



Para solicitar el servicio o más información, contáctenos:

☎ 2785-3000 📞 8554-3000

🏠 Servicio a domicilio 🏢 Oficinas a su servicio  
📘 Coopealianza 🌐 coopealianza.fi.cr

## “ASISTENCIA DENTAL” MÁS CONOCIDA COMO “SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE GASTOS ODONTOLÓGICOS ACCI-DENTAL EN COLONES”

Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones  
Condiciones Generales Página 1 de 14

### CONDICIONES GENERALES

#### Cláusula 1. CONTRATO

Mediante el presente Contrato de Seguros (de ahora en adelante “Póliza”), Aseguradora Del Istmo (ADISA) S.A. se obliga, contra el pago de la Prima acordada y en el caso que se produzca el Evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer un capital o unas prestaciones, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente Póliza.

#### Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos que constituyen esta póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: (i) las presentes Condiciones Generales del Contrato, y (ii) el Certificado de Cobertura o Condiciones Particulares. Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado 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 se indica en esta Póliza. En caso que haya discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán las Condiciones Particulares O Certificado de Cobertura sobre las Condiciones Generales. 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.

**Cláusula 3. 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 ADISA en la República de Costa Rica, que adicionalmente coordina los servicios y asistencias 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 cubierta por esta Póliza, y se encuentra registrada como tal en el Certificado 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 el Certificado de Cobertura.

e. **Asegurado o Paciente Pediátrico:** Asegurado Dependiente con edad comprendida entre los dos (2) y los diez (10) años.

f. **Asistencia (Odontológica):** Es el diagnóstico, tratamiento y/o prevención de las enfermedades o lesiones en la cavidad oral.

g. **Beneficiario:** Son las personas físicas predeterminadas o bien designadas por el Asegurado de conformidad con la cláusula de "BENEFICIARIOS", 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 Tomador o Asegurado Titular y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones: Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 2 de 14

j. **Consultorio o Institución Dental:** Establecimiento público o privado legalmente autorizado por el colegio profesional correspondiente y las autoridades administrativas para realizar tratamientos odontológicos a personas, que cuenta con instalaciones y facilidades adecuadas para realizar procedimientos de diagnóstico, prevención, reparación o reconstrucción odontológica y Cirugía Bucal.

k. **Copago:** Suma fija que estará a cargo del Asegurado, que se establece previa y de forma específica para cada Asistencia según el procedimiento odontológico practicado y que aparece identificado en el Certificado de Cobertura o Condiciones Particulares de la Póliza.

l. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización o cobertura.

m. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).

n. **Emergencia o Urgencia Odontológica:** Situación crítica de una o varias piezas de los grupos dentarios o tejidos intraorales, que por su gravedad genera inflamación excesiva de la estructura de soporte del diente y su dolor intenso obliga a su atención odontológica inmediata.

o. **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación ha sido efectuada por un Médico o un Odontólogo.

p. **Enfermedades o Incapacidades Preexistentes o Anteriores:** Cualquier alteración de la salud, padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión o dolencia que afecte a cualquiera de los Asegurados de esta Póliza, sobre la cual razonablemente los conocimientos del Asegurado Titular o Dependiente y su capacidad de entendimiento le permitan conocerla 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 de tiempo, 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:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza de manera violenta y destructiva que no puede ser prevenida ni controlada por el ser humano.

t. **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 el lugar de residencia permanente del Asegurado Titular. Para efectos de esta Póliza, el Grupo Familiar estará conformado por un máximo de cuatro (4) personas.

u. **Odontólogo:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Costa Rica, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica y deberá demostrar una experiencia mínima de dos (2) años como Odontólogo.

- v. **Operador de Seguros Autoexpedibles:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con la Aseguradora, se compromete a realizar la venta de los productos de seguros autoexpedibles convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) como tales.
- w. **Plan:** Alternativa seleccionada por el Asegurado principal en el Certificado 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 Tomador o Asegurado Titular será el encargado de elegir el Plan que cubrirá al Asegurado Titular y los demás Asegurados que éste determine, sin exceder el total de cuatro (4) Asegurados.
- x. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales y el Certificado de Cobertura o Condiciones particulares de la Póliza.
- y. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Asegurado en contraprestación por las Coberturas de riesgo objeto del presente contrato.
- z. **Radiografía Periapical:** Radiografía que muestra uno o dos dientes completos desde la corona hasta la raíz y que se utiliza como ayuda diagnóstica.
- aa. **Red de Servicios Odontológicos:** 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 la Red de Servicios Odontológicos y supervisadas por este último.
- bb. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y 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 este contrato.

