

SEGUROS EL ROBLE, S.A.
PÓLIZA INDIVIDUAL
SEGURO DE GASTOS MEDICOS

EL PRESENTE ANEXO SERÁ VÁLIDO SI HA SIDO CONTRATADO FORMALMENTE
MEDIANTE SOLICITUD ESCRITA
ANEXO DE PLAN DENTAL

1. **DERECHO DEL ASEGURADO A BENEFICIOS DENTALES:** Sujeto a los términos y condiciones de este Anexo, todo asegurado tendrá derecho a los Beneficios de Gastos Dentales, si incurre en Gastos Dentales elegibles por una lesión o enfermedad, mientras se encuentre asegurado bajo este Anexo.

El Asegurado tendrá derecho al reembolso o pago de acuerdo a las Fases de cobertura que se describen más adelante, en ningún caso los Beneficios Dentales excederán el **Máximo Dental** establecido en el Cuadro de Beneficios de la póliza para cualquier Asegurado.

Se aplicará sólo un Máximo Dental para un Asegurado, ya sea que haya existido o no una interrupción en la continuidad del seguro del individuo. Se aplicará solo un Máximo Dental si el Asegurado ha estado cubierto bajo el Anexo una vez como empleado y otra como dependiente durante cualquier Año Calendario.

2. **CONCEPTOS BÁSICOS:** Conforme se usa en esta Estipulación del Beneficio de Gastos Dentales:
- a. **"Asegurado"** Significa el Titular y sus Dependientes (cónyuge e hijos si hubiere) que de acuerdo a los términos de la Póliza, gocen de las coberturas y beneficios contratados y descritos en la misma.
 - b. **"Gastos Dentales"** se refiere a los gastos razonables y acostumbrados por atención dental practicada por un dentista, por servicios prestados o suministros proporcionados al Asegurado, y que son necesarios para su cuidado dental y tratamiento. Estos excluirán la porción de cualquier gasto referido en la estipulación de "Exclusiones" de este Anexo, que exceden el gasto razonable y acostumbrado por el servicio, suministros o tratamiento por los cuales se incurre el gasto. Dicho gasto razonable y acostumbrado será determinado por la Compañía sobre la base de los gastos cobrados en la localidad por servicios, suministros o tratamientos similares. El resultado de dicha determinación por parte de la Compañía constituirá el máximo permitido como "Gastos Dentales" elegibles.
 - c. Para determinar si un Gasto es razonable y acostumbrado la Compañía considerará la naturaleza y condición de gravedad del Asegurado, así como las circunstancias especiales o complicaciones que pudieran requerir tiempo adicional, destreza y experiencia, en relación con un servicio en particular o un procedimiento dental, como se define en los "Gastos Elegibles" de este Anexo. El Gasto Dental se considerará incurrido en la fecha en que el tratamiento es realizado en su fase final, excepto que dicho cargo se considere incurrido:
 - Con respecto a prótesis permanentes, coronas, incrustaciones o calzas, en la primera fecha de preparación del diente o dientes en cuestión.
 - Con respecto a dentaduras removibles parciales o completas, en la fecha en que se hizo el primer molde.
 - Con respecto a endodoncia, en la fecha en que el diente es abierto para terapia de canal.

- e. **"Beneficio de Gastos Dentales"** se refiere a las cantidades pagaderas bajo este Anexo, de acuerdo a los beneficios estipulados en el Cuadro de Beneficios de la póliza.
 - f. **"Dentista"** se refiere al individuo legalmente autorizado para practicar dentistería o a cualquier otro médico que proporcione servicios dentales para los cuales se encuentre legalmente autorizado. La profilaxis dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un dentista será considerada como practicada por un dentista.
 - g. **"Deducible"** es la cantidad especificada en el Cuadro de Beneficios de la póliza, que será aplicada a cada Asegurado, una vez por cada Año Calendario por gastos dentales incurridos y elegibles Tipo: I, II III y IV.
 - h. **"Coaseguro"** se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Beneficios de la póliza, que se aplicará a los gastos dentales elegibles en los Tipos I, II, III y IV, después que el Asegurado haya satisfecho el deducible.
 - i. **"Año Calendario"** se refiere al período comprendido entre el primero de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambos inclusive.
 - j. **"Plan de Tratamiento"** se refiere al informe escrito de un dentista en una forma satisfactoria a la Compañía, en el cual el dentista detalla los resultados del examen del Asegurado, el plan de tratamiento sugerido y el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.
 - k. **Límite de deducible por asegurado**, los gastos dentales elegibles, incurridos por un Asegurado durante un Año Calendario y mientras se encuentre asegurado bajo este Anexo, se reembolsaran después de satisfecho el Deducible, por cada Asegurado, con base al porcentaje estipulado en el Cuadro de Beneficios de la póliza por el resto del Año Calendario.
 - l. **"Beneficio Máximo de Gastos Dentales"**, Es la cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier Asegurado por gastos dentales incurridos, durante cualquier Año Calendario, el pago no excederá el máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la póliza.
3. **ELEGIBILIDAD DE ASEGURADOS:**
- Para poder optar a este Plan, es indispensable la participación de todo el núcleo familiar.
 - Edad de admisión para nuevos Asegurados Titulares y Cónyuge de **18 a 69 años inclusive**.
 - Edad límite de cobertura para el Asegurado Titular y/o la (el) Cónyuge, **es al cumplimiento de los 99 años de edad**.
 - **Hijos dependientes son elegibles desde los 2 años hasta el cumplimiento de los 25 años inclusive, si cumplen con el requisito de ser solteros, estudiantes a tiempo completo y depender económicamente del Asegurado Titular, la cobertura del Plan Dental se puede extender hasta los 25 años inclusive.**
4. **GASTOS ELEGIBLES:** A excepción de lo expuesto en "Exclusiones" de este Anexo, los gastos dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

