias quirúrgicas.
- **Prostodoncia:** Coronas definitivas en metalporcelana.

- **Radiografías:** periapicales individuales y coroneales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

- **Emergencias:** tratamiento inicial y medicación en los casos de:

Emergencias Endodónticas:

eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales:

curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.

Emergencias Protésicas:

cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los copagos a aplicar son los siguientes:

PROCEDIMIENTO	COPAGOS
Limpieza (Tartrectomía y Pulido)	Ⱶ10.000
Resinas y Amalgamas Restaurativas	Ⱶ10.000
Exodoncias Simple	Ⱶ10.000
Endodoncias	Ⱶ20.000
Pulpotomías	Ⱶ20.000
Apicectomía	Ⱶ20.000
Raspado y Alisado Radicular (Por Cuadrante)	Ⱶ20.000
Exodoncias Quirúrgicas	Ⱶ20.000
Coronas en Metal Porcelana	Ⱶ200.000

3.2.1.5. Plan Dental Colectivo Integral

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación:

Cobertura Tipo I:

- **Examen de Diagnóstico:** Historia Clínica, Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento (1 vez al año por asegurado).
- **Tartrectomía y Profilaxis:** Limpieza sencilla o Pulido (1 vez al año por asegurado).
- **Aplicación Tópica de Flúor:** Para niños menores de 14 años.

- **Rayos X:** Radiografías Periapicales y Coronales requeridas para el diagnóstico.

- **Exámenes de Laboratorio:** Rutina Quirúrgica (Perfil 20, tiempos de coagulación (PT y PTT)) para llevar a cabo el plan de tratamiento dental propuesto por el odontólogo tratante.

La cobertura de Exámenes de Laboratorio operará bajo la modalidad de reembolso, contra presentación del formato de solicitud de reembolso suministrado por la compañía, copia de exámenes realizados, factura original emitida a nombre del asegurado y referencia del odontólogo tratante.

- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Protésicas.

El deducible y copago a aplicar son los siguientes:

- Se establece un deducible único anual para esta cobertura de USD 50.00 (Cincuenta dólares americanos) para gastos por ejecución de cualquier tratamiento o control odontológico de la cobertura odontológica de la cobertura anteriormente descrita.

- Se establece una cobertura anual de hasta USD 1.000 (mil dólares americanos) para la cobertura Tipo I.

- **Cobertura Tipo I:** 20% de Copago

Cobertura Tipo II:

- **Cirugía Oral:** Exodoncias simples, quirúrgicas y de terceros molares erupcionados.

- **Anestesia:** Aplicación local para llevar a cabo el plan de tratamiento indicado por el odontólogo tratante (No se incluyen sedaciones ni anestesia general).

- **Restauraciones:** Amalgamas, Resinas, Ionómeros de Vidrios en el cuello de los dientes y como base para las restauraciones.

- **Endodoncias:** Monorradicales, Birradicales, Multirradicales, Pulpotomías y Pulpectomías.

- **Periodoncia:** Ajustes Oclusales y Raspados y Alisados Radicales (1 sesión por cuadrante al año).

El deducible y copago a aplicar son los siguientes:

- Se establece un deducible único anual para esta cobertura de USD 50.00 (Cincuenta

dólares americanos) para gastos por ejecución de cualquier tratamiento o control odontológico de la cobertura odontológica de la cobertura anteriormente descrita.

- Se establece una cobertura anual de hasta USD 1.000 (mil dólares americanos) para la cobertura Tipo II.

- **Cobertura Tipo II:** 20% de Copago

Cobertura Tipo III:

- **Coronas:** Metal porcelana. (no metal precioso).

- **Reparación de Puentes y Dentaduras:** Producto de una emergencia y realizadas de manera inmediata en el consultorio del odontólogo tratante.

- **Prótesis:** Prótesis removibles y Puentes Fijos (No más de 2 unidades dentales). Con pre-autorización por parte de Sigma Dental antes de la realización.

El deducible y copago a aplicar son los siguientes:

- Se establece un deducible único anual para esta cobertura de USD 50.00 (Cincuenta dólares americanos) para gastos por ejecución de cualquier tratamiento o control odontológico de la cobertura odontológica de la cobertura anteriormente descrita.

