



ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE ACCIDENTE LABORAL (ANEXO 7.1)

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de accidente laboral, El Contratante deberá comunicarse con el proveedor de asistencia médica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios detallados a continuación.

1. Orientación Médica Telefónica 24 horas, sin límite de evento:

Brindando orientación en primeros auxilios en caso de enfermedad, accidentes o urgencias, Información médica general sobre todo tipo de enfermedades, orientación sobre el uso, dosificación y efectos secundarios de medicamentos, Información sobre estudios por imágenes y análisis en laboratorio, instrucciones de pre-arribo de la unidad móvil.

2. Servicios de asistencia médica y/o paramédica in situ:

Con personal médico y ambulancias debidamente medicalizadas y equipadas para atender las emergencias en el lugar del accidente.

3. Traslado en Ambulancia en caso de accidente laboral:

El personal médico determinará si es necesario el traslado a un centro hospitalario indicado por el Contratante o Asegurado.

La asistencia médica cubre únicamente las emergencias originadas por un accidente o enfermedad durante el desarrollo de las actividades laborales del Asegurado, ya sea dentro de las instalaciones del Contratante o fuera de estas, siempre que las mismas estén avaladas y autorizadas por el Contratante.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:

Al requerir los servicios de asistencia, el Contratante deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.





Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Contratante deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza
2. Nombre de Contratante de la póliza.
3. Nombre del Asegurado que requiere la asistencia médica.
4. Detalle del accidente, indicando la ubicación del Asegurado que requiere la asistencia médica.
5. Nombre y teléfono del representante del Contratante a cargo, para que el proveedor realice el seguimiento del caso.

Firma Autorizada

Firma Autorizada



SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA (ANEXO 7.2-A)

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de fallecimiento del Asegurado, El Contratante o familiar del Asegurado fallecido, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia funeraria contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

Detalles de las Asistencia Funeraria Nacional:

1. Trámites legales ante las autoridades competentes.
2. Traslados a nivel Nacional a las salas de velación, iglesia y cementerio.
3. Cofre estándar de corte lineal o urna cineraria en caso de cremación.
4. Servicio de tanatopraxia (arreglo, maquillaje y vestimenta del cuerpo).
5. Uso de las Salas de velación a nivel Nacional, y según disponibilidad del espacio, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio en caso de ser requerido.
6. Decoración con tres (3) arreglos florales.
7. Entrega de libro de condolencias
8. Celebración del servicio religioso del culto indicado por los familiares.
9. Destino final para inhumación en Cementerios Municipales-público / privados, o Servicio de Cremación.

Nota aclaratoria:

- La selección de la funeraria y cementerio dependerá de: ubicación geográfica del Asegurado fallecido y lugar de residencia de la familia, solicitud y/o preferencia de los familiares del fallecido y disponibilidad de la funeraria y cementerio.
- El nicho, tumba o bóveda se adquiere en el momento de fallecimiento del Asegurado, por lo que el espacio se compra para el Asegurado fallecido únicamente.
- Cuando el Asegurado fallecido ya posee nicho, tumba o bóveda se cubre el impuesto de apertura.

La asistencia funeraria se otorgará por muerte por cualquier causa siempre que la misma esté cubierta bajo la cobertura básica de la póliza, el servicio se realizará en las instalaciones de la red funeraria del Proveedor exclusivamente, con previo conocimiento inmediato del fallecimiento del Asegurado.





En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Contratante o familiar del Asegurado fallecido, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

Al requerir los servicios de asistencia, el Contratante deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Contratante deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza
2. Nombre de Contratante de la póliza.
3. Nombre completo del Asegurado fallecido y número de identificación.
4. Detalle de la ubicación del Asegurado fallecido.
5. Nombre y teléfono del representante del Contratante o familiar a cargo, para que el proveedor realice la coordinación y seguimiento del caso.

Firma Autorizada

Firma Autorizada





SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA NACIONAL E INTERNACIONAL (ANEXO 7.2-B)

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de fallecimiento del Asegurado, El Contratante o familiar del Asegurado fallecido, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia funeraria contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

I. Detalles de las Asistencia Funeraria Nacional:

1. Trámites legales ante las autoridades competentes.
2. Traslados a nivel Nacional a las salas de velación, iglesia y cementerio.
3. Cofre estándar de corte lineal o urna cineraria en caso de cremación.
4. Servicio de tanatopraxia (arreglo, maquillaje y vestimenta del cuerpo).
5. Uso de las Salas de velación a nivel Nacional, y según disponibilidad del espacio, hasta por veinticuatro (24) horas, o servicio a domicilio en caso de ser requerido.
6. Decoración con tres (3) arreglos florales.
7. Entrega de libro de condolencias
8. Celebración del servicio religioso del culto indicado por los familiares.
9. Destino final para inhumación en Cementerios Municipales-público / privados, o Servicio de Cremación.

