



# Seguro de Salud Odontológico



CONDICIONES GENERALES SEGURO DE SALUD ODONTOLÓGICO  
Clientes Residenciales de Aguas de Manizales

## 1. AMPARO

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, PRESTARÁ, A TRAVÉS DE UNA RED DE PROVEEDORES, ÚNICAMENTE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS ENUMERADOS EN LA CLAUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE DOCUMENTO, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PLAN CONTRATADO Y PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

**PARÁGRAFO:** LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO ESTA SUJETA A LAS DEFINICIONES, ALCANCE, LIMITACIONES Y SUB-LÍMITES DE CADA SERVICIO ODONTOLÓGICO, PREVISTAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

**PARÁGRAFO:** LA INDEMNIZACIÓN OTORGADA POR EL PRESENTE SEGURO SE EFECTUARÁ SIEMPRE MEDIANTE EL PAGO DIRECTO A LA RED DE PROVEEDORES DE LA COMPAÑÍA, SALVO EN LOS CASOS DE FUERZA MAYOR DONDE LA COMPAÑÍA PODRÁ RECONOCER AL ASEGURADO UNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA SEXTA DEL PRESENTE DOCUMENTO.

## 2. COBERTURAS

### 2.1. ATENCIÓN PRIORITARIA

Cubre las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten la cavidad oral tejidos duros y blandos de cabeza y cavidad oral, causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata. Estos eventos incluyen, hemorragias post quirúrgicas o post traumáticas, avulsiones (expulsión total del diente a consecuencia de un trauma) y luxaciones dentales, (cambio de posición o movimiento de un diente a consecuencia de un trauma) drenaje de abscesos de origen periodontal (afección de tejidos de soporte del diente) y otros. En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos (espacios virtuales entre nervios y músculos) solo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiere, para el manejo intrahospitalario de estos pacientes.

### 2.2. DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

Cubre los procedimientos para prevenir las enfermedades orales y promover el auto cuidado de la salud oral. También se incluye la práctica de medidas destinadas a la prevención de la salud oral, tales como charlas individuales de motivación y concientización, control de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado y uso de seda dental. En pacientes pediátricos, además se incluyen instrucciones para el manejo de la dieta y efectos del azúcar en la salud oral y procedimientos terapéuticos tales como profilaxis (limpieza) y fluorizaciones. Se cubre la realización y evaluación clínica del estado de salud oral a través del odontólogo.

### 2.3. RADIOLOGÍA

Cubre las radiografías periapicales y/o oclusales preliminares que serán empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar, e igualmente las radiografías periapicales de control que serán utilizadas durante la realización de procedimientos de cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de la cobertura de este contrato. Las radiografías periapicales que cubre el plan son las necesarias para la ejecución y continuidad de tratamientos dentales.

### 2.4. RESTAURACIÓN (REPARACIÓN DE CARIES Y/O FRACTURAS DENTALES)

Cubre los procedimientos y medidas terapéuticas necesarias para la eliminación de la caries dental y posterior restauración de las cavidades resultantes mediante la aplicación de los biomateriales dentales indicados para cada evento. Está incluida la obturación (calzas) en resinas de foto polimerización y en amalgamas, previa realización de los copagos indicados en las condiciones de esta póliza.

En el evento de fracturas dentales se incluye la restauración mediante resinas compuestas de foto polimerización de los tejidos fracturados siempre y cuando el tamaño y la ubicación de la fractura permitan este tipo de restauración.

### 2.5. PERIODONCIA

Cubre los tratamientos para aliviar las afecciones de las encías y tejidos de sostén de los dientes; remoción de cálculos supragingivales (retiro de sarro o calculo dental por encima de la encía), remoción de cálculos subgingivales (retiro de sarro o calculo dental debajo de la encía), gingivectomías (extirpación de parte de la encía), operculectomías (extirpación de parte de la encía, normalmente ligado al proceso de erupción de cordales) previa realización de los copagos indicados en las condiciones de esta póliza.

### 2.6. CIRUGÍA ORAL

Cubre los procedimientos quirúrgicos que tiendan a aliviar disfunciones producidas por alteraciones de tipo anatómico, inflamatorio, neoplásico

(crecimiento anormal de tejido) o infeccioso. Incluye drenajes de abscesos intraorales, extracciones método cerrado o simple, extracción de terceros molares erupcionados, frenilectomía labial y lingual (corte de frenillo) y realización de biopsias. La extracción de dientes incluidos o sem incluid os tiene cobertura siempre y cuando no sea con fines ortodónticos, no incluye cordales previa realización de los copagos indicados en las condiciones de esta póliza.