- Se establece una cobertura anual de hasta USD 1.000 (mil dólares americanos) para la cobertura Tipo III.

- **Cobertura Tipo III:** 50% de Copago

3.2.1.6. Plan Dental Emergencia y Prevención

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación por área de atención y tratamientos:

Cobertura de Prevención:

- **Medicina Bucal:** examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento). Una vez al año.

- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido). Una vez al año.

- **Prevención:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor, enseñanza de las técnicas de cepillado e higiene bucal (niños menores de 12 años).
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales de diagnóstico, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- **Emergencias:** tratamiento inicial y medicación en los casos de:

Emergencias Endodónticas: eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales: curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.

Emergencias Protésicas: cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis subprotésica.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las Emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla).
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrio Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradulares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

El copago a aplicar es el siguiente:

- Copago del 20% para todos los procedimientos descritos en cada área de atención que forma parte integral de la cobertura anteriormente mencionada (Prevención y Emergencia).
- La cita inicial correspondiente a la valoración de la emergencia, se cubre en un 100%; para cualquier necesidad de procedimiento que se derive de la misma, se establecerá el copago anteriormente indicado.

3.3. COBERTURAS ADICIONALES

Esta Póliza no cuenta con Coberturas Adicionales.

3.4. COBERTURAS DE SERVICIO

Esta Póliza no cuenta con Coberturas de Servicio.

3.5. EXCLUSIONES GENERALES

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en la legislación vigente que regula los contratos de seguros, queda excluido de esta póliza:

- Cualquier otro procedimiento y/o control asociado a alguna especialidad odontológica salvo los descritos en la Cláusula 3 - Ámbito de Cobertura, de esta Póliza, para las áreas de: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría, entre otras.**
- Diseño, confección o reemplazo de nuevas dentaduras postizas totales y/o parciales puentes fijos y/o removibles.**
- Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es**

decir no se hace en un consultorio odontológico.

- d. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- e. Defectos Físicos.
- f. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- g. Radioterapia o Quimioterapia.
- h. Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la descripción de las coberturas.
- i. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica salvo en aquellos donde exista presencia de SIGMA donde se brindará el servicio únicamente para emergencias.
- j. Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.
- k. Metales preciosos para el diseño y confección de coronas.
- l. Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en los planes anteriormente descritos.

No obstante, lo anterior, si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en la presente cobertura, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

3.6. INDISPUTABILIDAD

Una vez transcurrido el periodo de dos (2) años a partir del perfeccionamiento del contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, la Compañía no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

Cuando la reticencia o las declaraciones inexactas se refieran a la edad de la persona asegurada, la Compañía podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad pre-existente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

CLÁUSULA 4.- PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

En esta Póliza no se aplican Período de Carencia, solo en el Plan Dental Colectivo Integral se aplicará Periodo de Espera de la siguiente manera:

Cobertura Tipo I: Un (1) mes.

Cobertura Tipo II: Tres (3) meses.

Cobertura Tipo III: Nueve (9) meses.

CLÁUSULA 5.- DEDUCIBLES

Para esta Póliza solo se aplicará deducible en el Plan Dental Colectivo Integral de la siguiente manera:

- Se establece un deducible único anual de USD 50.00 (Cincuenta dólares americanos) para gastos por ejecución de cualquier tratamiento o control odontológico de la cobertura odontológica de la cobertura Tipo I, II y III.

A los demás planes no se aplicará ningún deducible.

CLÁUSULA 6.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

6.1. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

El Tomador, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en la Cláusula "PRIMA", de esta Póliza.
- El Tomador deberá suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, y formularios de adición que apliquen, de los Asegurados.

- Si la modalidad es Contributiva, el Tomador deberá entregar a la Compañía el consentimiento de la persona Asegurada.
- El Tomador deberá notificar a la Compañía, en un plazo de treinta (30) días naturales de haber recibido la Póliza, si alguna información es incorrecta o está incompleta.
- El Tomador deberá informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
 - o Nuevas inclusiones de Asegurados;
 - o Exclusiones de Asegurados;
 - o Cualquier situación de los Asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza;
 - o Llevar un registro actualizado de los Asegurados por la póliza conteniendo las calidades de cada persona.
 - o Brindar la información que requiera la Compañía para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a mantener actualizada dicha información.
 - o Declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo.

El Asegurado, se encuentra obligado a cumplir con las siguientes disposiciones:

- Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con la Administradora de Servicios Odontológicos, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su documento de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a la Administradora de Servicios Odontológicos la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en el Plan contratado, podrán solicitarlos atendiendo las condiciones según se

indica en la Cláusula “**NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS**”, de esta Póliza.

6.2. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

Este contrato, así como cualesquiera de sus Aditamentos o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta de forma intencional hechos o circunstancias conocidos como tales por el Asegurado, el Tomador, el Titular de la Póliza, la Compañía o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato.

La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a. La Compañía tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al Tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
- b. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el plazo de un (1) mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador o Titular de la Póliza la prima no devengada al momento de la rescisión.
- c. El derecho de la Compañía de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

6.3. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador del seguro, Titular de la Póliza y el Asegurado se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otros

documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo según la Ley N° 8204, Reglamento y Normativa de aplicación.

CLÁUSULA 7.- PRIMA

7.1. PAGO DE LA PRIMA

La Prima deberá ser pagada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato. En la renovación y/o prórroga es pagadera en la Fecha de Vencimiento de la Póliza o dentro del Período de Gracia. El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Compañía o su Sucursal.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz, su Sucursal o en la cuenta bancaria que al efecto se designe, durante el Período de Gracia tal y como se establece en el apartado "**PERÍODO DE GRACIA**", la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

Los ajustes de prima originados por modificaciones a esta Póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez (10) días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. En las Pólizas bajo la Modalidad No Contributiva, si el ajuste o la modificación originan un saldo a favor del Tomador, la Compañía realizará una nota de crédito a favor del Tomador el cual la podrá aplicar en el pago de la siguiente prima. En las Pólizas bajo la Modalidad Contributiva, si el ajuste o modificación origina un saldo a favor del Tomador y del Titular de la Póliza, la Compañía reintegrará al Tomador y al Titular el porcentaje de prima correspondiente.

7.2. PERÍODO DE GRACIA

Las primas deberán ser recibidas por la Compañía en la Fecha de Vencimiento de la Póliza, si esto no ocurriere la Compañía concederá un Período de

Gracia de diez (10) días hábiles después de la Fecha de Vencimiento para que las primas puedan ser recibidas por la Compañía. Si las primas no son recibidas por la Compañía durante el Período de Gracia, la Póliza caducará y todos sus beneficios se tendrán por terminados retroactivamente en la Fecha de Vencimiento de la Póliza, la Compañía notificará su decisión al Asegurado, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles posteriores a que finalice el periodo de gracia.

7.3. DEVOLUCIONES

Si un Asegurado o la Compañía anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido o renovado, notificando con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en que se dará por terminada la Póliza, la Compañía devolverá la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima está basada en trescientos sesenta y cinco (365) días, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada, deducido el treinta por ciento (30%) correspondiente a los gastos administrativos que genera el trámite y gestión de dicha devolución. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. La Compañía deberá efectuar la devolución en un plazo máximo de diez (10) días hábiles a partir de la solicitud.

Si la modalidad de contratación es Contributiva, dicha devolución se efectuará al Tomador, y se distribuirá entre el Tomador y Asegurados proporcionalmente según se indica en el Certificado del Seguro.

En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser devuelta se le pagará a la masa hereditaria del Asegurado de la Póliza.

CLÁUSULA 8.- AJUSTES DE PRIMA EN LAS PRORROGAS

La Compañía tendrá facultad para ajustar el precio de la prima, tomando en consideración, posibles variaciones en los costos de administración de la Compañía y/o los costos de establecidos por la Administradora de Servicios Odontológicos que están basados en las directrices del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica.

La Compañía notificará al Tomador cualquier cambio en el monto de la prima por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento del Año Póliza en que entre en vigencia la nueva prima. Se entenderá que el Tomador de la Póliza ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo estipulado.

CLÁUSULA 9.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Esta Póliza no tiene recargo por fraccionamiento de prima. Esta póliza no contempla descuentos.