Nota aclaratoria:

- La selección de la funeraria y cementerio dependerá de: ubicación geográfica del Asegurado fallecido y lugar de residencia de la familia, solicitud y/o preferencia de los familiares del fallecido y disponibilidad de la funeraria y cementerio.
- El nicho, tumba o bóveda se adquiere en el momento de fallecimiento del Asegurado, por lo que el espacio se compra para el Asegurado fallecido únicamente.
- Cuando el Asegurado fallecido ya posee nicho, tumba o bóveda se cubre el impuesto de apertura.

- II. **Detalle del servicio de Repatriación Internacional.** Aplica en caso que el Asegurado fallecido, tenga que ser repatriado a Honduras.



1. Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento;
2. Preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia;
3. Proveer un féretro hermético para la repatriación;
4. Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo;
5. Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo;
6. Trámites legales, consulares y traslados del cuerpo;
7. Transporte aéreo del cuerpo a Honduras;
8. Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de Honduras;
9. Traslado del cuerpo desde el aeropuerto de Honduras hacia el lugar de velación;

La asistencia funeraria se otorgará por muerte por cualquier causa siempre que la misma esté cubierta bajo la cobertura básica de la póliza, el servicio se realizará en las instalaciones de la red funeraria del Proveedor exclusivamente, con previo conocimiento inmediato del fallecimiento del Asegurado.

En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Contratante o familiar del Asegurado fallecido, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

Al requerir los servicios de asistencia, el Contratante deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Contratante deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza
2. Nombre de Contratante de la póliza.
3. Nombre completo del Asegurado fallecido y número de identificación.
4. Detalle de la ubicación del Asegurado fallecido.
5. Nombre y teléfono del representante del Contratante o familiar a cargo, para que el proveedor realice la coordinación y seguimiento del caso.

Firma Autorizada

Firma Autorizada





Compañía de Seguros

SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA (ANEXO 7.3-A) PLAN DE EMERGENCIA SIN ENDODONCIA

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de emergencia odontológica, el Asegurado, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia odontológica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

Detalles de las Asistencia Odontológica:

Emergencia. Se otorgará cobertura en caso que el Asegurado sufra una emergencia odontológica (evento inesperado, originado por las siguientes causas: Dolor, Inflamación o Sangrado).

Los siguientes tratamientos aplican en caso de Emergencia Odontológica:

1. **Medicina Bucal:** Consulta odontológica de emergencia (Diagnostico, Pronostico, y Plan de Tratamiento).
2. **Operatoria:** Eliminación de caries y restauración del diente al que se le diagnostica la emergencia dental. El beneficio ampara: Amalgama (Calza de color gris), Resina Fotocurada (Calza del mismo color del diente) y Vidrio Ionomérico (Material empleado para restaurar desgastes en el cuello de los dientes que originan fuerte sensibilidad o dolor).
3. **Cirugía:** Extracción dental empleando técnicas simples, sin uso de bisturí o sutura.
4. **Radiología:** Radiografías Coronales: para el diagnóstico de caries interproximales (caries que se generan en el medio de dos dientes) y Periapical: (Valora las puntas de las raíces de los dientes). Todo esto tomado en el consultorio.

Otros tratamientos cubiertos:

- i. *Emergencias Endodónticas:* Dolor agudo en un diente causado por la caries o el nervio. La cobertura ampara la eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto (Medicamentos aplicables en el interior del diente en casos de caries extensas y con procesos inflamatorios).
- ii. *Emergencias Periodontales:* Involucran el tejido de soporte del diente (encia y hueso). La cobertura ampara curetaje radicular localizado (Limpieza localizada de la zona afectada). Ajustes de oclusión (Ajuste de la mordida en caso de presentar contactos prematuros) y Receta médica en caso de dolor muscular y abscesos (infección).





Compañía de Seguros

- iii. *Emergencias Protésicas*: Vinculada con pacientes portadores de prótesis. La cobertura ampara cementado provisional o definitivo de prótesis fijas en buen estado. Reparación de prótesis removible realizada en el consultorio y receta médica en el caso de estomatitis sub-prótesis (Lesión de la mucosa oral que se encuentra en contacto con la prótesis removible).

**Beneficio de descuento entre un 10% y un 30% para los tratamientos
No amparados por el plan**

La asistencia se otorgará en caso de emergencias odontológicas ocasionadas al Asegurado incluyendo los tratamientos paliativos y restaurativos de emergencia necesarios, el servicio se realizará en las instalaciones de la red de servicios odontológicos del Proveedor exclusivamente.

En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Asegurado, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:

Al requerir los servicios de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las condiciones particulares de la póliza. Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Asegurado deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza y nombre de la empresa Contratante.
2. Nombre completo del Asegurado y de ser posible el número de certificado.
3. Indicar el tipo de emergencia para que el Proveedor le indique los proveedores disponibles en la zona a conveniencia del Asegurado.
4. Las atenciones odontológicas contempladas en el Plan y que sean atendidos en la red de proveedores, no conllevan costos para el asegurado.