#### **Cláusula 4. MODALIDAD DE CONTRATACIÓN Y TIPO DE CONTRATO**

La presente Póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Autoexpedible.

#### **Cláusula 5. SUMAS ASEGURADAS**

Es el monto de seguro según el Plan elegido por el Asegurado, que la Aseguradora se obliga a pagar en caso de Siniestro para cada cobertura según se indica en el Certificado de Cobertura.

#### **Cláusula 6. COBERTURAS**

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las Coberturas y por las Asistencias que adelante se detallan. Esta Póliza está conformada por todas las Coberturas y Asistencias que se detallan a continuación, por lo que no podrán ser contratadas por separado.

**a. Cobertura para Gastos Odontológicos:** En caso que alguno de los Asegurados en esta Póliza, a criterio de un Odontólogo, requiera una o varias de las Asistencias Odontológicas previstas en esta cláusula, la Compañía, de conformidad con el Plan elegido por Tomador y a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos, **lo remitirá exclusivamente con alguna de las personas físicas o jurídicas que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos**, para que sea atendido conforme a lo acordado en este documento y siempre dentro de los Plazos de Repetición y limitaciones establecidas en las Condiciones Generales y en el Certificado de Cobertura. 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 las Instituciones y Odontólogos adscritos a la Red de Servicios Odontológicos, la totalidad de los honorarios y costos de los servicios odontológicos prestados al Asegurado con relación a los tratamientos amparados por esta Cobertura.

Las siguientes son las Asistencias Odontológicas amparadas por la presente Póliza, que en todo caso se realizarán de conformidad con el Plan elegido por el Tomador y siempre a través del Administrador de la Red de Servicios Odontológicos previsto para tal efecto:

**i. Asistencia por Emergencia o Urgencia Odontológica:** 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 Red de Servicios Odontológicos contratada por la Compañía atenderá y dirigirá al Asegurado con el fin de prestarle el tratamiento paliativo e inicial de Emergencia o Urgencias Odontológicas, siempre que el Asegurado haya completado el Tiempo de Espera establecido en el Certificado de Cobertura.

Para todos los efectos, la atención de Emergencias o Urgencias Odontológicas se limita 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 Bucal, tratamiento sintomático (prescripción médica) para hiperemias pulpares, pulpitis agudas (inflamación grave o afección de nervio dental). Para los casos en que se presenten fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, sólo se prestará la atención inicial de Emergencias o Urgencias Odontológicas con prescripción de analgésicos. En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación

severa) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos, sólo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión para el manejo intrahospitalario del Asegurado. Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 4 de 14

**ii. Asistencia para Diagnóstico y Plan de Tratamiento:** Cuando el Asegurado lo estime conveniente y después de transcurrido el Tiempo de Espera estipulado en el Certificado de Cobertura, **por una sola vez durante la vigencia de la Póliza y aplicable para esta Cobertura**, la Compañía le cubrirá una evaluación clínica de su estado de salud bucal con una de las personas físicas o jurídicas que conforman la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía, quien será el profesional encargado en planificar el tratamiento odontológico necesario para alcanzar la mejor condición oral de dicho Asegurado. 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 una persona física o jurídica adscrita 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 (i) y (ii) 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 empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar. 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 la cobertura de este contrato. La Compañía cubrirá las referidas Radiografías Periapicales siempre y cuando y el Asegurado haya cancelado los Copagos acordados en el Certificado de Cobertura y éstas sean necesarias para la ejecución y continuidad de 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, realizar 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 de la Compañía, realizará los procedimientos y medidas terapéuticas autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Aseguradora y que sean necesarias para la mencionada eliminación de la caries dental activa y su posterior restauración de la cavidad resultante, según se indica en el Certificado 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 realizará los procedimientos antes mencionados y autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Aseguradora, según se indica en el Certificado 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 realizar 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, realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y 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 realizar 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, realizará al Asegurado los procedimientos antes mencionados y autorizados por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Aseguradora, según se indica en el Certificado 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**, podrá pedir una cita al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos para que un Odontólogo de la Red de Servicios Odontológicos evalúe su salud bucal 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 el Certificado de Cobertura, extracciones pediátricas, amalgamas en temporales, sellantes de fisura, resinas en piezas temporales, resinas en formas plásticas. En la misma sesión y a criterio del Odontólogo encargado, éste 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.**