### 2.7. ODONTOPEDIATRÍA

Cubre las prácticas para prevención de la caries dental en niños, tales como la educación y motivación, control de placa bacteriana, profilaxis, fluorización para menores de 15 años y aplicación de sellantes de fosetas y fisuras para menores de 12 años. Igualmente se incluyen algunas medidas terapéuticas para tratar las afecciones de origen traumático o infeccioso que se presenten en los dientes temporales que incluyen tratamientos de operatoria convencional (calzas).

### 2.8. ENDODONCIA

Cubre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del nervio dental y de la raíz Incluyendo el tratamiento convencional de (1) un conductos al año en dientes unirradiculares (una raíz), o birradiculares (dos raíces) y/o multirradiculares (tres raíces), previa realización de los copagos indicados en las condiciones de esta póliza.

### 2.9. REHABILITACIÓN

Cubre los procedimientos y medidas necesarias para restaurar o reemplazar una parte o la totalidad de la estructura dentaria, de un diente anterior, que ha sido perdida por un evento traumático ocurrido durante un accidente involuntario.

Incluye, implantes, coronas metal porcelana, pernos y/o núcleos siempre y cuando estos procedimientos estén indicados y su realización garantice un buen pronóstico. Están excluidas coronas en zirconio o provera y otros procedimientos de mayor complejidad. Es obligatorio que el accidente haya sido un evento traumático, involuntario y sin mediar ninguna otra responsabilidad del asegurado sobre el mismo, sin incluir accidentes causados por deportes extremos o heridas auto infligidas. Igualmente este accidente debe estar debidamente certificado por autoridad médica y/o policiva competente. Estos tratamientos únicamente aplican sobre dientes anteriores naturales previamente sanos que no haya recibo ningún tratamiento odontológico con anterioridad.

El valor máximo para esta cobertura por plan familiar será de diez millones de pesos (\$10'000.000).

Para el plan individual será de tres millones de pesos (\$3.000.000) para cada asegurado adicional será de dos millones quinientos mil pesos (\$2.500.000).

### 2.10. ORTODONCIA PREVENTIVA

Contempla los procedimientos y medidas terapéuticas que buscan mejorar la posición de los dientes en boca, a temprana edad, se incluye controles para ortodoncia preventiva (ortopedia). No incluye Aparatología y radiografías panorámicas.

## 3. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contempladas en el código de comercio, las coberturas indicadas no amparan los eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

**3.1.** Tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y/o cualquier cirugía reconstructiva dental.

**3.2.** Tratamientos originados en enfermedades mentales y/o lesiones sufridas por el asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.

**3.3.** Lesiones y/o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil, cuando el asegurado sea participe de éstas.

**3.4.** Fenómenos de la naturaleza tales como inundaciones, terremotos, aluviones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

**3.5.** Tratamientos o procedimientos que se requieran como consecuencia de la energía nuclear radioactiva.

**3.6.** Lesiones, accidentes o cualquier tipo de enfermedad derivada de la practica de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, laderismo, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.

**3.7.** Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.

**3.8.** Lesiones auto-infligidas y/o intento de suicidio.

**3.9.** Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios que se requieran como consecuencia o en virtud de la complicación de un tratamiento no amparado por la póliza.

**3.10.** Procedimientos que exijan hospitalización, anestesia general o atención domiciliaria.

**3.11.** Tratamientos experimentales, aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia odontológica, prótesis, implantes, rehabilitación oral, disfunciones de la articulación temporomandibular, servicios de ortodoncia y/o ortopedia funcional, servicios con metales preciosos y/o cualquier tipo de porcelanas o cerámica, odontología cosmética, que no hayan sido descritos en las coberturas.

**3.12.** Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos ala red establecida por la aseguradora.

**3.13.** Carillas para cambios 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 que no hayan sido descritos en las coberturas.

**3.14.** Procedimientos terapéuticos para tratar afecciones inflamatorias y traumáticas de origen endodóntico.

**3.15.** Otros procedimientos no descritos dentro de las coberturas del plan.

**3.16.** Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono de el tratamiento, por parte del asegurado. Se considera abandono cuando un asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.

