

ODONTOLÓGICO

Condiciones del contrato
de Seguro.

ALLIANZ

Seguro Odontológico

PLAN 2

www.allianz.co

Índice

CONTRATO DE SEGURO

CONDICIONES PARTICULARES

- **CAPITULO I**
Datos identificativos
Tabla de coberturas

CONDICIONES GENERALES

- **CAPITULO II**
Objeto y alcance del seguro

- **CAPITULO III**
- **Exclusiones**
- **Coberturas**

- **CAPITULO IV**
- **Cláusulas genéricas**

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la tabla de coberturas, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro de salud firmada por el asegurado, y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

La compañía en cumplimiento de su deber precontractual ha puesto a consideración del tomador del presente seguro las condiciones generales del mismo de manera anticipada, las cuales se le ha informado se encuentran incorporadas y a su disposición en la página www.allianz.co y le ha explicado directamente y/o a través del intermediario respectivo, el contenido de la cobertura (riesgos que el asegurador cubre), de las exclusiones (circunstancias en las cuales el asegurador no brinda cobertura) y de las garantías (promesas del asegurado relacionadas directa o indirectamente con el riesgo o afirmación o negación de una situación de hecho) allí contenidas, así como sobre su existencia, efectos y alcance. En todo caso de persistir cualquier inquietud el tomador podrá comunicarse a nuestras líneas de atención indicadas en este mismo condicionado.

La compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las naciones unidas, la unión europea, el reino unido de Gran Bretaña e Irlanda Del Norte, los Estados Unidos De América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable.

Capítulo I

Tomador del seguro

Tomador del seguro: <Nombre> <Primer apellido> <Segundo apellido>

Tipo y número de identificación:

Dirección

Ciudad

Póliza y duración

Póliza No.: <Número de póliza>

Duración: Desde las 00:00 horas del <Fecha efecto> hasta las 24:00 horas del <Fecha término>

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Asegurado

Nombre Asegurado: <Nombre> <Primer apellido> <Segundo apellido>

Tipo y número de identificación:

Dirección

Ciudad

Identificación del riesgo objeto del seguro

Coberturas

Tabla de Coberturas y Límites Asegurados

Mediante la presente Póliza, el asegurado tendrá cobertura de los tratamientos descritos a continuación, teniendo en cuenta los periodos de carencia para cada uno y los límites indicados.

COBERTURA	LIMITE	CARENCIA
Emergencia	Ilimitado	Desde el 1 día
Radiografía periapical	Ilimitado	Desde el 1 día
Detartraje	Ilimitado	Desde el 1 día
Profilaxis	Ilimitado	Desde el 1 día
Resina en dientes anteriores	Ilimitado	Desde el 1 día
Resina en dientes posteriores	Ilimitado	Desde el 1 día
Amalgamas	Ilimitado	Desde el 1 día
Ionómeros de vidrio	Ilimitado	Desde el 1 día
Exodoncias simples	Ilimitado	Desde el 1 día
Tratamiento de convencional de conductos de primera vez dientes uniradiculares.	Ilimitado	Desde el 1 día
Tratamiento de convencional de conductos de primera vez dientes biradiculares	Ilimitado	Desde el 1 día
Tratamiento de convencional de conductos de primera vez dientes Multiradiculares	Ilimitado	Desde el 1 día
Aplicación de flúor	Ilimitado	Desde el 1 día
Sellantes	Ilimitado	Desde el 1 día

Liquidación primas por Asegurado

Asegurado

Prima Anual sin IVA

Prima no incluye liquidación del IVA

Especificaciones Adicionales

Intermediario

Código

XXXXXX

Nombre Intermediario

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

% de Participación

XXX%

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor VELANDIA TORRES ZAIDA ASTRID

Telefono/s:999999999 0

Sucursal: CALLE 104

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000517276

En Bogotá4848852

www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente..

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

TOMADOR PRUEBA

INTERMEDIARIO

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz Seguros de Vida S.A.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Firma Autorizada
Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Capítulo II

Condiciones Generales

OBJETO Y ALCANCE DEL SEGURO

Sujeto a los términos, deducibles, condiciones y valores asegurados de la presente póliza de seguro odontológico, si los asegurados amparados por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante “La Compañía”), llegarán a necesitar tratamiento como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad y/o accidente cubiertos por la presente póliza de seguro odontológico, y siempre que dicha enfermedad o accidente se produzca con posterioridad a la fecha de su inclusión en la póliza, **La Compañía** asumirá los gastos causados conforme a lo que se establezca en la tabla de coberturas conforme a los límites asegurados, a través de los profesionales y entidades adscritas en convenio vía autorización de servicios o bajo la modalidad de reembolso si el profesional o entidad no se encuentran adscritos, esto siempre y cuando dicha posibilidad se encuentre contratada y el servicio se encuentre amparado en la póliza.