**b. Cobertura de Fallecimiento por causa Accidental:** En caso que el **Asegurado Titular** fallezca por o en un Accidente, la Compañía pagará a los Beneficiarios, el valor estipulado en las Condiciones Particulares de esta Póliza para la Cobertura Básica de Muerte Accidental. Para efectos de la presente Póliza, se entenderá como Fallecimiento por Causa Accidental aquel que ocurra durante la vigencia de la póliza y a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del fallecimiento y siempre que el Accidente generador del fallecimiento haya ocurrido dentro de la vigencia de la presente Póliza. Esta Póliza ampara los Accidentes que sufra el Asegurado durante la veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana y en cualquier lugar del mundo. Cuando el Asegurado Titular fallezca se tendrán por terminadas todas las Coberturas y Asistencias objeto de esta Póliza para la totalidad del Grupo Familiar.

a. **AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA PARA GRABAR LAS CONVERSACIONES TELEFÓNICAS ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE:**

b. **AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA HISTORIA ODONTOLÓGICA DEL ASEGURADO:**

c. AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA Y/O AL PRESTADOR PARA AUDITAR LOS PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS:

**Cláusula 7. CONDICIONES ESPECIALES Y AUTORIZACIONES APLICABLES ÚNICAMENTE A LA COBERTURA PARA GASTOS ODONTOLÓGICOS**

El Asegurado Principal 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.

El Asegurado Principal autoriza expresamente a la Compañía y/o el 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.

El Asegurado Principal 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 Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 6 de 14

- d. AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA Y/O AL PRESTADOR PARA LA TOMA DE IMÁGENES, EXÁMENES Y REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS:
- e. FUERZA MAYOR PARA ASISTENCIA POR URGENCIA O EMERGENCIA:
- f. SUSTITUCIÓN Y/O CAMBIO DE PROFESIONALES EN LA RED DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS:

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.

El Asegurado Principal 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, la realización de exámenes de diagnóstico, 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.

Cuando el Asegurado Principal solicite al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos una o varias atenciones de Emergencia o Urgencia de alguno de los Asegurados de la Póliza, y el Administrador de la Red 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 el valor de los servicios odontológicos efectivamente recibidos y facturados hasta por la suma de cincuenta dólares americanos (US\$50.00) por vigencia.

El Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía siempre 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.

El Tomador y demás Asegurados dejarán constancia en el Certificado de Cobertura que aceptan que

las personas físicas y jurídicas que conforman la Red de Servicios Odontológicos están ubicados estratégicamente en todo el país y 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.

Si por error de alguno de los Asegurados, éstos utilizan los servicios de un Odontólogo que no pertenece a la Red en mención, no se cubrirá dicho servicio y por ende el Asegurado deberá asumir el cien por ciento (100%) del costo del tratamiento al profesional y no aplicará reembolso alguno.

#### **Cláusula 8. PLAZO O TIEMPO DE ESPERA Y COPAGOS**

Los Tiempo de Espera y los Copagos serán los que claramente se establecen en el Certificado de Cobertura según el Plan elegido por el Tomador de la Póliza y se aplicarán exclusivamente para la Cobertura para Gastos Odontológicos.

**Cláusula 9. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

Por ser este un Seguro Autoexpedible, la vigencia de la Póliza será de un año que inicia a partir del momento en que se da la simple aceptación del Asegurado, la cual estará indicada en el Certificado de Cobertura, siempre y cuando se haya pagado la Prima dentro del Período de Gracia. Esta Póliza es renovable en forma automática 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. 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 Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, de conformidad con los supuestos previstos en la Ley Reguladora del Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 7 de 14

Contrato de Seguros, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

#### **Cláusula 10. PRIMA**

La Prima que se establece para esta Póliza es la que se detalla en el Certificado de Cobertura según el Plan elegido por el Tomador y el número de Asegurados Dependientes cubiertos por la Póliza.