#### 4. DESCRIPCIÓN, PERIODOS DE CARENCIA Y COPAGOS POR SERVICIO

ESPECIALIDAD	DESCRIPCIÓN	COBERTURA	CARENCIA (DIAS)
Atención prioritaria	Urgencias dentales	100 %	5
	Recepción Corona Desalojada	100 %	5
	Retiro de cuerpo extraño	100 %	5
	Curaciones –Cemento temporal	100 %	5
	Alivio de oclusión	100 %	5
	Sutura de tejidos bucales lacerados	100 %	5
	Ferulización por luxación dentaria	100 %	5
Diagnostico y prevención	Examen Clínico y Diagnostico	100 %	45
	Fase Higiénica (Profilaxis - 1 cada 6 meses)	100 %	45
	Biopsia sin laboratorio	100 %	45
	Radiografía oclusal	100 %	5
	Radiografía Periapicales (diagnóstico de diente sintomático)	100 %	5
Restauración Operatoria	Obturación amalgama 1 superficie (Por caries o fractura)	100 %	45
	Obturación amalgama 2 superficies (Por caries o fractura)	100 %	45
	Obturación amalgama 3 superficies (Por caries o fractura)	100 %	45
	Obturación amalgama 4 superficies (Por caries o fractura)	100 %	45
	Obturación en resina simple (Por caries o fractura)	Con copago	45
	Obturación en resina compuesta (Por caries o fractura)	Con copago	45
	Obturación en resina compleja (Por caries o fractura)	Con copago	45
Endodoncia	Tratamiento conductos uní, bi o multiradicular (1 al año)	Con copago	45
Periodoncia	Gingivectomía por arcada ( no incluye motivos estéticos)	100 %	45
	Tunelización de furca	100 %	45
	Drenaje absceso periodontal	100 %	45
	Operculectomía	100 %	45
	Cuña distal	100 %	45
	Remoción de cálculos supragingivales por cuadrante	Con copago	45
Cirugía oral	Reimplante dentario	100 %	45
	Drenaje absceso intraoral	100 %	45
	Frenilectomía labial	100 %	45
	Trasplante dentario (sin endodoncia)	100 %	45
	Exodoncia simple	100 %	45
	Exodoncia de remanentes radiculares	100 %	45
	Exodoncia con odontosección	100 %	45
	Exodoncia terceros molares erupcionados	100 %	45
	Cirugía método abierto (No incluye cordales)	100 %	45
	Escisión de Torus palatino	100 %	45
Remodelado óseo por arcada	100 %	45	
Odontopediatría	Exodoncia diente temporal	100 %	45
	Aplicación de Flúor (menores de 15 años- 1 cada 6 meses)	100 %	45
	Amalgamas en dientes temporales	100 %	45
	Resina en dientes temporales	100 %	45
	Sellantes de foseas y fisura (Menores de 12 años)	100 %	45
Rehabilitación oral	Implantes dientes anteriores*	100 %	45
	Coronas metal porcelana dientes anteriores*	100 %	45
	Injerto óseo por defecto por trauma	100 %	45
	Pernos dientes anteriores*	100 %	45
	Núcleos dientes anteriores*	100 %	45

**PARÁGRAFO:** La compañía podrá en cualquier momento, solicitar una consulta especial con cualquier asegurado, con el objetivo de mantener el nivel de calidad y la autorización del tratamiento y/o aclarar dudas técnicas.

**PARÁGRAFO:** Será requisito indispensable para la utilización de los amparos previstos en esta póliza, el diagnóstico previo y la definición del tratamiento por parte del odontólogo que sea designado para tal efecto, así como la toma de imágenes y radiografías que ayuden a complementar el diagnóstico.

**PARÁGRAFO:** Los días de carencia aplicables se contarán a partir de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado.

#### 5. DEFINICIONES

**5.1. PERIODO DE CARENCIA:** Periodo posterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza durante el cual el asegurado no estará cubierto.

**5.2. ENFERMEDAD BUCAL:** Alteración de la salud que conduce a la necesidad de un tratamiento odontológico.

**5.3. ACCIDENTE:** Es el hecho súbito, violento, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que cause al asegurado lesiones dentales evidenciadas por contusiones, heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

**5.4. INSTITUCIÓN DENTAL:** Es el establecimiento que reúne las condiciones exigidas por la Ley colombiana para prestar los servicios objeto de este contrato y que debe estar legalmente registrada y autorizada para prestar los mismos.

**5.5. ODONTÓLOGO:** Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos.

**5.6. COPAGO:** Valor a cargo del asegurado para aquellos tratamientos definidos con condición de cobro de copago.

**5.7. RED DE SERVICIOS:** Grupo de profesionales e instituciones adscritas ala red de la Compañía para la prestación de los servicios contenidos en este contrato de seguro.

**5.8. PLAZOS DE REPETICIÓN:** Se hace referencia con este concepto a los tratamientos que ya fueron realizados y que por alguna circunstancia requieren de la ejecución un nuevo procedimiento.

**5.9. PLAN CONTRATADO:** Es el plan elegido por el asegurado dentro de las coberturas nombradas en el numeral 1 de este contrato.

**5.10. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL:** Radiografía pequeña individual, que se toma para cada diente, como ayuda diagnóstica.

**5.11. PROFILAXIS:** Pulimento de las superficies dentarias, eliminando placa bacteriana blanda.

**5.12. FLUORIZACIÓN:** Aplicación de flúor en gel, para mejorar la dureza del esmalte dental y prevenir la caries.

**5.13. OBTURACIONES EN AMALGAMAS:** Calza plateada, muy resistente y de buena adaptación, indicada especialmente en muelas.

**5.14. RESINAS DE FOTOCURADO:** Obturaciones en material plástico, altamente estético y biocompatible.

**5.15. EXTRACCIONES SIMPLES:** Exodoncia sin complicación.

**5.16. EXTRACCIONES COMPLEJAS:** Exodoncias que incluyen disección de raíces o remodelado de hueso, debido a falta de acceso al diente.

**5.17. REMODELADO OSEO:** Cirugía para la eliminación de prominencias de hueso que quedan después de una extracción, con el fin de alisar el mismo.

**5.18. DRENAJE DE ABSCESOS:** Habilitar vía de salida de pus.

**5.19. EXCISIÓN DE TORUS PALATINO:** Eliminación quirúrgica de protuberancia de tejido óseo que por su forma y tamaño se lastima con frecuencia.

**5.20. REMOCIÓN DE CÁLCULOS:** Eliminar las piedrecillas que se forman por el endurecimiento de la placa bacteriana o sarro.

**5.21. TOMA DE BIOPSIAS:** Corte o eliminación quirúrgica total o parcial de una lesión o Tumefacción (fragmento del tejido) presente en boca para estudio en laboratorio de patología (No incluye estudio de laboratorio).

**5.22. GINGIVOPLASTIAS:** Eliminación quirúrgica de excesos anormales de encía.

**5.23. REIMPLANTES:** Reubicación de un diente en su lugar después de que se ha salido completamente del mismo por un trauma.

**5.24. FERULIZACIONES POR LUXACIÓN DENTARIA:** Fijación de los dientes que tienen movilidad, debido a un trauma; apoyándose de los dientes vecinos.

**5.25. CURACIONES EN CEMENTO TEMPORAL:** Restauraciones provisionales, usadas para cubrir piezas mientras se coloca la restauración definitiva.

**5.26. CUÑA DISTAL:** Eliminar parcialmente porción de tejido sobre cordales.

**5.27. OPERCULECTOMÍA:** Eliminar porción de tejido sobre cordales o dientes que están en proceso de erupción.

**5.28. SMMLV:** Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

#### 6. AUXILIO ECONÓMICO POR FUERZA MAYOR

La Compañía reconocerá hasta \$100.000 por vigencia, cuando por circunstancias de fuerza mayor comprobables, el asegurado contrate por cuenta propia las entidades prestadoras de servicios sin la respectiva aprobación de La Compañía, en caso de Urgencia únicamente.

El valor señalado anteriormente será reconocido a la persona que previamente demuestre haber sufragado los gastos correspondientes, a través de la presentación ante La Compañía de los siguientes documentos:

- Resumen de atención firmada por el profesional describiendo los procedimientos realizados.
- Facturas originales de los valores pagos.
- Radiografía periapical de los dientes afectados.

Como circunstancias de fuerza mayor se entienden los siguientes eventos:

- Cuando ocurran fallas en las redes externas de telecomunicaciones, comprobables ante la empresa de teléfonos del lugar.
- Cuando La Compañía no puede prestar el servicio por no poder verificar la asegurabilidad y se define posteriormente que si tiene derecho.
- Cuando La Compañía no cuente con red de entidades proveedoras deservicio en el lugar donde se encuentre el asegurado.

## 6.1. DERECHOS DEL ASEGURADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR ASEGURADORA

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación para la Compañía de efectuar el pago del siniestro o la entrega de la objeción correspondiente, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, la Compañía reconocerá y pagará al asegurado, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago.