CLÁUSULA 10.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

10.1. REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en el Plan seleccionado por el Tomador y que aparece en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de esta Póliza, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a. Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por la Administradora de Servicios Odontológicos. La Administradora de Servicios Odontológicos no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados por el Plan contrato por el Tomador, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b. Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos.
- c. Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos, los cuales serán

- previamente especificados al Tomador y los Asegurados.
- d. Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con la Administradora de Servicios Odontológicos, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su documento de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a la Administradora de Servicios Odontológicos la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
 - e. Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con la Administradora de Servicios Odontológicos a través de su servicio telefónico donde un funcionario de la misma los referirá telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
 - f. Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
 - g. Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado la Administradora de Servicios Odontológicos (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días naturales, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
 - h. La Red de Proveedores de Servicios Odontológicos podrá ser consultada en la dirección web www.sdsigma.com, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR (7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

10.2. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de esta Póliza queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá

servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia odontológica, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos establecida por la Administradora de Servicios Odontológicos, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia odontológica, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él. Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia odontológica le serán reembolsados exclusivamente por la Compañía, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir la Compañía.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios Odontológicos de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días naturales en centros, consultorios y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios Odontológicos de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C") o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y

exclusivamente en el caso referido en esta cláusula y que se origine en la República de Costa Rica.

CLÁUSULA 11.- VIGENCIA

11.1. VIGENCIA

Esta Póliza se emite como una póliza Anual Renovable, y permanecerá en vigor por el espacio de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si se cumple con las Condiciones establecidas en esta Póliza y/o sus endosos, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario por escrito por lo menos treinta (30) días naturales antes del vencimiento.

El seguro entrará en vigor en la última de las fechas descritas a continuación siempre que el Asegurado esté en estado activo en esa fecha:

- Cuando la Compañía exija evidencia de asegurabilidad, la fecha efectiva será la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud del propuesto asegurado.
- Si no se requiere evidencia de asegurabilidad, el propuesto asegurado será asegurado en la fecha en que sea elegible para el seguro.

11.2. TÉRMINO DE PÓLIZA

Esta Póliza terminará y la cobertura provista por esta póliza cesará en cualquiera de los siguientes casos:

- Por vencimiento de la vigencia de esta Póliza.
- Por decisión unilateral del Tomador, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita a la Compañía.
- Por reducción en el cincuenta por ciento (50%) o más del número inicial de Asegurados, la Compañía notificará al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.
- Por no haber pagado las primas el Tomador, dentro de los plazos estipulados en la cláusula "PRIMA" y según la metodología descrita en el artículo 37 de la Ley No. 8956.
- Según se indica en la Cláusula "NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA".

Si la Compañía recibiese una o más primas por el presente seguro después de que se hubiere dado

por terminado por cualquiera de las causas antes señaladas, no se obligará a conceder los beneficios por él provistos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación será reembolsada por la Compañía.

El Tomador y la Compañía se comprometen a notificar a los Asegurados por lo menos treinta (30) días naturales de anticipación, mediante notificación escrita la cancelación del contrato.

11.3. TÉRMINO DE LA PÓLIZA PARA LOS ASEGURADOS

Esta Póliza terminará y la cobertura provista por esta póliza cesará para el Asegurado en cualquiera de los siguientes casos:

- En la fecha en que el Asegurado deje de ser elegible según se indica en la Cláusula “**CONDICIONES VARIAS**”, apartado “**Elegibilidad**”.
- Cuando el Asegurado se desvincule con el Tomador.
- Cuando el Tomador haya dejado de pagar primas para ese Asegurado, según se indica en la Cláusula “**PRIMA**”.
- Al fallecer el Asegurado.
- Cuando el Tomador solicite la exclusión del Asegurado de la Póliza.
- Por declaración falsa o inexacta según se indica en la Cláusula “**CONDICIONES VARIAS**”, apartado “**Nulidad del Contrato por Declaración Falsa o Inexacta**”.

11.4. DISPOSICIONES SOBRE RENOVACIÓN

La renovación de la cobertura de esta Póliza procederá siempre y cuando:

- La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
- El Tomador acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
- No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Tomador de la Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la Póliza o dentro o dentro del Periodo de Gracia. Por cada renovación se

expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

- No exista falta de pago de prima, fraude o falsedad.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación de la misma, sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. La Compañía tendrá el derecho de ajustar las primas y cambiar la Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza al momento de cada renovación.

