

ANEXO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

POR EL PRESENTE ANEXO ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A., EN ADELANTE ZURICH, SE COMPROMETE A PONER A DISPOSICION DE LOS ASEGURADOS SEÑALADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA, LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA ODONTOLOGICA EMERGENCIAL RELACIONADOS A CONTINUACIÓN.

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACION DE ZURICH SE LIMITA AL PAGO DE LA INDEMNIZACION. DICHO PAGO SE REALIZARA EN DINERO O MEDIANTE REPOSICION DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 1110 DEL CODIGO DE COMERCIO. EL PAGO POR REPOSICION SE REALIZARA A TRAVES DE UN TERCERO O PRESTADORA DE SERVICIOS.

1. COBERTURA:

LA PRESTADORA ATENDERÁ LOS SIGUIENTES SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE ACUERDO CON LO INDICADO EN EL PLAN SELECCIONADO POR EL ASEGURADO, INDICADO EN LA CARATULA.

1.1 ATENCIÓN PRIORITARIA - EMERGENCIA DENTAL

CUBRE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DESTINADAS A LA ATENCIÓN Y MANEJO DE DOLOR INTENSO Y/O DE PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS QUE AFECTEN LA CAVIDAD ORAL, CAUSADOS POR AGENTES INFECCIOSOS, TRAUMÁTICOS O CÁUSTICOS Y QUE JUSTIFIQUE 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, SÍ SE REQUIERE PARA EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE ESTOS PACIENTES.

1.2 RESTAURACIÓN ÚNICAMENTE POR EMERGENCIA (REPARACIÓN DE CARIES Y 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 INCLUIDO EL USO DE RESINAS COMPUESTAS DE FOTO POLIMERIZACIÓN (CALZAS) EN DIENTES ANTERIORES Y OBTURACIÓN CON AMALGAMAS EN DIENTES POSTERIORES (CALZAS).

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.

1.3 PERIODONCIA ÚNICAMENTE POR EMERGENCIA

CUBRE LOS TRATAMIENTOS PARA ALIVIAR LAS AFECCIONES DE LAS ENCÍAS Y TEJIDOS DE SOSTÉN DE LOS DIENTES, EN CASO DE PRESENTAR DOLOR ORAL AGUDO.

1.4 CIRUGÍA ORAL ÚNICAMENTE POR EMERGENCIA

CUBRE EXTRACCIONES DENTALES (MÉTODO CERRADO Y ABIERTO) DE DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES, EN CASO DE PRESENTAR DOLOR Y MAL PRONÓSTICO DEL DIENTE (NO INCLUYE CORDALES). TAMBIÉN TIENE COBERTURA EL DRENAJE DE ABSCESOS INTRAORALES.

1.5 ENDODONCIA

CUBRE TRATAMIENTO DE CODUCTOS EN DIENTES ANTERIORES, PREMOLARES Y MOLARES EN CASO DE PRESENTAR DOLOR AGUDO.

2. EXCLUSIONES

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN EL AMPARO PRINCIPAL, LAS COBERTURAS INDICADAS NO AMPARAN LOS EVENTOS QUE TENGAN ORIGEN O ESTÉN RELACIONADOS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A.** TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y/O CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DENTAL.
- B.** 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.
- C.** TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS QUE SE REQUIERAN COMO CONSECUENCIA DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA.
- D.** 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.

- E.** TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS QUE SE REQUIERAN COMO CONSECUENCIA O EN VIRTUD DE LA COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- F.** PROCEDIMIENTOS QUE EXIGEN HOSPITALIZACIÓN, ANESTESIA GENERAL O ATENCIÓN DOMICILIARIA.
- G.** 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 TEMPORO-MANDIBULAR, 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.
- H.** PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED ESTABLECIDA POR LA PRESTADORA O POR ZURICH.
- I.** 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.
- J.** PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS PARA TRATAR AFECCIONES INFLAMATORIAS Y TRAUMÁTICAS DE ORIGEN ENDODÓNTICO.
- K.** OTROS PROCEDIMIENTOS NO DESCRITOS DENTRO DE LAS COBERTURAS DEL PLAN.
- L.** LAS COMPLICACIONES Y SECUELAS GENERADAS POR EL ABANDONO DEL 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.

3. DESCRIPCIÓN, PERIODOS DE CARENCIA Y DEDUCIBLES POR SERVICIO:

AMPAROS	DESCRIPCIÓN	PERIODOS DE CARENCIA	DEDUCIBLE
Atención Prioritaria	Medidas tendientes a eliminar dolor agudo en dientes o encía tales como: Re-cementación corona desalojada, curaciones, cemento temporal, alivio de oclusión, sutura de tejidos bucales lacerados, ferulización por luxación dentaria, drenaje de absceso intraoral.	5 Días	SIN DEDUCIBLE
Restauración por emergencia	Obturación amalgama: 1, 2, 3 y 4 superficies	5 Días	SIN DEDUCIBLE
	Obturación en Resina: 1, 2, 3, y 4 superficies	5 Días	SIN DEDUCIBLE
Periodoncia por Emergencia	Tratamiento gingivostomatitis aguda.	5 Días	SIN DEDUCIBLE

Cirugía Oral por emergencia	Extracción de dientes temporales y permanentes	5 Días	SIN DEDUCIBLE
Endodoncia por emergencia	Tratamiento de conducto en dientes anteriores y posteriores.	5 Días	SIN DEDUCIBLE

PARÁGRAFO PRIMERO: ZURICH 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 SEGUNDO: 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 TERCERO: LOS DÍAS DE CARENIA APLICABLES SE CONTARÁN A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO.

4. DEFINICIONES

- A. PERÍODO DE CARENIA:** Período posterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza durante el cual el asegurado no estará cubierto.
- B. ENFERMEDAD BUCAL:** Alteración de la salud que conduce a la necesidad de un tratamiento odontológico.
- C. 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.
- D. 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.
- E. ODONTÓLOGO:** Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos.
- F. DEDUCIBLE:** Valor a cargo del asegurado para aquellos tratamientos definidos con condición de cobro de deducible.
- G. RED DE SERVICIOS:** Grupo de profesionales e instituciones adscritas a la red de la prestadora o de Zurich para la prestación de los servicios contenidos en este anexo.
- H. 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.
- I. PLAN CONTRATADO:** Es el plan elegido por el asegurado dentro de las coberturas nombradas

en el numeral 1 de este contrato.

- J. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL:** Radiografía pequeña individual, que se toma para cada diente, como ayuda diagnóstica.
- K. OBTURACIONES EN AMALGAMA:** Calza plateada, muy resistente y de buena adaptación, indicada especialmente en dientes posteriores.
- L. RESINAS DE FOTOCURADO:** Obturaciones en material altamente estético y biocompatible.
- M. EXTRACCIONES SIMPLES:** Exodoncia del diente sin necesidad de realizar incisiones.
- N. EXTRACCIONES COMPLEJAS:** Exodoncias que incluyen disección de raíces o remodelado del hueso, debido a falta de acceso al diente.
- O. REMODELADO ÓSEO:** Cirugía para la eliminación de prominencias de hueso que quedan después de una extracción, con el fin de alisar el mismo.
- P. DRENAJE DE ABSCESOS:** Habilitar vía de salida de pus.
- Q. REIMPLANTES:** Reubicación de un diente en su lugar después de que se ha salido completamente del mismo por un trauma.
- R. FERULIZACIONES POR LUXACIÓN DENTARIA:** Fijación de los dientes que tienen movilidad, debido a un trauma; apoyándose de los dientes vecinos.
- S. CURACIONES EN CEMENTO TEMPORAL:** Restauraciones provisionales, usadas para cubrir piezas mientras se coloca la restauración definitiva.
- T. CUÑA DISTAL:** Eliminar parcialmente porción de tejido sobre cordales.
- U. OPERCULECTOMIA:** Eliminar porción de tejido sobre cordales o dientes que están en proceso de erupción.
- V. SMMLV:** Salarios mínimos mensuales legales vigentes.

5. AUXILIO ECONÓMICO POR FUERZA MAYOR

La prestadora reconocerá la suma de hasta 0.5 (medio) SMMLV 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 prestadora, 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 prestadora 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.
- Solicitud por escrito de la(s) circunstancia(s) de fuerza mayor que los llevaron a no hacer uso del servicio contratado.

Se definen como circunstancias de fuerza de mayor los siguientes eventos:

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

6. PERIODO DE CARENCIA

Para las coberturas del Plan Emergencial aplicará un periodo de carencia de cinco (5) días calendario, que se contarán a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza de cada asegurado.

7. PREEXISTENCIAS

La prestadora asumirá preexistencias únicamente en patologías que requieran atención por emergencia.

8. RESPONSABILIDAD

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

9. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE ASISTENCIA

Para obtener la asistencia ofrecida, el asegurado debe llamar a la línea de atención DID 5897540 y la línea 018000 180389.

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 deducibles en caso de ser aplicables, deberán ser pagados por el asegurado directamente a los prestadores del servicio.

10. COBERTURA TERRITORIAL

Los servicios odontológicos aquí descritos sólo se prestarán dentro de la República de Colombia.

11. SUSTITUCIÓN DE ASEGURADOS

Bajo ninguna circunstancia los asegurados podrán ceder a terceros los derechos previstos en el presente anexo.

12. DUPLICIDAD Y COEXISTENCIA DE ESTE AMPARO

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

Las demás condiciones de la póliza de seguro de accidentes personales no modificadas por este anexo, continúan en vigor.