## 7. PERIODO DE CARENIA

Para las coberturas de Atención prioritaria y Acciones de Radiología aplicará un periodo de carencia de cinco (5) días calendario, que se contará a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza de cada asegurado. Para las demás coberturas el periodo de carencia será de cuarenta y cinco (45) días calendario contados desde la fecha de inicio de vigencia de cada asegurado.

## 8. PREEXISTENCIAS

La Compañía asumirá preexistencias, excepto para la cobertura de implantes, coronas y prótesis por accidentes, en las que el requisito es que los dientes y sus tejidos de soporte estén previamente sanos (sin enfermedad de encías u otros) y sin haber recibido ningún tipo de tratamiento previo.

## 9. PLANES

- **PLAN INDIVIDUAL:** Asegurado principal.
- **PLAN FAMILIAR:** Asegurado principal, cónyuge o compañera permanente del asegurado principal y todos los hijos del asegurado principal y de su cónyuge o compañero permanente, reconocidos legalmente y menores de 26 años.
- **ASEGURADOS ADICIONALES:** Podrán ser asegurados adicionales, previo pago de una prima adicional, los padres, hijos mayores de veintiséis (26) años, hermanos, tíos, sobrinos, primos, nietos, abuelos, cuñados, yernos, nueras, suegros y empleadas domesticas del titular.

**PARÁGRAFO:** Los planes estarán conformados por el titular responsable del pago de la prima (persona natural) y sus dependientes en caso del plan familiar.

## 10. LÍMITES DE EDAD

PLAN INDIVIDUAL			
INTEGRANTES	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA	PERMANENCIA
Asegurado principal	18 Años	ilimitada	indefinida

  

PLAN FAMILIAR			
INTEGRANTES	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA	PERMANENCIA
Asegurado principal	18 Años	ilimitada	indefinida
Cónyuge	14 Años	ilimitada	indefinida
Hijos	3 Años	26 Años	26 Años

  

PERSONAS ADICIONALES			
Hijos > 26	Sobrinos	Cuñados	Suegros
Hermanos	Nietos	Yernos	Primos
Tíos	Abuelos	Padres	Nueras
Empleadas domesticas			
EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA	PERMANENCIA	
3 años	ilimitada	indefinida	

## 11. INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS

Se podrá modificar la póliza (cambio de plan personal a familiar) solo hasta el vencimiento de la vigencia anual. Durante la vigencia, únicamente se podrán realizar los siguientes cambios:

- Inclusión de cónyuge o compañera permanente.
- Inclusión de hijos del asegurado principal o de su cónyuge o compañera permanente, menores de 26 años.

## 12. FECHA DE VIGENCIA Y CERTIFICADOS

La vigencia inicia en la hora cero (00:00) del día siguiente a la realización del pago de la prima correspondiente por parte del titular. La Compañía expedirá los certificados individuales de seguro, en los que se dejarán consignadas las coberturas a las que tiene derecho el asegurado principal y su grupo familiar.

## 13. PRUEBA DE LA RECLAMACIÓN

Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

El asegurado autoriza expresamente a la Compañía para solicitar informes sobre la evolución de lesiones y/o enfermedades. Además, autoriza a la Compañía para que la clínica, centro de salud oral o cualquier institución de salud y odontología tratante le suministre toda la información relacionada con la reclamación.

**PARÁGRAFO:** Para el caso de la cobertura de Rehabilitación, el asegurado debe demostrar que el tratamiento se requiere como consecuencia de un accidente. El reporte de este accidente se debe realizar máximo dentro de los

siguientes 21 días calendario posterior a la ocurrencia del mismo. La demostración del siniestro también se certificará mediante examen clínico por odontólogo adscrito a la red de prestadores de la Compañía.

## 14. PAGO DE PRIMAS

Las primas están calculadas para periodos de un (1) año y deberán pagarse en cuotas mensuales por anticipado dentro del plazo estipulado en la carátula de la póliza, anexo o certificado. El incumplimiento en el pago de la prima acarreará la terminación automática del contrato de seguro, quedando a salvo el derecho de la Compañía de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

### 14.1. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA

En caso de mora en el pago de la prima, la Compañía procederá de la siguiente manera:

**a)** Si el retraso es mayor a treinta (30) días calendario, pero menor a sesenta (60) días calendario contados a partir del último recaudo de prima, se suspenderá la prestación de los servicios y se desactivarán todas las coberturas.

**b)** Si el retraso es mayor a sesenta (60) días calendario contados a partir del último recaudo de prima, se cancelará la póliza.

En caso de cancelación por mora y que el asegurado o cualquiera de los beneficiarios, haya utilizado los servicios, queda a salvo el derecho de la Compañía de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

## 15. COPAGOS

Valor a cargo del asegurado, para aquellos tratamientos definidos con condición de cobro de copago.

COPAGOS	
Obturación en resina simple (Por caries o fractura)	\$ 27.000
Obturación en resina compuesta (Por caries o fractura)	\$ 27.000
Obturación en resina compleja (Por caries o fractura)	\$ 27.000
Remoción de cálculos supragingival - cuadrante	\$ 27.000
Tratamiento de conducto monoradicular	1 al año
Tratamiento de conducto biradicular	
Tratamiento de conducto multiradicular	\$27.000

## 16. REVOCACIÓN

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes.

Por La Compañía, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso a La Compañía. En este caso opera el artículo 1071 del código de comercio.

## 17. RENOVACIÓN Y AJUSTE DE PRIMAS

La vigencia del contrato es mensual y renovable automáticamente por periodos iguales y sucesivos, salvo que el asegurado envíe una solicitud expresa de revocación a la Compañía Aseguradora. El ajuste de primas se realizará a partir del 1ro de Enero de cada año según el resultado de la siniestralidad de la póliza en la vigencia inmediatamente anterior.

## 18. RESPONSABILIDAD

La Compañía no asumirá responsabilidad civil alguna por los procedimientos, servicios o tratamientos realizados por la red de odontólogos e instituciones que hacen parte de la red prestadora de servicios, esta responsabilidad deberá ser asumida directamente por el profesional.

## 19. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

## 20. ASISTENCIA

Para obtener la asistencia ofrecida por esta póliza, el asegurado debe llamar a la línea de atención, según los números especificados en la carátula de la póliza.

**Desde Bogotá: 307-7026.**

**Fuera de Bogotá y dentro del Territorio Nacional: 018000-977 025, línea de pago.**

Una vez sea atendido por el asesor de servicio el asegurado deberá solicitar que se le asigne una fecha y hora para la primera consulta, según disponibilidad de la Red de Servicios, ubicación y preferencia del asegurado entre las alternativas que se le ofrezcan. Para recibir atención en el consultorio debe presentar su documento de identidad. Las demás citas de tratamiento serán coordinadas directamente con el profesional de la Red de Servicio. Los copagos en caso de ser aplicables, deberán ser pagados por el asegurado directamente a los prestadores del servicio.

## 21. COBERTURA TERRITORIAL

Los servicios odontológicos aquí descritos sólo se prestarán en el Territorio Nacional de Colombia.

## 22. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de la misma.

## 23. CERTIFICADO DE SEGURO

La Compañía expedirá los certificados Individuales de Seguro, en el que se dejarán consignadas las coberturas a las que tiene derecho cada asegurado así como la vigencia y el teléfono de contacto en caso de requerir hacer uso de la asistencia. En caso de cualquier modificación, se expedirá un nuevo Certificado que reemplazará al anterior.

## 24. SUSTITUCIÓN DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA

Bajo ninguna circunstancia los Asegurados podrán ceder a terceros los derechos previstos en el presente contrato.

## 25. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo familiar asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A la terminación de la vigencia del Seguro, si éste no se renueva.
- Cuando hayan transcurrido 61 días de mora en el pago de la prima.
- Por revocación del seguro por parte del tomador, asegurado o de La Compañía.

## 26. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE ESTE AMPARO

El asegurado no podrá estar amparado por más de una póliza de Seguro Odontológico con La Compañía, dado que la indemnización objeto del contrato es en servicio y no en dinero. Por lo tanto, el Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de cualquier otro seguros de la misma naturaleza. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro, se considerará a ésta persona asegurada solamente bajo la póliza que le proporcione el mayor beneficio.

**EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:**



Nacional: **018000 977 025**  
Bogotá: **307 7026** Celular: **#624**



**MAPFRE**

MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.  
NIT. 830.054.904-6

FIRMA AUTORIZADA  
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código Compañía	Tipo de Documento	Ramo	Código Forma
Condiciones Particulares	01/08/2013	1430	C	35	SAL-008 AGO/13

Defensor del Consumidor Financiero: [manuelg.rueda@gmail.com](mailto:manuelg.rueda@gmail.com)