#### **Cláusula 11. PAGO DE LA PRIMA**

El pago de la Prima de la presente Póliza será de forma fraccionada debiendo hacerse los pagos mensualmente y por adelantado con cargo automático a 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 Asegurado durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura o haya atendido alguna de las Asistencias Odontológicas objeto de esta Póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que haya 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 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 Asegurado

La utilización de las Asistencias cubiertas por esta Póliza implicará la ocurrencia de un siniestro. Una vez ocurrido el siniestro, si el Asegurado decide cancelar el seguro antes de la terminación de la vigencia, la compañía estará en su derecho de cobrar al Asegurado Principal la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia del seguro contratado.

#### **Cláusula 12. PERÍODO DE GRACIA**

Para llevar a cabo el pago mensual de la Prima, la Compañía le concede al Asegurado un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales, que empezarán a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima. En caso de no efectuarse el pago dentro del Período de Gracia antes indicado, la Póliza quedará cancelada.

Si durante el Período de Gracia llegan 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 13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD / ELEGIBILIDAD**

La persona que ostente la calidad de Asegurado Principal de esta póliza deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:

1. Ser persona física con capacidad jurídica y mental para contratar.
2. Completar el Certificado de Cobertura.

### **Cláusula 14. BENEFICIARIOS**

El beneficio de pago de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura de Fallecimiento por Causa Accidental de esta Póliza, será pagada a favor de los beneficiarios del Asegurado Principal de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

a) A los hijos, los padres y el 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. La indemnización se pagará de forma alícuota a todos los beneficiarios del Asegurado;

b) A falta de los beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos;

Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones  
Condiciones Generales Página 8 de 14

c) A falta de los beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos por parte de madre;

d) A falta de los beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos por parte de madre, los hermanos de los padres del Asegurado y los hermanos de la madre o del padre.

e) 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 un Evento que produzca el fallecimiento del Asegurado y que dicho Evento no esté excluido, la Compañía pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios registrados en esta Póliza, y 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, 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.

### **Cláusula 15. EXCLUSIONES**

Para todas las Coberturas objeto de esta Póliza se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado 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, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no. La anterior exclusión aplica únicamente si el Suicidio o Intento de Suicidio ocurren dentro del plazo de dos años a partir del perfeccionamiento del contrato. Para efectos de Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no, dicha exclusión aplicará en cualquier momento.

b. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.

Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones  
Condiciones Generales Página 9 de 14

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, motos de cualquier cilindraje, cuatriciclos, Jet-ski o motos de agua o de nieve, planeadores, aeronaves deportivas incluyendo globos aerostáticos, esquí acuático o sobre nieve, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, windsurf, snowboard,

buceo, toreo, boxeo, rugby o futbol americano, aladeltismo, parapente, paracaidismo, 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.

h. La práctica o participación del Asegurado en cualquier disciplina deportiva a nivel profesional.

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

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.

i. O como consecuencia de ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, delirium tremes o enajenación mental, enfermedad del sueño o sonambulismo. 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.

Igualmente, para la Cobertura para Gastos Odontológicos de la presente Póliza se establecen como exclusiones: Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 10 de 14

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.

#### **Cláusula 16. NULIDAD DE LA PÓLIZA**

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, 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. Si la falsedad, inexactitud o reticencia proviene del Asegurado o sus representantes, la Compañía tiene derecho a retener las Primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio. Cuando hubiere muto engaño, el Asegurado sólo tendrá derecho a recibir las primas no devengadas. Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá de conformidad con lo que establecen los incisos a), b) y c) del artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En cualquier caso que aplique la devolución de las primas pagadas al Asegurado, la Compañía deberá devolverlas en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir del momento en que se dio el conocimiento de la falsedad o inexactitud.

#### **Cláusula 17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LAS COBERTURAS**

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a. A Solicitud expresa y por escrito del Asegurado Principal o Tomador del seguro al menos treinta (30) días naturales 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;

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones  
Condiciones Generales Página 11 de 14

## **Cláusula 18. PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.**

Una vez transcurrido el Tiempo de Espera, el Asegurado estará en todo su derecho a utilizar los servicios odontológicos descritos en esta Póliza, para lo cual, y en todo caso, deberá solicitar una cita según el procedimiento que se describe a continuación:

- i. El Asegurado deberá comunicarse telefónicamente con el **Administrador de la Red de Servicios Odontológicos** al **teléfono +(506) 2289-0918** en Costa Rica para programar una cita.
- ii. El operador solicitará el número de la Póliza y el número de la cédula ó de identificación del Asegurado.
- iii. El operador realizará algunas preguntas básicas al Asegurado sobre la razón que lo llevó a solicitar la consulta odontológica, y determinará en forma preliminar si se trata de una Emergencia o Urgencia Odontológica o si requiere la atención de un Odontólogo especialista.
- iv. El operador propondrá al Asegurado uno o varios Odontólogos adscritos a la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía según su ubicación, disponibilidad y horario, y el Asegurado será quien decida el nombre del Odontólogo de su preferencia.
- v. El Asegurado deberá presentarse a la hora acordada en el consultorio del Odontólogo adscritos a la Red de Servicios Odontológicos según las indicaciones del operador.
- vi. Cuando el Asegurado asista a la cita odontológica programada deberá presentar su cédula de identidad e indicar el número de la póliza.
- vii. En el consultorio, el Odontólogo realizará al Asegurado una valoración y determinará si se trata de una urgencia o no, y el tipo de tratamiento que requiere. El Odontólogo podrá tomar fotografías de la situación clínica del paciente y radiografías si así se requiere, para completar el diagnóstico.
- viii. Por razones de seguridad para el asegurado, **los Odontólogos que forman parte de la Red de Servicios Odontológicos NO ATENDERÁN al Asegurado que se presente a la cita bajo los efectos del alcohol o alguna droga enervante y/o estupefaciente.**
- ix. La cita de Emergencia o Urgencia Odontológica a consiste en la atención del alivio del dolor, inflamación o sangrado abundante, por lo que, si el Asegurado requiere de tratamientos que no están contenidos en el plan contratado, el Odontólogo le podrá brindar, en caso que esté disponible, un precio preferencial, el cual deberá ser cancelado en un 100% por el Asegurado.
- x. Si durante la consulta, el Odontólogo confirma que se trata de una dolencia odontológica amparada por la presente Póliza, le realizará el tratamiento correspondiente previa la cancelación del respectivo copago por parte del Asegurado y si el Plan así lo contempla.

## **Cláusula 19. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.**

### **1. En caso de fallecimiento por causa 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.

Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones  
Condiciones Generales Página 12 de 14

**2. PARA LA COBERTURA DE GASTOS ODONTOLÓGICOS.** 1. El formulario de Reclamación suministrado por la Compañía; 2. Resumen de la atención odontológica prestada donde conste: 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. 3. Radiografía periapical de los dientes afectados. 4. 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; 5. Solicitud escrita del reembolso firmada por el Asegurado, **indicando claramente el código o número de autorización** asignado en su momento por el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía. 6. Copia de la cédula u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado.

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 naturales, contados a partir de la presentación y radicación en La Compañía de los siguientes documentos necesarios para su legalización: 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. 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 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.

#### **Cláusula 20. PLAZO DE RESOLUCIÓN**

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora 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: “PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO”.

#### **Cláusula 21. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO**

**Declinación:** En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado o al(los) Beneficiario(s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

**Revisión:** El Asegurado o el(los) Beneficiario(s) puede(n) solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

En caso que el Asegurado o Beneficiarios estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o Beneficiario, según corresponda. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecido en la presente póliza. Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 13 de 14

## **Cláusula 22. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO**

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones. El Tomador pagará la Prima en moneda nacional de la República de Costa Rica.

## **Cláusula 23. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La información que sea suministrada a la compañía por el asegurado o su representante, 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 24. TRASPASO O CESIÓN**

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

## **Cláusula 25. PRESCRIPCIÓN**

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

## **Cláusula 26. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Asegurado o su Representante 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 Asegurado o su Representante. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Asegurado, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

## **Cláusula 27. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Asegurado Principal en el Certificado de Cobertura, o en su defecto la última reportada a la Compañía.

## **Cláusula 28. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Asegurado en el Certificado de Cobertura o la última recibida por la Compañía. 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 notificados por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o.

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 29. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta Póliza, la Compañía, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Tomador. Seguro Autoexpedible de Gastos Odontológicos Acci-Dental en Colones Condiciones Generales Página 14 de 14

### **Cláusula 30. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES**

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Asegurado, 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 Asegurado, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Operador de Seguros Autoexpedibles, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de esta Póliza.

### **Cláusula 31. 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 32. 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, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

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-A07-487 de fecha 20/11/2013 a las 12:00:00 a.m..