La Compañía garantiza la prestación de este servicio a través de un Proveedor contratado para tal efecto, para aquellos eventos imprevistos, ocurridos durante su permanencia en la póliza. Para solicitar dicha cobertura el asegurado previamente deberá dar aviso al proveedor contratado, quien tendrá la obligación de asumir y suministrar la cobertura más adelante descrita.

Cualquier condición modificación que sea acordada entre las partes, se realizará mediante anexo y en caso de contradicción entre la póliza y el anexo primarán las agregadas por anexo.

Capítulo III

EXCLUSIONES

NO SERÁN RECONOCIDOS POR **LA COMPAÑÍA** TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS, EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO, SECUELAS Y COMPLICACIONES EN GENERAL, NI LOS GASTOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON:

1) TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES: CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA QUE NO ESTE CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN LA TABLA DE COBERTURAS Y PERIODOS DE CARENCIA.

2) EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES: ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

3) NO ESTARÁ CUBIERTA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REQUIERA REALIZARSE TRATAMIENTOS AMPARADOS POR LA POLIZA BAJO ANESTESIA GENERAL O SEDACION, EL ASEGURADO ASUMIRA SU COSTO

4) DEFECTOS FÍSICOS ENTENDIDOS COMO AQUELLAS ANOMALÍAS O CONDICIONES GENERADOS DE PATOLOGÍAS CONGÉNITAS Y/O DE ORIGEN GENÉTICO QUE NO PERMITEN LA REALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS AMPARADOS EN LA TABLA DE COBERTURAS Y LÍMITES ASEGURADOS BAJO EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN TRADICIONAL.

5) RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA REQUERIDA COMO TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE CAVIDAD ORAL (INCLUYE HUESO, TEJIDO BLANDO Y DEMÁS ESTRUCTURAS DE LA CAVIDAD).

6) ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LOS DESCRITOS EN LA TABLA DE COBERTURAS Y PERIODOS DE CARENCIA.

7) CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y/O TRATAMIENTO MÉDICO CON FINES ESTÉTICOS Y/O DE EMBELLECIMIENTO, TRATAMIENTOS DE REJUVENECIMIENTO Y/O CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO DE COSMETOLOGÍA.

8) EVENTOS QUE SE HUBIERE CAUSADO EL ASEGURADO VOLUNTARIA O INVOLUNTARIAMENTE Y QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O TRASTORNO PSIQUIÁTRICO O ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL, TRANSITORIO O PERMANENTE, O COMO CONSECUENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO O EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

9) LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS COMO CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL BENEFICIARIO EN LA VIOLACIÓN DE NORMAS LEGALES, ACTIVIDADES ILÍCITAS, SEDICIÓN, REBELIÓN, RIÑA, HUELGA, TERRORISMO, ASONADA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, GUERRA DECLARADA O NO, EN EJERCICIO DE SERVICIO MILITAR, O COMO CONSECUENCIA DE FENÓMENOS CATASTRÓFICOS POR CAUSAS NATURALES, EPIDEMIAS, PANDEMIAS Y LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR.

10) PROCEDIMIENTOS, CIRUGÍAS, TRATAMIENTOS, HOSPITALIZACIONES, EXÁMENES, SERVICIOS Y MEDICAMENTOS ORDENADOS, SUMINISTRADOS O REALIZADOS EN INSTITUCIONES O POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE AUTORIZADOS Y HABILITADOS POR LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES Y/O QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA SALUD.

IGUALMENTE SE EXCLUYEN LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS NATURISTAS, SPA, HOGARES TERAPÉUTICOS, HOGARES GERIÁTRICOS, INSTITUCIONES DE CUIDADO INTERMEDIO, DE CUIDADOS CRÓNICOS O SIMILARES.

11) ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES CAUSADOS POR LA INGESTA Y/O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS QUE NO HAYAN SIDO ORDENADOS POR UN MÉDICO QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS LEGALES PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN Y APROBADOS POR LAS SOCIEDADES MÉDICAS COLOMBIANAS.

COBERTURA.

Desde la fecha indicada en la tabla de coberturas de la póliza para la iniciación de la vigencia y aplicando los deducibles a que haya lugar, se cubrirán los siguientes servicios, los cuales estarán sujetos a las coberturas, periodos de carencia, limitantes y exclusiones previstas en este condicionado.

Consulta de emergencia odontologica

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza la valoración realizada por un odontólogo general para definir diagnóstico, pronóstico y tratamiento cuando el asegurado presenta una emergencia odontológica, la cual se define como una ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante para tratar los siguientes signos y síntomas de origen dental: Inflamación, dolor, infección, fractura o sangrado.

Radiografía periapical

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza las radiografías periapicales que el asegurado requiera, en los dientes afectados, para diagnosticar y tratar su emergencia odontológica o su tratamiento integral. No se cubrirá bajo ningún concepto radiografías de tipo oclusales, panorámicas, extraoral de frente o extraoral de perfil, como tampoco ningún otro tipo de ayudas diagnósticas.

Detartraje

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza el Detartraje, el cual es una limpieza dental que consiste en la eliminación de cálculos dentales o sarro de los dientes de forma supragingival, para evitar o disminuir la inflamación y sangrado de las encías. Este tratamiento será realizado por un odontólogo general, en caso de que el asegurado este presentando una emergencia odontológica o en caso de que lo requiera para prevenir la aparición de enfermedad periodontal.

Profilaxis

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza la profilaxis, la cual es una limpieza dental que consiste en la eliminación de placa bacteriana blanda de los dientes para evitar o disminuir la inflamación y sangrado de las encías. Este tratamiento será realizado por un odontólogo general, en caso de que el asegurado este presentando una emergencia odontológica o en caso de que lo requiera para prevenir la aparición de enfermedad periodontal.

Resina en dientes anteriores y posteriores

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza la resina, la cual es una obturación o calza de color blanco que se coloca en los dientes para rellenar una fractura o una caries con dolor. Se dará cobertura a este tratamiento solo en caso de que el asegurado este presentando una emergencia odontológica o tenga una obturación previa fracturada, defectuosa o con caries recurrente que requiera cambio. No se cubrirá bajo ningún concepto los cambios estéticos de obturaciones o restauraciones.

Amalgama

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza la amalgama la cual es una obturación o calza de color gris que se coloca en los dientes para rellenar una fractura o una caries con dolor. Se dará cobertura a este tratamiento solo en caso de que el asegurado este presentando una emergencia odontológica o tenga una obturación previa fracturada, defectuosa o con caries recurrente que requiera cambio. No se cubrirá bajo ningún concepto los cambios estéticos de obturaciones o restauraciones.

Ionómeros de vidrio

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza el ionómero de vidrio, el cual es una obturación o calza de color blanco que se coloca en los dientes para rellenar una fractura, una caries con dolor o un cuello descubierto que este generando dolor. Se dará cobertura a este tratamiento solo en caso de que el asegurado este presentando una emergencia odontológica o tenga una obturación previa fracturada, defectuosa o con caries recurrente que requiera cambio. No se cubrirá bajo ningún concepto los cambios estéticos de obturaciones o restauraciones

Exodoncias simples en caso de emergencia

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza la exodoncia simple la cual es la extracción o eliminación de un diente cuando tiene mal pronóstico y no es posible rehabilitarlo con ningún otro tratamiento. No se dará cobertura bajo ninguna circunstancia a las exodoncias quirúrgicas o mayores, ni a la exodoncia de cordales o terceros molares.

Tratamiento de convencional de conductos de primera vez dientes uniradiculares, biradiculares y multiradiculares en caso de emergencia.

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza los tratamientos de conducto convencionales de los dientes uniradiculares, biradiculares y multiradiculares, los cuales consisten en realizar una apertura del diente, y utilizar herramientas para retirar el nervio y limpiar internamente el diente y reemplazarlo con un material dental para aliviar el dolor, la inflamación y/o infección del nervio cuando se realiza por primera vez. No se dará cobertura bajo ninguna circunstancia a los retratamientos de conducto o a la repetición de tratamientos de convencional de conductos realizados con un prestador diferente a los establecidos por Allianz.

Aplicación tópica de flúor:

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza la aplicación tópica de flúor la cual consiste en la colocación de un gel de flúor en los dientes para prevenir la aparición de caries o disminuir la sensibilidad ocasionada por lesiones no cariosas en zona cervical de los dientes (cuellos expuestos). Este tratamiento será realizado solo en caso de que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.

Sellantes de fasetas y fisuras:

La Compañía reconocerá desde el primer día de vigencia de la póliza los sellantes de fasetas y fisuras los cuales consisten en la colocación de un material fluido en la superficie de masticación de molares temporales y/o permanentes para prevenir la aparición de caries. Este tratamiento será realizado por un odontólogo general, en algunos casos Odontopediatra y solo en caso de que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten una vez evaluado el riesgo individual del paciente: índice de placa alto, paciente con Historia de caries en temporales, Anatomía retentiva de placa, Deficiencia marcada de cepillado por falta de motricidad y desmineralización del esmalte o lesiones de mancha blanca incipiente

CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la cobertura del contrato, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

1) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos establecidos por LA COMPAÑÍA. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por La Compañía. La Compañía 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, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

2) 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 informados al asegurado en el momento que solicite atención al call center de la compañía que se indica al final del presente documento

4) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá comunicarse con La Compañía a los teléfonos de contrato indicados en el presente contrato. En este caso, 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 ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él.

5) 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

6) 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 sin que esto comprometa la responsabilidad de la Compañía. Por tanto, el asegurado deberá asumir directamente todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados

7) CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO: En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados en virtud de esta póliza y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por LA COMPAÑÍA, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en este **Anexo**, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogidos por él, previa autorización..

Los "gastos razonables", de acuerdo con lo indicado en el acápite de "DEFINICIONES", que hayan sido incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por la compañía, previa presentación por parte de EL ASEGURADO de la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y demás documentos que acrediten el servicio odontológico recibido La Compañía podrá solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles desde el momento en que se radique la solicitud.

Queda entendido, según los términos de esta póliza que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

Capítulo IV

CLÁUSULAS GENÉRICAS

PERSONAS ASEGURABLES

Previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, podrán ser aceptados como asegurados las personas que soliciten su afiliación en la solicitud de seguro y que sean aceptadas previamente por La Compañía como asegurados en la Póliza de seguro odontológico.

Para la inclusión de un asegurado durante la vigencia de la póliza de seguro odontológico, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de **La Compañía**, hasta el vencimiento de la anualidad de la póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás beneficiarios amparados.

“El retiro de cualquiera de los beneficiarios amparados como consecuencia del fallecimiento o la revocatoria unilateral, dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, salvo que se le haya reconocido siniestros, caso en el cual, la Compañía tendrá derecho a descontar del valor de la prima el valor a prorrata de los siniestros”

Las pólizas colectivas tendrán condiciones pactadas por las partes. **La Compañía** se reserva el derecho de limitar, extra primar o rechazar el riesgo propuesto.

NOVEDADES

El tomador deberá avisar novedades tales como: ingresos o retiros como consecuencia de nacimientos, adopciones, matrimonios o fallecimientos; así como cambios de estado civil, datos generales de beneficiarios amparados, fechas de nacimiento y parentesco, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la novedad. Cualquier ingreso de un **asegurado** durante la vigencia de la póliza deberá ser previamente aprobado por **La Compañía**.

PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima correspondiente a la vigencia contratada, o la primera o cualquiera de las cuotas si el pago es fraccionado, deberá efectuarse dentro del plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. **La Compañía** dará cobertura a los eventos descritos en el presente condicionado, siempre y cuando la prima de la anualidad o de la fracción se encuentre efectivamente recaudada.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

El Tomador está obligado a declarar a **La Compañía**, al dar aviso del siniestro, todos los amparos o seguros similares a la presente póliza, que cubran al asegurado total o parcialmente contra los mismos riesgos y que estén vigentes al ocurrir el siniestro, con indicación del asegurado u otorgante y la cuantía de cada amparo o seguro.

En caso de pluralidad o de coexistencia de amparos o seguros, **La Compañía** soportará la indemnización en exceso de otro seguro o amparo, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La inobservancia de esta obligación, o la mala fe de la reclamación o comprobación del derecho al pago, causarán la pérdida del derecho a la prestación asegurada. En caso que el asegurado requiera servicios con ocasión de un accidente de trabajo si se llegara a pagar en primera instancia, **La Compañía** podrá adelantar las acciones de recobro ante la Administradora de Riegos Laborales (ARL) correspondiente.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Los beneficios otorgados por la presente póliza, terminarán al ocurrir alguno de los siguientes hechos:

1. Por vencimiento de la vigencia sin haber sido renovada.
2. Las demás causas contempladas en la ley.

AVISO Y PAGO DE RECLAMACIONES

El asegurado, en caso de reclamación informará a **La Compañía** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que se inicie cualquier tratamiento por enfermedad o accidente.

La Compañía efectuará el pago de las indemnizaciones a que haya lugar, dentro del término de un (1) mes contado a partir de la fecha en que el beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía de su derecho. Para tal efecto y sin perjuicio de la libertad que tiene el asegurado para demostrar la ocurrencia y la cuantía, la Compañía sugiere aportar, entre otros, los siguientes documentos,: certificado médico, historia clínica, resultado patológico si fuere el caso, factura de venta original discriminando gastos clínicos y demás pagos a instituciones, médicos, paramédicos, medicamentos, laboratorios.

REVOCACIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio, la presente póliza de seguro odontológico podrá ser revocada por **La Compañía** de forma unilateral mediante comunicación escrita enviada al Tomador y/o Asegurado Principal a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de anticipación contados a partir de la fecha de envío. Por el Tomador, en cualquier momento mediante aviso escrito dado a **La Compañía**.

En caso de revocación por parte de **La Compañía**, ésta devolverá al Tomador de la póliza la parte de la prima no devengada o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro.

En caso que sea revocada por el Tomador, la devolución de la prima se calculará tomando en cuenta la tarifa del seguro a corto plazo.

TERRITORIO

Los amparos otorgados por la presente póliza de seguro odontológico operan sin ninguna limitación territorial en Colombia.

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta Póliza se fija como domicilio contractual la ciudad de Bogotá DC. Colombia.

DERECHO SE SUBROGACIÓN

Si el evento del seguro ocurrió como consecuencia de un accidente debido al cual el asegurado tenga derecho a indemnización o a reembolso por parte de algún tercero, **La Compañía** podrá ejercer el derecho a subrogación.

INEXACTITUD, RETICENCIA, FALSEDAD U OMISIÓN

El Tomador deberá declarar con veracidad y exactitud las circunstancias que rodean su estado de Salud y el de los Beneficiarios Amparados que presente como candidatos para tener esa calidad dentro de la póliza. El tomador, en nombre propio y en el de los Beneficiarios Amparados en cuyo favor estipula, y/o cada uno de éstos o sus representantes deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de ingreso al seguro, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades, o secuelas, complicaciones y/o recidivas de las mismas, que requieran o hubieren requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a partir de medicamentos y otros agentes externos. La inexactitud, reticencia, falsedad u omisión cualquiera que sea la causa, que se produzca en la declaración del estado de Salud, en la solicitud de afiliación o en cualquier documento o información suministrada, será sancionada en los términos previstos en el artículo 1058 del Código de Comercio, a saber:

1. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.
4. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, **La Compañía** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este **Anexo**, queda expresamente convenido que se entiende por:

a. **Afección Buco-Dental:**

Cualquier alteración de la Salud Buco-Dental que sufra EL ASEGURADO y que origine tratamientos, procedimientos o servicios amparados por este Anexo.

b. **Urgencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

c. **Consulta por urgencias odontológicas:** Es la atención que se le brinda a un paciente que este presentando dolor, inflamación, sangrado o fractura para definir diagnóstico y poder realizar maniobras y tratamientos.

d. **Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

e. **Gastos razonables:** Se entiende por "gastos razonables" el promedio de los gastos odontológicos facturados a la Compañía durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos pertenecientes a la red de proveedores, 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, cubierto o amparado por esta póliza.

f. **Odontología preventiva:**

Son todas las medidas de protección específica y detección temprana encaminadas a evitar la aparición de enfermedades en la cavidad oral.

g. **Operatoria dental:**

Rama de la odontología que se encarga de realizar un adecuado selle u obturación de dientes afectados por caries y/o fracturas. (Calzas).

h. **Tratamiento convencional de conductos:** Especialidad de la Odontología que se ocupa de la prevención y tratamiento de las enfermedades de la pulpa dental (nervio).

i. **Cirugía oral:** Especialidad de la Odontología que se ocupa del tratamiento quirúrgico de las enfermedades, malformaciones y traumatismos de la cavidad bucal.

j. **Periodoncia:** Especialidad de la Odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los tejidos que sostienen y rodean al diente (hueso y encía). Así como el mantenimiento de la salud de dichas estructuras y tejidos.

k. **Ortopedia maxilar:** Especialidad de la Odontología que se encarga de diagnosticar, prevenir y corregir las deformidades orales y faciales en niños.

l. **Ortodoncia:** Especialidad de la Odontología que se ocupa prevención y corrección de las desviaciones de dicha morfología facial y su función.

m. **Patología Oral:** Especialidad de la Odontología que se ocupa de tratar las enfermedades de la cavidad oral como lesiones, masas y manchas.

n. **Rehabilitación oral:** Especialidad de la Odontología que se ocupa del reemplazo de los dientes perdidos, empleando para ello recursos artificiales.

o. **Odontopediatría:** Especialidad de la odontología que se ocupa de los problemas de salud bucal en el niño y en el adolescente.

p. Radiología oral: son las radiografías que se toman de la cara o dientes de un paciente para realizar un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento.

q. Ayudas diagnósticas: Son los modelos de la boca, fotografías de cara y cavidad oral para poder identificar patologías o definir tratamientos.

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

Datos Intermediario

Allianz Seguros de Vida S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860027404 - 1