



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
ACCIDENTES PERSONALES

ADITEMENTO PLAN EMERGENCIA COMPLETA

Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza.

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 Aseguradora", otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En ese sentido, la Aseguradora por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente Aditamento. 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.

Este Aditamento forma parte de la póliza sí: 1) Se indica en el Certificado de Seguro; 2) Se indica en las Condiciones Particulares; y 3) Se ha solicitado por escrito. Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos al pago de prima adicional y a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

Si el contenido de este Aditamento 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 Aseguradora. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Aseguradora este Aditamento debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

FIRMA

Plan Emergencia Completa

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Adicional a las definiciones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza, para los efectos de este Contrato, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado siguiente:

- **Proveedor de Servicios:** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos autorizados por la Aseguradora a nivel nacional, que adicionalmente coordina los servicios y atenciones que se detallan en este Aditamento, cada vez que el Asegurado los requiera.
- **Red de Proveedores de Servicios Odontológicos:** Se entiende como tal el conjunto de odontólogos, clínicas dentales o entidades prestadoras de servicios odontológicos a escala nacional inscritos ante el Proveedor de Servicios, y que dispone de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios definidos ofrecidos por la Aseguradora.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Contrato se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro del Titular de Póliza, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Aseguradora, este Contrato, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Aseguradora (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Aseguradora los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Aseguradora no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Como parte de las coberturas de esta Póliza se brindará a los Asegurados un beneficio llamado

Plan Emergencia Completa. Mediante este beneficio los Asegurados podrán acceder a una cobertura de Servicios Odontológicos, la cual se activa al momento en que el Asegurado lo solicita a través de una llamada al Proveedor de Servicios como se indica en este Aditamento.

Las Partes entienden que el presente Contrato es parte de la Póliza, el cual se mantendrá vigente siempre que la Póliza se encuentre vigente y se acredite mediante recibo oficial de la Aseguradora, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

Ampara los gastos incurridos a consecuencia de una emergencia odontológica, entendiéndose como tal cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este plan que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia, originando los siguientes tratamientos:

Cobertura de Emergencia sin Endodoncia:

- **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:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multirradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- **Radiografías:** Periapicales y Coroneles de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en Cláusula 1- Cobertura.
- b. 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.

- c. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- d. Defectos Físicos.
- e. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- f. Radioterapia o Quimioterapia.
- g. Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.
- h. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.
- i. Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.
- j. Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.

No obstante, si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un diez por ciento (10%) y un treinta por ciento (30%), respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 4.- DEDUCIBLES

No se aplica ningún deducible para este beneficio.

CLÁUSULA 5.- OBLIGACIONES DEL TITULAR DE PÓLIZA Y EL ASEGURADO

El Titular de Póliza y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de “**OBLIGACIONES DEL TITULAR DE PÓLIZA Y EL ASEGURADO**” de la Póliza.

CLÁUSULA 6.- PRIMA

No aplica el pago de prima adicional, lo relacionado con la prima de los servicios de la Tarjeta MAS, quedan sujetos a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “**PRIMA**”.

CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “**RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES**”.

CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

8.1. PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula Ámbito de Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios

especificados en el listado de la Red de Proveedores.

- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Aseguradora y los Asegurados.
- d) Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios 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 el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos 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 al Proveedor de Servicios (con copia a la Aseguradora) 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 podrá ser consultada en la dirección web www.sdsalud.com, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR (7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

CLÁUSULA 9.- VIGENCIA

Lo relacionado con la Vigencia de este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula "VIGENCIA".

CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS

10.1. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento 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, 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 establecida por el Proveedor de Servicios, 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, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos

treinta (30) días naturales en centros, consultorio 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 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 este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

10.2. PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula Ámbito de Cobertura, aun cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

En todo lo no incluido en este Contrato aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

"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 **P19-57-A10-850** de fecha **31 de enero de 2020**".