

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES

El cual se regirá por las cláusulas que aparecen a continuación:

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un Evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Carátula y el Certificado Individual de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros (“SUGESE”).

Javier Navarro Giraldo
Apoderado General

Torre Banco General
Trejos Montealegre Escazú
(Contiguo al Centro Corporativo el Cedral)
4to. Piso

Teléfono: (506) 2228-0483

info@adisa.cr

ÍNDICE

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES:	3	CLÁUSULA 21. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	18
CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO	5	CLÁUSULA 22. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	18
CLÁUSULA 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	5	CLÁUSULA 23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.	19
CLÁUSULA 4. COBERTURAS	5	CLÁUSULA 24. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	20
CLÁUSULA 5. SUMA ASEGURADA	9	CLÁUSULA 25. PERIODO DE CARENCIA	20
CLÁUSULA 6. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS	9	CLÁUSULA 26. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO.....	20
CLÁUSULA 7. EXCLUSIONES	11	CLÁUSULA 27. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	21
CLÁUSULA 8. BENEFICIARIOS.....	13	CLÁUSULA 28. NULIDAD DE LA PÓLIZA	21
CLÁUSULA 9. ACEPTACIÓN DE RIESGO	14	CLÁUSULA 29. RECTIFICACIÓN DE EDAD	21
CLÁUSULA 10. OBLIGACIONES DE LAS PARTES	14	CLÁUSULA 30. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	21
CLÁUSULA 11. ELEGIBILIDAD	14	CLÁUSULA 31. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	21
CLÁUSULA 12. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	15	CLÁUSULA 32. TRASPASO O CESIÓN	21
CLÁUSULA 13. REGISTRO DE ASEGURADOS	15	CLÁUSULA 33. PRESCRIPCIÓN	21
CLÁUSULA 14. PRIMA O TARIFA DE SEGURO	15	CLÁUSULA 34. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	21
CLÁUSULA 15. PAGO DE LA PRIMA	15	CLÁUSULA 35. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	22
CLÁUSULA 16. PERIODO DE GRACIA	16	CLÁUSULA 36. CONTROVERSIAS	22
CLÁUSULA 17. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	17	CLÁUSULA 37. PLAZO DE RESOLUCIÓN	22
CLÁUSULA 18. COMISIÓN DE COBRO	17	CLÁUSULA 38. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES ..	22
CLÁUSULA 19. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	17		
CLÁUSULA 20. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	18		

Cláusula 1. DEFINICIONES:

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

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: El homicidio culposo, la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios. **Igualmente y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente: El Suicidio o el SIDA.**
- b) **Administrador de la Red 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 las coberturas, servicios y atenciones que se detallan en esta Póliza, cada vez que el Asegurado los requiera.
- c) **Asegurado Titular:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo y que está cubierta por esta Póliza, y se encuentra registrada como tal en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura.
- d) **Asegurado Dependiente:** Es la persona que, como miembro del Grupo Familiar del Asegurado Titular, está cubierta por esta Póliza y registrada como tal en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura.
- e) **Asegurado o Paciente Pediátrico:** Es aquel Asegurado Dependiente con edad comprendida entre los dos (2) y los once (11) años.
- f) **Asistencia (Odontológica):** Es el diagnóstico, tratamiento y/o prevención de las enfermedades o lesiones en la cavidad oral.
- g) **Beneficiarios:** Son las personas físicas designadas por el Asegurado de conformidad con la cláusula de "BENEFICIARIOS" o predeterminadas de conformidad con la presente Póliza, como titular(es) del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.
- h) **Cirugía Bucal:** Se define como el procedimiento terapéutico para el tratamiento quirúrgico de enfermedades, alteraciones o traumatismos de la cavidad oral realizado por un Odontólogo con el fin de retirar, o reconstruir una parte de la estructura odontológica.
- i) **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., y es quien suscribe la Póliza con el Asegurado y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- j) **Consultorio o Institución Dental:** Es el establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud y demás autoridades competentes de Costa Rica, para atender y llevar a cabo tratamientos odontológicos a personas físicas, que cuenta con instalaciones y facilidades adecuados para realizar procedimientos de diagnóstico, prevención, reparación o reconstrucción odontológica y/o Cirugía Bucal.
- k) **Copago:** Es la suma fija que estará a cargo del Asegurado, que se establece específicamente para cada Asistencia según el procedimiento odontológico practicado. Para todos los efectos, los Copagos estarán claramente identificados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- l) **Declinación:** Es el rechazo de la solicitud de indemnización y/o reclamo presentado por algún Asegurado y/o interesado.
- m) **Deducible:** Es una Suma fija o porcentual que estará a cargo del Asegurado, que se establece previa y de forma específica para cada Cobertura o Asistencia según el procedimiento odontológico que reclame el Asegurado. Para todos los efectos, los Deducibles estarán claramente identificados en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura o en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- n) **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364). Se establece como edad mínima del asegurado(a) principal o de su esposa(o) o compañera(o) permanente al momento de adquirir esta Póliza los diez y ocho años (18) años. Para los hijos(as) asegurados dependientes se establece como edad mínima de ingreso a la póliza dos (2) años; por otro lado, para el ingreso de los hijos(as) del asegurado principal a esta póliza será requisito indispensable que el asegurado dependiente dependa económicamente del Asegurado Principal, habiten bajo el mismo techo del Asegurado principal y su edad sea como máximo de veintitrés (23) años.
- o) **Emergencia o Urgencia Odontológica:** Es una situación crítica de una o varias piezas de los grupos dentarios, que por su gravedad genera inflamación excesiva de la estructura de soporte del diente o dolor intenso, y obliga a su atención odontológica inmediata.
- p) **Enfermedades o Incapacidades Preexistentes o Anteriores:** Se refiere a cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos, y su capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la adquisición de la Póliza; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la adquisición de la Póliza.
- q) **Espera (Plazo o Tiempo de):** Es el período, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- r) **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento, o de la Atención o tratamiento odontológico del Asegurado.
- s) **Fenómeno de la Naturaleza de Carácter Catastrófico:** Es una manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.
- t) **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado entre las Partes para el pago de la prima. Todo pago de la Prima deberá hacerse dentro del Plazo de Gracia que se establece en la presente Póliza.
- u) **Grupo Asegurable:** Es aquel constituido por un número limitado de personas de cualquier género que de alguna forma se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro, que son representados ante la Aseguradora por el Tomador y que se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- v) **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía, hayan pagado la primera Prima dentro del Período de Gracia y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
- w) **Grupo Familiar:** Se entiende como el grupo conformado por el Asegurado Titular, la esposa(o) o compañera(o) permanente y los(as) hijos(as) del Asegurado Titular mayores de dos (2) años y menores de veintitrés (23) años, que dependan económicamente y que habiten en la misma residencia permanente del Asegurado Titular. Para efectos de esta Póliza, el Grupo Familiar estará conformado por un máximo de cuatro (4) personas.
- x) **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- y) **Odontólogo:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Costa Rica, quien deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, deberá demostrar una experiencia mínima de tres (3) años como Odontólogo y formar parte de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía.
- z) **Plan:** Es la alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por Cobertura, los alcances por cada Asistencia Odontológica, y la Prima a pagar. Para efectos de la Cobertura de Gastos Odontológicos, el Asegurado Titular será el encargado de elegir el Plan que lo cubrirá a él y a los demás Asegurados, sin exceder el total de siete (7) Asegurados.
- aa) **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que se deberá llevar a cabo el pago de la Prima según se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- bb) **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



- cc) Generales, las Condiciones Particulares y sus Anexos, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.
- dd) **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.
- ee) **Radiografía Periapical:** Radiografía pequeña individual, que se toma para cada diente, como ayuda diagnóstica.
- ff) **Red de Servicios Odontológicos:** Es el grupo de Odontólogos, Consultorios o Instituciones Dentales, centros de salud bucal o instituciones de salud y odontología establecidas en la República de Costa Rica, debidamente inscritas ante el Administrador de Servicios Odontológicos de la Compañía y supervisadas por dicho Administrador.
- gg) **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- hh) **Suma Asegurada:** Es el valor que se define en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura según el Plan contratado por cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- ii) **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

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

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. Si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales y la Solicitud de Seguro sobre la Solicitud de Inclusión de Seguro/Certificado Individual de Cobertura. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Aseguradora deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Aseguradora no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Cláusula 3. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro colectivo, con coberturas y beneficios adicionales, que podrá contratarlas únicamente el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

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

Cláusula 4. COBERTURAS

Esta Póliza está conformada por todas las coberturas 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

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



esta Póliza. La indemnización correspondiente 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 por Muerte Accidental:** En caso que un Asegurado sufra un Accidente y fallezca en o debido a causas directas de dicho Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Muerte Accidental según el Plan contratado. La Compañía pagará esta cobertura siempre y cuando el Accidente ocurra durante la vigencia de esta Póliza y el fallecimiento se de cómo consecuencia directa de dicho Accidente dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente. Esta Póliza ampara aquellos Accidentes que sufra el Asegurado en cualquier lugar del mundo.
- b. **Cobertura para Gastos Odontológicos:** En caso que un Asegurado, debidamente diagnosticado por un Odontólogo, requiera una o varias de las Asistencias 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 asistencias 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 asistencias 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. **Asistencia por 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 pulpares, 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**

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



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. **Asistencia para 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. Igualmente, el Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos 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. 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. Para la obtención de este beneficio, el Asegurado deberá solicitar al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía 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.
- iii. **Asistencia para Radiología:** Cuando el Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos que atienda las asistencias mencionadas en los literales a) y b) 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 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 el Asegurado haya cancelado los Copagos acordados en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura y 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 esta Asistencia deberá ser previamente autorizada por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía.
- iv. **Asistencia para 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 en piezas permanentes mediante obturación en amalgama una, dos, tres o cuatro superficies, o mediante la obturación en resina una o dos superficies. El Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos, realizará los procedimientos y medidas terapéuticas autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Aseguradora que sean necesarios para la mencionada eliminación de la caries dental activa y su posterior restauración de la cavidad resultante, según se indica en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.

- v. **Asistencia para 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, capuchones pericoronarios (Operculectomía), Cirugía Bucal complicada de remanentes radiculares, drenaje absceso intraoral, Escisión del Torus (palatino o lingual bilateral), Gingivectomía por arcada (Por agrandamiento gingival, no incluye motivos estéticos), Reimplante Dentario, 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 de la Aseguradora, según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.
- vi. **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 de la Compañía, le realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y previamente autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Aseguradora, según se indica en el Certificado de Cobertura para cada evento.
- vii. **Periodoncia:** Cuando el Odontólogo o profesional especialista de 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) por profilaxis dental, él mismo o bien otro Odontólogo que forme parte de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía, le realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y previamente autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Aseguradora, según se indica en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura para cada evento.
- viii. **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, extracciones pediátricas, amalgamas en temporales, sellantes de fisura, 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 de la Compañía, 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.

Será requisito indispensable para la prestación de las asistencias previstas en los literales ii, iii, iv, v, vi y vii de esta cláusula, el diagnóstico previo y la definición del tratamiento por parte del Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos que originalmente sea designado por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para tal efecto.

Cláusula 5. 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, Certificados Individuales de Cobertura y en el último listado de Asegurados incluidos por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza.

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

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

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

Cláusula 6. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS

- a) Autorización a la compañía para grabar las conversaciones telefónicas entre la compañía y el asegurado o su representante:** El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía para grabar las conversaciones telefónicas entre el Asegurado y la Aseguradora y/o el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, con el propósito de corroborar las citas asignadas, las autorizaciones otorgadas y la calidad del servicio prestado con relación a las coberturas de esta Póliza.
- b) Autorización a la Compañía para solicitar el expediente y/o historial odontológico del asegurado:** El Asegurado autoriza expresamente a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para solicitar a cualquier Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, clínica o centro de salud bucal, Institución de salud y odontología, cualquier informe sobre lesiones y/o enfermedades y su evolución, con el propósito expreso de comprobar los antecedentes de salud y las Enfermedades Preexistentes bucales del Asegurado relacionados con su reclamación. De igual manera, por este medio, autoriza al Odontólogo, Consultorio o Institución Dental, la clínica, centro de salud bucal o a cualquier institución de salud y odontología tratante para que suministre a la Aseguradora toda información relacionada con su historia odontológica.
- c) Autorización a La Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para auditar los procedimientos odontológicos:** El Asegurado autoriza a la Compañía y/o al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos a practicar, por medio de las personas físicas o jurídicas que forman 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 asistencia odontológica:** Se considera un abandono de tratamiento o Asistencia 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 asistencia 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 de la Compañía 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 veinticinco mil colones (¢25.000.00) durante la vigencia de la presente Póliza. **El Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía 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 remplazados dependiendo de las circunstancias que se presenten, sin que lo anterior sea motivo para declarar el incumplimiento de este contrato por alguna de las partes. Sin perjuicio de lo anterior, con el fin de que el Asegurado pueda consultar, la Compañía actualizará regularmente la lista de Odontólogos y/o proveedores de la Red de Servicios Odontológicos en la siguiente página web: **www.e-dentalsys.com**
- h) Utilización de servicios fuera de la Red de Servicios Odontológicos:** Si el Asegurado, por error o por su propia determinación utiliza los servicios odontológicos de un Odontólogo o entidad que no pertenece a la Red en mención, la totalidad de los costos y/o servicios profesionales originados en dicho tratamiento deberán ser cancelados por el Asegurado sin que aplique reembolso alguno a favor de éste último.

Cláusula 7. EXCLUSIONES

Para todas 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, toreo, 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, cuadríciclos, Jet-ski o motos de agua o de nieve,**
- j) La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva a nivel profesional.**
- k) Un Accidente que califique al amparo del Régimen de Riesgos del Trabajo, con excepción de aquellos que ocurran al Asegurado como estudiante de una universidad o colegio técnico mientras realiza su práctica profesional.**

Para la Cobertura Básica de Muerte Accidental objeto de esta Póliza se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por o durante:

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



- a) Ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;
- b) Por culpa grave del Asegurado;
- c) Como consecuencia de o durante un ataque de epilepsia.
- d) Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- e) Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.
- f) La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;
- g) La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado.
- h) Como consecuencia de ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, delirium tremes o enajenación mental, enfermedad del sueño o sonambulismo.

Igualmente, para la Cobertura para Gastos Odontológicos de la presente Póliza se establecen como exclusiones de esta Póliza:

- a) Los tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y/o cualquier cirugía reconstructiva incluyendo cualquier tipo de tratamiento o cirugía relacionada con el labio leporino.
- b) Cualquier tipo de tratamiento relacionado con el cambio de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamientos de dientes vitales y no vitales, reparación de perforaciones dentales, remodelado óseo y procedimientos pre-protésicos en general.
- c) Los exámenes, procedimientos quirúrgicos y en general, el tratamiento de lesiones o afecciones dentales no cubiertas específicamente por esta Póliza.
- d) Procedimientos prestados por instituciones y Odontólogos no adscritos a la Red establecida por la Aseguradora.
- e) Las lesiones causadas por hechos o actuaciones de las fuerzas armadas, de policía o de los cuerpos de seguridad.
- f) 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, O DE AQUELLAS 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 POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ

VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cláusula 8. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para las coberturas de esta Póliza. El Asegurado expresamente acepta en la Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura que en caso que no indique lo contrario, dicha indemnización será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) Al consorte o el conviviente en unión de hecho. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización;
- 2) A falta de Beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
- 3) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
- 4) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
- 5) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
- 6) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los Beneficiarios de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, utilizando el formulario "Solicitud de Modificación de Beneficiarios" establecido para tal fin y suministrado por la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra la muerte del Asegurado y la Compañía pague la indemnización a los Beneficiarios antes indicados o bien los que se encuentren registrados en esta Póliza, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Compañía con anterioridad a la ocurrencia del Siniestro. La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

En caso que los Beneficiarios deban determinarse mediante un proceso sucesorio en sede Judicial o Notarial, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



Cláusula 9. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza, cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

- a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
- b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.
- c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía. o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza

Cláusula 10. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

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

Obligaciones del Tomador: El Tomador tendrá las siguientes obligaciones:

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

Obligaciones del Asegurado: El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

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

Obligaciones de los Beneficiarios: Los Beneficiarios tendrán las siguientes obligaciones:

- a) En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en la cláusula de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza;
- b) Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.

Cláusula 11. ELEGIBILIDAD

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

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,

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



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.

Cláusula 12. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados y completar la información requerida en el formulario de Solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura, el cual incluye la autorización de que en caso de muerte autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, o laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud; si en dicho plazo la Aseguradora no manifiesta por escrito su rechazo a la solicitud de inclusión, se entenderá que el solicitante ha sido aceptado como Asegurado en la Póliza y será incluido por la Compañía en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia establecidos en las Condiciones Particulares.

Cláusula 13. REGISTRO DE ASEGURADOS

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

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

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

Cláusula 14. PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares, y para su determinación inicial así como al momento de cada prórroga se toma en cuenta la composición general del grupo según la edad, sexo, Suma Asegurada y ocupación, así como los elementos estadísticos, históricos de salud y actuariales de cada sub-grupo etario que conforma el Grupo Asegurado.

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.

Cláusula 15. 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

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica, o bien por transferencia electrónica de dineros directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

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

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

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.

Cláusula 16. PERIODO DE GRACIA

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

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

Cláusula 17. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

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

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

Cláusula 18. COMISIÓN DE COBRO

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

Cláusula 19. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia. Se entiende que esta Póliza es 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.

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



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 de la Póliza.

La Compañía se obliga a notificar al Tomador y a los Asegurados, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

El Tomador y los Asegurados deben informar su domicilio a la Compañía, así como los cambios de domicilio que realicen, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

Cláusula 20. 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.

Cláusula 21. 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.

Cláusula 22. 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. El Tomador no 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.

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.

Cláusula 23. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.

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

- 1. Para la Cobertura de Muerte Accidental:** Para solicitar el pago de la indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado por o en un Accidente, el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El(los) Beneficiario(s) deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

El o los Beneficiario(s) deberá(n) completar el formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora y adicionalmente entregar a la Aseguradora los documentos que se establecen a continuación:

- a. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.
 - b. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado por las dos caras. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
 - c. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
 - d. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.
 - e. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
 - f. Si el Asegurado no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.
- 2. 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 PARA ASISTENCIA 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 de la Compañía.
 - 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, 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.

Los requisitos que se le deberán presentar a la Compañía en caso de reclamación o siniestro, se establecen de común acuerdo entre el Tomador y la Compañía, en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y en el ANEXO de RECLAMACIÓN, según el tipo de Cobertura y de servicios acordados entre las partes.

Cláusula 24. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estos deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

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

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso

Cláusula 25. PERIODO DE CARENCIA

Según lo que acuerden las Partes en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, podrá definirse un Período de Carencia para las Coberturas y Beneficios que correspondan.

Cláusula 26. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

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

Cláusula 27. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

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

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

Cláusula 28. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 29. RECTIFICACIÓN DE EDAD

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

Cláusula 30. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones y toda indemnización se realizará en dicha moneda.

Cláusula 31. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Cláusula 32. TRASPASO O CESIÓN

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

Cláusula 33. PRESCRIPCIÓN

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

Cláusula 34. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

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

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES



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

Cláusula 35. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

Cláusula 36. CONTROVERSIAS

En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, Las Partes, Asegurado y/o Beneficiarios, serán sometidas a un arbitraje de derecho de conformidad con los Reglamentos de Conciliación y Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El proceso se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense, siendo el lugar del arbitraje el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El arbitraje será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo y vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora. Los gastos relacionados con el proceso de arbitraje, incluyendo los honorarios de los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores. Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales.

Cláusula 37. PLAZO DE RESOLUCIÓN

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

Cláusula 38. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

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

En caso que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha 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 N° 8653, bajo el registro N°P20-64-A07-637 de fecha 13 de junio de 2015.