CLÁUSULA 12.- CONDICIONES VARIAS

“Como asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la Compañía, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones”.

12.1. ELEGIBILIDAD

El Grupo Asegurable deberá estar formado por personas residentes en la República de Costa Rica y que a la vigencia de esta Póliza tengan una relación estable con el Tomador. El Tomador deberá estar legalmente establecido en la República de Costa Rica. También son elegibles como Asegurados:

- Los propietarios, socios o miembros del directorio del Tomador, siempre y cuando exista autorización expresa por parte de la Compañía.
- Las personas que, con posterioridad a la fecha de vigencia de esta Póliza, se incorporen al Grupo Asegurado.
- Los Dependientes del Asegurado Titular según se define esta póliza.
- La edad mínima de inscripción será los quince (15) años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía.

Esta Póliza podrá operar bajo la modalidad de inclusión automática de riesgos dentro del Seguro Colectivo, si así lo conviene el Tomador del Seguro y la Compañía en las Condiciones Particulares del Seguro.

Bajo esta modalidad de inclusión en la Póliza se delimita en forma clara y expresa las coberturas y sus límites de responsabilidad, por lo que el Asegurado individual queda automáticamente incluido en la Póliza desde el momento de su Solicitud de Seguro, siendo el documento que respalda este acto a su vez el Certificado de Seguro que acredita su inclusión a la Póliza Colectiva y que incluye todos los datos de su aseguramiento.

12.2. REGISTRO DE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

El Tomador debe suministrar mensualmente a la Compañía información relacionada con los Asegurados, como inclusión de Asegurados, exclusión de Asegurados, terminación del seguro, y cualquier información que se considere razonablemente necesaria, con el fin de administrar debidamente la Póliza.

12.3. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse bajo cualquiera de las dos modalidades:

- Contributiva, donde el grupo asegurable contribuye con parte o con la totalidad de la prima.
- No Contributiva, el Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

12.4. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Esta póliza no participará en las utilidades ni en el superávit ganado de la Compañía.

12.5. COMISIÓN DE COBRO

Esta póliza no establece comisión por cobro de prima al Tomador o a terceros.

12.6. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

Cuando el seguro es de modalidad No Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del cien por ciento (100%) de aquellos elegibles para el seguro.

Cuando el seguro es de modalidad Contributiva; los Asegurados no deben ser menos del setenta y cinco por ciento (75%) de aquellos elegibles para el seguro.

En ambos casos los Asegurados no deben ser menos de quince (15).

12.7. CANCELACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO

La Compañía se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza del Asegurado inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud de Seguro son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza para el Asegurado.

La Póliza quedará cancelada para el Asegurado desde el momento que el Tomador solicite la exclusión del mismo.

12.8. MONEDA

Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Tomador de la Póliza podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe.

Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

12.9. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N° 8653) y la Ley N° 8956, la información del Tomador del Seguro, Titular de la Póliza, el Asegurado y el Beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

12.10. PRESCRIPCIÓN

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

12.11. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

12.12. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza, así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado cubierto por esta Póliza, por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrán someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta Póliza. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes pague sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Tomador y/o al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente un oficial autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

12.13. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Compañía adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Compañía.

CLÁUSULA 13.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

La Compañía cuenta con una Instancia de Atención al Consumidor de Seguros. Este es un servicio auxiliar de seguros contratado por la Compañía para recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamaciones que le sean presentadas por parte de consumidores de seguros, provenientes de las instancias operativas de la Compañía.

Esta instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia de las instancias operativas de la Compañía, y sus resoluciones respecto de las quejas y reclamaciones sometidas a su conocimiento, serán dictadas con total imparcialidad y objetividad. En este proceso, podrá recabar, tanto del consumidor como de los distintos departamentos y servicios de la Compañía, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión.

El Consumidor de Seguros podrá acceder a la Instancia de Atención al Consumidor de Seguros, mediante la página web de la Compañía, www.segurosbmicr.com.

CLÁUSULA 14.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Los datos específicos de las partes y terceros relevantes distintos a la Compañía constarán en el Certificado de Seguro y/o en la Solicitud de Seguros.

“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 registro número P20-76-A10-806 de fecha 13/04/2019”.