Tipo I TRATAMIENTO PREVENTIVO

- a. Exámenes Orales - exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- b. Profilaxis - incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo Asegurado.
- c. Aplicaciones de Fluoruro - limitado a niños de 14 años de edad o menores.
- d. Rayos X - incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de dos años; siempre y cuando estos rayos X sirvan para el diagnóstico de los Gastos Elegibles.
- e. Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

Tipo II TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- a. Sostenedores de espacio
- b. Tratamiento paliativo de emergencia
- c. Extracciones simples (rutinarias)
- d. Extracciones quirúrgicas
- e. Cirugía oral, excepto cirugía ortognática y de implantes.
- f. Alveolectomía
- g. Anestesia General, sedación y/o uso de sala de operaciones o quirúrgico, gastos hospitalarios (limitado a niños menores de 7 años, en casos de cirugía, y en pacientes discapacitados).
- h. Inyecciones terapéuticas
- i. Restauración - relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - Corona o calza posterior o anterior, y
 - Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- j. Endodoncia
- k. Periodontología
 - El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal indicado en el Cuadro de Beneficios de la póliza, y
 - El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamientos de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario, no excederá en ningún caso el Máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

Tipo III SERVICIOS MAYORES

- a. Incrustaciones
- b. Calzas
- c. Coronas
- d. Reparación de dentaduras y puente
- e. Guardas oclusales por tratamiento de síndrome de disfunción miofacial, bruxismo o apretamiento de Dientes, excepto por cualquier causa que se especifique en exclusiones.
- f. Pines intra-radicales, núcleos, muñones y domos para sobredentadura.
- g. Prótesis - incluyendo puentes y dentaduras

La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:

- Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo este Anexo.
- La instalación o adición arriba mencionados incluya la reposición de dicho diente extraído; y
- El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.
- El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, sólo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
- El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo este Anexo y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
 - ✓ Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - ✓ Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.
 - ✓ El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 1. El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 2. Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del Asegurado bajo este Anexo no ha estado en vigor por lo menos (2) años.

Tipo IV ORTODONCIA

Se pagarán gastos dentales de Ortodoncia hasta el límite indicado en el cuadro de beneficios de la póliza, monto que será deducido de la suma asegurada del plan dental contratado.

No importando el límite de cobertura, cualquier plan de tratamiento deberá ser previamente sometido a la Compañía para su análisis y aprobación, antes de efectuar cualquier pago bajo esta cobertura.

Para la cobertura de ortodoncia el “Deducible” y “Coaseguro” aplicarán de acuerdo a los conceptos básicos de las Condiciones Generales del Plan Dental.

5. EXCLUSIONES:

No se pagará ningún beneficio por los siguientes gastos dentales:

- a. Servicios otorgados al Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción a aquellos casos en que se haga un cargo al Asegurado, por el cual él esté legalmente obligado a pagar.
- b. Servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para el beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esa índole.

- c. Cuidados o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al Asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.
- d. Servicios dentales con fines cosméticos.
- e. Reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo este Anexo, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de este Anexo.
- f. Dentadura, coronas incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar la dimensión vertical.
- g. Ajustes o reevaluaciones de dentaduras o puentes fijos o removibles dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
- h. Reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
- i. Programas o instrucciones de higiene oral, dietético, técnica de cepillado o de control de placa bacteriana.
- j. Protectores bucales deportivos.
- k. Aquellos gastos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable o acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónicas.
- l. Dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el gasto por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
- m. Cobros realizados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
- n. Implantología y rehabilitación sobre implantes.
- o. Drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administradas por un dentista o doctor como resultado de tratamiento oral.
- p. Procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo gastos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
- q. Tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo este Anexo.
- r. Ortodoncia, excepto si se encuentra estipulado en el Cuadro de Beneficios.
- s. Ortopedia, entiéndase por todo movimiento óseo realizado con aparatos ortopédicos fijos o removible intra orales o extra orales.
- t. Cirugía ortognática.
- u. Blanqueamiento de dientes.
- v. Cualquier gasto, incluyendo rayos x o exámenes de diagnóstico, para tratamientos excluidos por la póliza.
- w. Cierre de diastema.

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. **984-2016** DEL **CUATRO DE AGOSTO DE 2016**, REGISTRO QUE NO PREJUJGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO