

Sagícor Costa Rica SCR Sociedad Anónima

COLECTIVO DENTAL-VISION COLONES

**Código de producto: P20-64-A12-592
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 30-abr-15

Fecha de registro solicitud de seguro: 14-jul-15

Seguro Colectivo DENTAL-VISIÓN Colones

ASEGURADORA SAGICOR COSTA RICA S.A. (denominada en adelante “la Compañía”), es una Aseguradora registrada bajo la cédula jurídica 3-101-640739 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, que expide esta póliza de seguro. La misma regirá por las cláusulas detalladas a continuación en este Contrato de Seguro.

SECCIÓN I - Condiciones Iniciales

Artículo 1 - Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes condiciones generales, la solicitud del Tomador, los cuestionarios anexos a esta, las Condiciones Particulares, la adenda que se adicione a esta y cualquier declaración del Tomador o Asegurado.

Artículo 2 - Definiciones

Año Póliza: El período comprendido entre las 12:00 de la noche en la Fecha de Vigencia hasta las 12:00 de la noche del último día del año de la póliza. Cada período subsiguiente de 12 meses contados a partir del aniversario de la póliza se considerará como un año de la póliza. Todo lo anterior conforme se especifica en las Condiciones Particulares para el Tomador y en el Certificado de Seguro para el Asegurado individual.

Asegurado Titular: Persona física, cubierta bajo esta póliza, que se afilia o se adhiere a la póliza colectiva al contar con características comunes con los demás miembros.

Asegurado Familiar: Se entiende como la familia inmediata del Asegurado Titular, a saber, cónyuge e hijos del Asegurado Titular, que consten en la solicitud de inclusión y/o en el Certificado de Seguro, y que reciben beneficios como parte y dentro de los límites de cobertura del Asegurado Titular.

Consulta Diagnóstica Oftalmológica: Es donde el Oftalmólogo especialista obtiene la información clara, precisa, detallada y ordenada de los signos y síntomas que presenta el paciente Asegurado. Comprende la realización de la Historia Clínica, lo cual incluye el interrogatorio respectivo al paciente, a fin de obtener la

información necesaria para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Examen Clínico Odontológico: Es donde el odontólogo especialista determina el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Examen Clínico Oftalmológico: Procedimiento médico-oftalmológico mediante el cual el profesional de la Oftalmología podrá obtener la información necesaria para el diagnóstico y plan de tratamiento, en caso de que se requiera. El Examen Clínico comprenderá los estudios que a continuación se describen: (i) Estudios de la Agudeza Visual: Es una prueba que se utiliza para determinar las letras más pequeñas que una persona puede leer en una tabla o tarjeta estandarizada sostenida a una distancia de 6 m y 30 cm; (ii) Balance de los Movimientos Oculares: Permiten diagnosticar patologías como el estrabismo, nistagmus, entre otras; (iii) Discriminación de Colores: Es un método para determinar la discriminación de colores básicamente para el rojo y verde, descarta alteraciones hereditarias, retíales y maculares básicamente; (iv) Toma de la Presión Intraocular: Con el Tonómetro de elección se tomara la Presión Intraocular de cada ojo. Se utiliza los tonómetros Tonopen, Perkins, Aire, o cualquier otro. Es expresada en milímetros de Mercurio (mmHg); (v) Gonioscopía: Es un método diagnóstico que nos sirve para valorar la profundidad y forma del ángulo de la cámara anterior con ayuda de la lámpara de hendidura y lentes accesorios especiales (goniolentes); (vi) Fondo de Ojo: Consiste en examinar con un oftalmoscopio la retina, especialmente los vasos sanguíneos, la entrada del nervio óptico, la periferia, área macular y alteraciones mismas que pueden encontrarse en la retina (pigmentaciones, exudados, sangramientos); (vii) Refracción Pre y Post Cicloplejía: a. Refracción Ocular: Es la refracción de la luz por los medios del ojo normal, de la que resulta la convergencia de los rayos en la retina. b. La Cicloplejía es la parálisis del músculo ciliar y consecutivamente de la acomodación en el ojo, inducida por algunos fármacos oftálmicos para facilitar la

exploración del ojo. c.Refracción Pre Ciclopléjica: La cual determina si el paciente necesita o no de algún tipo de correctivo para mejorar su agudeza visual o lograr ver, según el total de su potencial visual con algún tipo de correctivos.

Grupo Asegurado: Grupo que incluye la totalidad de personas físicas que, al ser aceptadas por la Compañía, son Asegurados que cuentan con cobertura vigente bajo esta póliza colectiva.

Prima: El precio que debe pagar, ya sea el Tomador o Asegurado, por la cobertura de riesgo que se asume.

Red de Proveedores: Centros, Consultorios, Odontólogos y Oftalmólogos con los cuales la Compañía ha establecido convenios comerciales para la prestación de los servicios amparados en esta póliza. La red de proveedores podrá ser consultada en www.sagicor.cr.

Tomador: Persona jurídica o física que suscribe esta póliza en representación del Grupo Asegurado sobre el que cuenta con un interés asegurable al contar con características comunes. El tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

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

Urgencia Oftalmológica: Cualquier ocasión inesperada que amerita consulta oftalmológica paliativa o urgente y que origine servicios amparados para la evaluación de síntomas como irritación, ardor, lagrimeo o enrojecimiento ocular la cual será atendida mediante una Consulta Diagnóstica. Tal Consulta Diagnóstica podrá ser: Diurna (atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo dentro del horario de trabajo fijado por el respectivo profesional) o Nocturna (atendida vía telefónica por un médico oftalmólogo).

Vicios de Refracción Oftalmológica: es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos córnea y cristalino y el largo axial de ojo (diámetro antero posterior), o una falta de acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que

pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía, astigmatismo y presbicia.

Artículo 3 - Modalidad de contratación

Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro contratado por cuenta de un tercero y cuenta con la posibilidad de contratarse bajo las siguientes modalidades:

- ☞ Contributiva: donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- ☞ No-contributiva: donde el Tomador paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares.

Artículo 4 - Prima

En caso del pago de la modalidad no-contributiva la prima es exigible al Tomador, mientras que en caso de la modalidad contributiva la prima es exigible al Tomador, pero los Asegurados contribuirán para dicha prima en el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares. En ambos casos, la prima se determina multiplicando la tasa de cada Asegurado Individual por el número de miembros del seguro colectivo conforme establecida en las Condiciones Particulares. La tasa dependerá del monto de copago elegido y de la totalidad de miembros a asegurar en el plan colectivo. El importe de la prima a pagar se detalla en la Solicitud y en el Certificado de Seguro respectivo.

Frecuencia y cambios en las primas

Las primas podrán pagarse y se facturarán de forma anual o bien de forma fraccionada mensual, trimestral, semestral o anual, según elegido por el Tomador y estipulado en las Condiciones Particulares. Las primas deberán necesariamente ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato. No se aplicará ningún recargo por fraccionamiento de primas.

A partir del primer año de póliza y de previo a su renovación, la Compañía tiene derecho a ajustar las tasas de las primas y/o los montos de copago estipulados en el Anexo I, para lo cual brindará una notificación de 30 días calendario de antelación.

Artículo 5 - Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de presentación del reclamo, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro. En consecuencia, este seguro sólo cubrirá los reclamos que sean presentados por el Asegurado dentro de la vigencia de la Póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido también durante la vigencia del contrato. Única y exclusivamente para siniestros que hayan acaecido durante los últimos treinta días calendario anteriores al vencimiento de la vigencia de la póliza, el Asegurado contará con un período de gracia excepcional de un máximo de diez días calendario posteriores al vencimiento de la póliza para la presentación del reclamo respectivo. Este período de gracia no será aplicable bajo ningún otro supuesto.

Artículo 6- Obligaciones del Tomador

Registro de los Asegurados

El Tomador debe mantener un registro completo de los Asegurados miembros del Grupo Asegurado de donde se pueda deducir la edad del asegurado, el esquema de copago vigente en cualquier momento y el número total de asegurados al final del mes, según se estipula en el Artículo 33 - Registro e informes del Tomador.

El Tomador no es un agente para la Compañía, y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

Artículo 7 - Suma asegurada

Para la presente póliza no se establece una suma asegurada individual, ni para el grupo familiar, ya que, el mismo será el costo de cada procedimiento y/o tratamiento establecido en la Red de Proveedores deduciendo el copago correspondiente si aplicara.

Artículo 8 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro de cada Asegurado Titular se hace efectivo a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguro respectivos.

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en las Condiciones Particulares. Se renovará según el Artículo 12 en cada año póliza.

Artículo 9 - Requisitos de inclusión de Asegurados

Los Asegurados individuales, que deseen ser incluidos en esta póliza deben presentar un comprobante de edad junto con la debida Solicitud de Inclusión. La edad podrá ser demostrada a través del certificado de nacimiento, cédula de identificación o pasaporte del Asegurado. En caso de la contratación no contributiva el Tomador podrá incluir Asegurados Individuales directamente en los Informes que envía.

Artículo 10 - Certificado de Cobertura

La Compañía será responsable de proporcionar al Asegurado un Certificado de Cobertura con la información correspondiente del aseguramiento y de la póliza colectiva, conforme establecido por la Regulación y Normativa vigente.

El Certificado de Cobertura podrá ser entregado al Asegurado por medio del Tomador.

Adicionalmente el Asegurado podrá solicitar que se le entregue copia de las Condiciones Generales y Particulares que integran este seguro.

Artículo 11 - Terminación de la póliza colectiva

En adición a los casos de terminación anticipada que permite la ley, el Tomador podrá terminar anticipadamente esta póliza por medio de un aviso con 30 días calendario de anticipación.

Será condición y requisito absolutamente indispensable para dicha terminación anticipada, que el Tomador brinde adicionalmente un preaviso a la Compañía con al menos 45 días calendario de anticipación, a fin de que la Compañía proceda a informar de dicha solicitud a los Asegurados mediante comunicado, a efecto que sus intereses no se vean afectados. El Tomador deberá brindar toda colaboración requerida por la Compañía para proceder con este comunicado; dicha colaboración no libera a la Compañía de responsabilidad ante omisiones que afecten al asegurado de buena fe.

Artículo 12 - Renovación de la póliza

La póliza se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza sujeta al pago de las primas requeridas. La Compañía pueda suspender temporal o permanentemente la inclusión de nuevos Asegurados Individuales en el Grupo Asegurado en el aniversario de la póliza, para lo cual deberá comunicar su decisión con al menos 30 días calendario de antelación a dicho aniversario.

La Compañía entregará un reporte, al menos 30 días naturales antes al vencimiento anual, detallando los Asegurados Titulares y Familiares, con la finalidad de que el Tomador verifique y aprueba dicha información previo a la renovación.

Artículo 13 - Período de gracia

Se permitirá un período de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas vencidas durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

Artículo 14 - Terminación de cobertura de Asegurados

En relación a los Asegurados que sean incluidos en la póliza colectiva se dará por terminada la cobertura de forma inmediata cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

☞ Si por alguna razón acreditable la característica común que comparte con el Grupo Asegurado dejaré de existir.

☞ Tras la cancelación de la póliza colectiva por parte del Tomador o por parte de la Compañía en caso de incumplimiento por parte del Tomador según lo estipulado en esta póliza.

SECCIÓN II - Coberturas

El Asegurado y/o sus Asegurados Familiares podrán hacer uso de los servicios que a continuación se describen, sujeto a los límites de cobertura y condiciones contratadas por el Tomador.

Artículo 15 - Cobertura Dental: Asistencia Odontológica

Sujeto a los límites, condiciones, y exclusiones de esta póliza, la Compañía proporcionará, a través de su Red de Proveedores, los siguientes servicios nombrados al Asegurado y a los Asegurados Familiares:

- a. Medicina Bucal: examen clínico de emergencia; Examen Clínico Odontológico, limitado hasta dos exámenes por año póliza.
- b. Periodoncia y Prevención:
 - ☞ Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido), limitado hasta dos veces por año póliza.
 - ☞ Aplicación Tópica de Flúor, limitado a una vez por año póliza para jóvenes menores de 19 años de edad.
 - ☞ Radiografía de juego completo, limitado a una vez cada 36 meses.
 - ☞ Radiografía de mordida: limitado a dos veces por año póliza.
 - ☞ Radiografía de periapicales individuales y coronales según sean requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- c. Restauradora y Operatoria: Amalgamas, Resinas y Ionómeros de Vidrios en dientes anteriores y posteriores.
- d. Endodoncia: Lesiones pulpares, tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multirradiculares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capiuelos, Apicectomías.
- e. Periodoncia: Gingivectomía, cirugía ósea, ajuste oclusal (limitado y completo), raspados y alisados radiculares.
- f. Cirugía Bucal: exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y temporales.
- g. Emergencias: tratamiento inicial y medicación en los casos de:
 - ☞ Emergencias Endodónticas: eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
 - ☞ Emergencias Periodontales: curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.

- § **Emergencias Protésicas:** reparaciones o recementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales, postizas o puentes, realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica; Remoción parcial o total de Dentaduras postizas una vez cada 24 meses.
- h. Prostodoncia; Coronas Temporales en acrílico y definitivas en metal porcelana.
- i. Asistencia odontológica Internacional de emergencia en los siguientes países: Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Panamá, Guatemala e Italia.

Forma de cobertura: la cobertura de los servicios antes nombrados no opera por reembolso, de forma tal que la Compañía será quien cubra el costo de cada especialista de su Red de Proveedores, salvo por el copago que aplicara según establecido en el artículo 19 de estas Condiciones Generales.

Condiciones de Cobertura

- § Reconoce preexistencias y no aplican lapsos de espera.
- § Únicamente podrá utilizarse la red de proveedores establecida por la Compañía.
- § Los Copagos son por pieza dental y/o tratamiento según corresponda. El asegurado podrá, en una misma sesión utilizar varios servicios pagando la sumatoria de copagos correspondiente.

Exclusiones específicas: Esta cobertura no ampara:

- a) **Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en esta cobertura.**
- b) **Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes.**
- c) **Anestesia general o sedación en niños y adultos.**
- d) **Defectos físicos.**
- e) **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) **Radioterapia o Quimioterapia.**
- g) **Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica.**

- h) **Medicamentos o tratamientos posteriores a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- i) **Cualquier otro tratamiento no contemplado en esta cobertura.**
- j) **Cualquier tratamiento o servicio brindado por un tercero ajeno a la Red de Proveedores.**

Artículo 16 - Cobertura Visión: Asistencia Oftalmológica.

Sujeto a los límites, condiciones, y exclusiones de esta póliza, la Compañía proporcionará, a través de su Red de Proveedores, los siguientes servicios nombrados al Asegurado y a los Asegurados Familiares:

- a. **Examen Clínico Oftalmológico:** limitado hasta una vez por año póliza.
- b. Atención en Emergencias Oftalmológicas.
- c. Lentes: Como parte de la cobertura, previo requerimiento, se brindará un (1) par de lentes al año, médicamente prescritos, sean monofocales, bifocales, rifocales, lenticular o de Contacto, **sujeto a un costo máximo de Setenta y Cinco Mil Colones.** No obstante el lente de contacto, solo procederá en casos donde la agudeza visual no se pueda mejorar a 20/70 en el mejor ojo del paciente, o bien donde el tratamiento de condiciones como el queratocono o anisometropía requiera el uso de los mismos, posterior a cirugía de cataratas.

Forma de cobertura: la cobertura de los servicios antes nombrados no opera por reembolso, de forma tal que la Compañía será quien cubra el costo de cada especialista de la Red de Proveedores, salvo por el copago que aplicara según establecido en el artículo 19 de estas Condiciones Generales.

Condiciones de Cobertura

- § Reconoce preexistencias y no aplican lapsos de espera.
- § Se establece un tope máximo de ₡75.000 para lentes o monturas.
- § Todos los gastos incurridos para lentes deben ser médicamente prescritos e indicados por un oftalmólogo de acuerdo a diagnóstico inicial.
- § Únicamente podrá utilizarse la red de proveedores establecida por la Compañía.

§ Los Copagos son por tratamiento según corresponda. El asegurado podrá en una misma sesión utilizar varios servicios pagando la sumatoria de copagos correspondiente.

Exclusiones específicas: Esta cobertura no ampara:

- a) Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en esta cobertura.
- b) Anestesia general o sedación.
- c) Cirugías Láser o de cualquier otro tipo.
- d) Estudios Histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
- e) Procedimientos quirúrgicos, prótesis y/o restauraciones, y sus materiales.
- f) Cualquier tipo de medicamento y/o tratamiento ambulatorio utilizado en la consulta, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.
- g) Costos por monturas o lentes en exceso del monto máximo antes establecido.
- h) Monturas y/o lentes de protección solar.
- i) Reposición de Monturas o lentes rotos o extraviados.
- j) Cualquier tratamiento o servicio brindado por un tercero ajeno a la Red de Proveedores.

Artículo 17 – Exclusiones generales

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

- a) Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas que no estén estipuladas en el presente contrato.
- b) La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad cubierta por esta póliza.
- c) Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud y/o legalmente establecidas.
- d) Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
- e) El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico especialista acreditado.

f) La ceguera causada por glaucoma diagnosticado y no tratado.

g) La responsabilidad civil por mal praxis, dolo, negligencia y/o impericia por un tratamiento mal efectuado por el médico tratante.

SECCIÓN III - Reclamos

Artículo 18 - Procesamiento de asistencias y reclamos

Quando se requiera alguno de los servicios amparados bajo las coberturas de la presente póliza, sea por razones preventivas o por razón de emergencia, el Asegurado solicitará a la Compañía por medio del centro de llamadas de la red de proveedores, la asistencia correspondiente, llamando al número telefónico designado 800-744-6227. Se aclara que para tramitar una o más asistencias no se requerirá una orden médica previa.

La Compañía, por medio de su centro de llamadas solicitará al Asegurado le brinde la información necesaria para identificarlo en la base de datos y para tal efecto, el solicitante deberá indicar, además del tipo de servicio que requiera, los siguientes datos: (i) Nombre y apellidos del Asegurado o del Asegurado Familiar que corresponda, (ii) Número de identificación del Asegurado.

La Compañía pondrá en contacto al Asegurado con un especialista de su Red de Proveedores, a fin que se le brinde una cita al Asegurado para recibir la asistencia requerida, sujeto a los horarios y disponibilidad de dichos especialistas.

Los asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el especialista respectivo, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.

Artículo 19– Copagos

La prestación de los servicios de asistencia amparados en las coberturas antes indicadas, está sujeta al copago por pieza dental y/o tratamiento según corresponda, pudiendo sumarse varios copagos, en una misma visita o en un cronograma de tratamiento, realizada con el

médico tratante, por parte del Asegurado al especialista tratante de la Red de Proveedores.

Las sumas aplicables de copago se detallan en el Anexo I de estas Condiciones Generales, y el esquema de Copago elegido, sea el esquema Standard o el esquema Premium, constará en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro respectivo.

La falta de pago del copago aplicable por parte del asegurado será causa para denegar la prestación de la asistencia requerida.

Artículo 20 – Presentación de reclamos

En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con el rechazo de una solicitud de asistencia, sea por encontrarse en una de las exclusiones de la presente póliza, falta de copago, o cualquier otra razón conforme a estas Condiciones Generales, o con cualquier otro acto de la Compañía o sus proveedores, el Asegurado podrá presentar un reclamo en la Compañía o ante su instancia de atención al consumidor de seguros, todo conforme al “Manual de Políticas y Procedimientos para la Atención de Avisos de Siniestro y Solicitudes de Indemnización” de la Compañía, disponible en www.sagicor.cr.

La Compañía resolverá todas las reclamaciones, quejas, y/o gestiones que sean presentadas, en los plazos establecidos en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Sección IV - Condiciones Finales

Artículo 21 - Legislación

Esta póliza se rige por las disposiciones de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, y de forma supletoria y en lo que resulte aplicable por el Código de Comercio y el Código Civil de la República de Costa Rica.

Artículo 22 - Jurisdicción y arbitraje

En caso de reclamos o disputas, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de San José, Costa Rica. No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje

será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).

De igual forma, y por común acuerdo, las partes podrán designar otro árbitro o centro de arbitraje que consideren adecuado. El árbitro tendrá la facultad de obtener la opinión de los expertos que estime conveniente sobre cualquier asunto o cuestión que se determine.

Artículo 23 - Carencia

Se establece un período de carencia de un mes a partir de la emisión de la póliza, plazo durante el cual las coberturas de la póliza no operan.

Artículo 24 – Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza

Artículo 25 - Valoración por peritos

Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del monto de la indemnización, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes siguiendo las condiciones estipuladas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Artículo 26 - Declaraciones falsas o fraudulentas

Se extinguirá la obligación de indemnizar por parte de la Compañía si se demuestran declaraciones falsas o fraudulentas realizadas por el Asegurado, con dolo o culpa grave, cuando tal declaración le hubiera dado derecho a La Compañía a excluir, restringir o reducir esa obligación de conformidad con la Póliza. En caso de

reticencia o falsedad por parte del Tomador en la declaración del riesgo se procederá conforme al artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 27 - Cesión del contrato

El Tomador ni el Asegurado podrán ceder este contrato de seguro.

Artículo 28 - Modificaciones a la Póliza

La modificación de la Póliza no será efectiva sin la firma del Representante Legal de la Compañía. El Asegurado podrá solicitar las modificaciones de datos personales en el momento que lo desee, mediante comunicación a la Compañía.

Artículo 29 - Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a la Compañía deberán realizarse por escrito y enviadas directamente a las oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José, fax 2208-8817, correo electrónico reclamos@sagicor.com

En el caso de que la notificación sea enviada por el Asegurado Individual, éste podrá hacerlo a través de las oficinas del Tomador.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Tomador y/o al Asegurado Individual se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como fax, correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza.

En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio de notificación a ser utilizado, el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía, quien confirmará la recepción de tal cambio y lo registrará en el sistema ya que, de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas en la Póliza se tendrá como válida.

Artículo 30 - Prescripción

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

Artículo 31 - Legitimación de capitales

El Tomador del seguro se compromete con La Compañía a brindar información veraz y verificable, a efecto de completar el formulario 'Conozca su Cliente'. Asimismo se compromete a realizar la actuación de los datos contenidos en dicho efecto cuando la Compañía solicite su colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza en caso que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Tomador del seguro dentro de los 30 días siguientes contabilizados a partir de la cancelación de la póliza.

Artículo 32 - Confidencialidad de la información

La información que sea suministrada en virtud de suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho de intimidad y confidencialidad, salvo manifestación expresa del Tomador y/o Asegurado que indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial competente.

Artículo 33 - Registro e informes del Tomador

El Tomador deberá mantener un registro completo de todos los miembros Asegurados que son incluidos a esta póliza. Este registro incluye:

- a) La edad de cada miembro Asegurado.
- b) Los informes se proporcionan junto con las primas en la fecha de pago de la prima cada mes detallando:
- c) Nombre, identificación, esquema de copago (si aplica) por cobertura de los Asegurados.
- d) El número total de miembros Asegurados a final de mes.

Artículo 34 - Delimitación geográfica

Salvo por las extensiones internacionales por emergencia, indicadas el Artículo 15- Cobertura Dental: Asistencia Odontológica, esta póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran dentro de los

límites geográficos de la República de Costa Rica y la totalidad de servicios se brindarán únicamente en la República de Costa Rica, a través de la Red de Proveedores.

Artículo 35 - Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Colones, moneda oficial de Costa Rica. Toda indemnización se realizará en Colones, moneda oficial de Costa Rica.

Artículo 36 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número PXX-XX-XXX-XXX de fecha __ de _____ del 2014.

Representante Legal
Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A.

Anexo I
Deducibles y Copagos

En caso de requerirse alguno de los siguientes tratamientos odontológicos y/o oftalmológicos bajo las coberturas de esta Póliza, el Asegurado o el Asegurado Familiar deberá cancelar directamente al médico tratante de la Red de Proveedores un monto de copago para cada tratamiento, de acuerdo a las dos opciones de esquemas siguientes, según conste dicha opción en las Condiciones Particulares de la póliza:

Descripción	Copago Esquema Premium	Copago Esquema Standard
Cobertura Odontológica		
Historia Clínica	¢ 4.000	¢6.000
Tartrectomía Simple (limpieza)	¢4.000	¢6.000
Profilaxis (Pulido)	¢4.000	¢6.000
Amalgama en dientes posteriores (1, 2 y 3 caras)	¢4.000	¢6.000
Resina en dientes anteriores (Clase I, III, IV / 1,2 y 3 Caras)	¢6.000	¢9.000
Vidrio Ionomérico (Cuellos de los dientes)	¢4.000	¢4.000
Sellantes de Fosas y Fisuras	¢4.000	¢4.000
Aplicación Tópica de Flúor	¢4.000	¢4.000
Exodoncia simple	¢4.000	¢6.000
Emergencias	¢ 0	¢ 0
Rx periapicales tomadas en consultorio	¢4.000	¢6.000
Endodoncia Monorradicular	¢20.000	¢30.000
Endodoncia Birradicular	¢24.000	¢36.000
Endodoncia Multi radicular	¢30.000	¢45.000
Pulpotomías	¢4.000	¢6.000
Juego Completo de Radiografías de Diagnóstico	¢20.000	¢30.000
Juego de Radiografías Dos Aletas	¢4.000	¢6.000
Juego de Radiografías Cuatro Aletas	¢4.000	¢6.000
Restauración final en Corona de Metal Porcelana (Anteriores y Posteriores)	¢50.000	¢75.000
Restauración de Corona Temporal	¢4.000	¢6.000
Apicectomía (como procedimiento quirúrgico individual o en conjunto con procedimiento endodóntico)	¢50.000	¢75.000
Gingivectomía o Gingivoplastia	¢20.000	¢30.000
Curetaje Gingival	¢50.000	¢75.000
Cirugía Osea (incluyendo entrada y cierre del colgajo)	¢50.000	¢75.000
Ajuste Oclusal limitado	¢10.000	¢15.000
Ajuste Oclusal completo	¢20.000	¢30.000
Raspado y Alisado Radicular (por cuadrante)	¢50.000	¢75.000
Reposición de Diente Adicional en Prótesis	¢4.000	¢6.000
Reparación de prótesis o diente fracturado, adición de diente a prótesis parcial posterior a extracción.	¢50.000	¢75.000
Remoción parcial o total de Dentaduras Postizas	¢50.000	¢75.000
Oftalmológica		
Historia Clínica Completa de Diagnóstico (oftalmológico)	¢8.000	¢10.000

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

DENTAL - VISIÓN COLONES



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar y Fecha de Emisión:

Datos Generales del Tomador del Seguro		
Nombre Comercial:		
Razón Social:		Cedula Jurídica:
Fecha de Constitución:		Inicio de Actividades:
Domicilio	País:	Provincia:
	Cantón:	Distrito:
Dirección Exacta:		
Teléfono1:	Teléfono2:	Apartado postal
E-Mail / Pagina Web:		Fax:
Descripción y Características de la Actividad Incluyendo los Productos o Servicios Brindados:		

Datos del Seguro

Se asegura:	<input type="checkbox"/> Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> A favor de un tercero	
Vigencia Póliza:	Desde:	Hasta:	
Modalidad Póliza:	<input type="checkbox"/> No Contributiva	<input type="checkbox"/> Contributiva	Porcentaje:
Intermediario:			
Coberturas:	<input type="checkbox"/> A- Dental: Asistencia Odontológica	<input type="checkbox"/> B- Visión: Asistencia Oftalmológica	
Forma de Pago:	Prima: (según forma de pago)		

Datos Generales del Grupo a Asegurar

Cantidad de Asegurados Individuales:	Esquema de Copago:	*Elegido por el Tomador
Asegurados Dependientes: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad Total Asegurados Dependientes:	
Distribucion de Asegurados Dependientes		
Cantidad Asegurado Individual + 1:	Esquema de Copago:	*Elegido por el Tomador
Cantidad Asegurado + Familia:	Esquema de Copago:	*Elegido por el Tomador

Proceso de análisis: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. En caso de duda, el Tomador y/o el solicitante puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente de la Compañía a los números indicados en este formulario.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

Por ende, declaro haber recibido previo al perfeccionamiento de este contrato, en fecha _____ toda la información sobre las condiciones, coberturas, exclusiones, costos y demás términos establecidos en las Condiciones Generales del seguro, con los cuales expreso estar en total acuerdo.

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación para el trámite de siniestro puede contactar con la Aseguradora Sagicor Costa Rica, S. A. al teléfono 4080-5200, página web www.sagicor.cr o con su Intermediario de Seguros.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número **P20-64-A12-592 de fecha de 16 de Enero de 2015.**

Nombre del Representante Legal
Representante Legal
Nombre Empresa

Nombre del Intemediario
Código de Intemediación
Nombre de la Compañía

SOLICITUD DE INCLUSIÓN SEGURO COLECTIVO

COLECTIVO DENTAL - VISION COLONES



Este documento sólo constituye una solicitud de seguro por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. El suscrito solicitante declara tener pleno conocimiento que las coberturas ofrecidas por este seguro pueden ser contratadas por su propia cuenta, a través de cualquier aseguradora o intermediario de seguros debidamente registrado ante la SUGESE y, por ende autoriza a la entidad financiera a incluirlo(a) en esta póliza colectiva.

Lugar y Fecha de Emisión:

Nombre del Tomador:

Número de Póliza:

Intermediario:

Fecha de Inclusión:

Cédula Jurídica:

Datos Personales del Asegurado		
Nombre:	1 ^{er} Apellido:	2 ^{do} Apellido:
Nº de Identificación:	Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono 1:	Fax o Apdo.:	
Teléfono 2:	Email:	
Domicilio	País:	Provincia:
	Cantón:	Distrito:
Dirección Exacta:		
Datos de los Asegurados Dependientes		
Vigencia Póliza:	Desde:	Hasta:
Modalidad Póliza:	<input type="checkbox"/> No Contributiva <input type="checkbox"/> Contributiva	Porcentaje:
Coberturas:	<input type="checkbox"/> A- Dental: Asistencia Odontológica <input type="checkbox"/> B- Visión: Asistencia Oftalmológica	
Prima:	Esquema Copago:	Standard
Cantidad de Asegurados Dependientes		
Nombre:	Nº Identificación:	
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Edad
Nombre:	Nº Identificación:	
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Edad
Nombre:	Nº Identificación:	
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Edad

Proceso de análisis: La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses. En caso de duda, el Tomador y/o el solicitante puede contactar al Departamento de Servicio al Cliente de la Compañía a los números indicados en este formulario.

El suscrito solicitante declara tener pleno conocimiento que las coberturas ofrecidas por este seguro pueden ser contratadas por su propia cuenta, a través de cualquier aseguradora o intermediario de seguros debidamente registrado ante la SUGESE y, por ende autoriza a la entidad financiera a incluirlo(a) en esta póliza colectiva.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

Por ende, declaro haber recibido previo al perfeccionamiento de este contrato, en fecha _____ toda la información sobre las condiciones, coberturas, exclusiones, costos y demás términos establecidos en las Condiciones Generales del seguro, con los cuales expreso estar en total acuerdo.

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación para el trámite de siniestro puede contactar con la Aseguradora Sagicor Costa Rica, S. A. al teléfono 4080-5200, página web www.sagicor.cr o con su Intermediario de Seguros.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número **P20-64-A12-592 de fecha de 16 de Enero de 2015.**

Firma del Solicitante

Número de Identificación