Firma Autorizada

Firma Autorizada





SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA (ANEXO 7.3-B) PLAN DE EMERGENCIA COMPLETA

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de emergencia odontológica, el Asegurado, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia odontológica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

Detalles de las Asistencia Odontológica:

Emergencia. Se otorgará cobertura en caso que el Asegurado sufra una emergencia odontológica (evento inesperado, originado por las siguientes causas: Dolor, Inflamación o Sangrado).

Los siguientes tratamientos aplican en caso de Emergencia Odontológica:

1. **Medicina Bucal:** Consulta odontológica de emergencia.
2. **Operatoria:** Eliminación de caries y restauración del diente al que se le diagnostica la emergencia dental. El beneficio ampara: Amalgama (Calza de color gris), Resina Fotocurada (Calza del mismo color del diente) y Vidrio Ionomérico (Material empleado para restaurar desgastes en el cuello de los dientes que originan fuerte sensibilidad o dolor).
3. **Endodoncia:** Tratamiento del órgano pulpar (tratamiento de canal). Monoradiculares, Biradiculares y Multiradiculares. Clasificación dada por el número de raíces del diente a tratar al que se le diagnostica la emergencia.
4. **Cirugía:** Extracción dental empleando técnicas simples, sin uso de bisturí o sutura.
5. **Radiología:** Radiografías Coronales: para el diagnóstico de caries interproximales (caries que se generan en el medio de dos dientes) y Periapical: (Valora las puntas de las raíces de los dientes). Todo esto tomado en el consultorio.

Otros tratamientos cubiertos:

- i. **Emergencias Endodónticas:** Dolor agudo en un diente causado por la caries o el nervio. La cobertura ampara la eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto (Medicamentos aplicables en el interior del diente en casos de caries extensas y con procesos inflamatorios).





Compañía de Seguros

- ii. *Emergencias Periodontales:* Involucran el tejido de soporte del diente (encía y hueso). La cobertura ampara curetaje radicular localizado (Limpieza localizada de la zona afectada). Ajustes de oclusión (Ajuste de la mordida en caso de presentar contactos prematuros) y Receta médica en caso de dolor muscular y abscesos (infección).
- iii. *Emergencias Protésicas:* Vinculada con pacientes portadores de prótesis. La cobertura ampara cementado provisional o definitivo de prótesis fijas en buen estado. Reparación de prótesis removible realizada en el consultorio y receta médica en el caso de estomatitis sub-protésica (Lesión de la mucosa oral que se encuentra en contacto con la prótesis removible).

**Beneficio de descuento entre un 10% y un 30% para los tratamientos
No amparados por el plan**

La asistencia se otorgará en caso de emergencias odontológicas ocasionadas al Asegurado incluyendo los tratamientos paliativos y restaurativos de emergencia necesarios, el servicio se realizará en las instalaciones de la red de servicios odontológicos del Proveedor exclusivamente.

En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Asegurado, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:

Al requerir los servicios de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las condiciones particulares de la póliza. Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Asegurado deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza y nombre de la empresa Contratante.
2. Nombre completo del Asegurado y de ser posible el número de certificado.
3. Indicar el tipo de emergencia para que el Proveedor le indique los proveedores disponibles en la zona a conveniencia del Asegurado.
4. Las atenciones odontológicas contempladas en el Plan y que sean atendidos en la red de proveedores, no conllevan costos para el asegurado.

Firma Autorizada

Firma Autorizada





SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA (ANEXO 7.3-C) EMERGENCIA COMPLETA Y PREVENCIÓN

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de emergencia odontológica, el Asegurado, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia odontológica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

Detalles de las Asistencia Odontológica:

EMERGENCIA: Se define como un evento inesperado o repentino que, de lugar a tratamientos odontológicos amparados por este servicio, con la finalidad de tratar situaciones originadas por las siguientes causas: Dolor, Inflamación o Hemorragia.

Los siguientes tratamientos aplican en caso de Emergencia Odontológica:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de Urgencia (Diagnostico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- **Operatoria:** Restauraciones de Amalgama en dientes posteriores, Restauraciones de Resina Fotocurada en dientes anteriores y posteriores, Vidrio Ionomérico en el cuello de los dientes.
- **Endodoncia:** Endodoncias Monorradiculares, Birradiculares, Multiradiculares, Pulpotomias, Pulpectomias, Curas Formocresoladas y Capielos.
- **Cirugía:** Exodoncia Simple de dientes temporales y permanentes.
- **Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.

Otros Tratamientos:

- Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto.
- Emergencias Periodontales: Curetajes radicular localizado, Ajustes de oclusión, Receta Médica en caso de dolor muscular y abscesos.
- Emergencias Protésicas: Cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, Reparación de la prótesis removible realizada en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), Receta Médica en el caso de estomatitis sub-protésica.





Cobertura de Prevención:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica (Diagnóstico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Destartraje Simple y Profilaxis Dental.
- **Prevención:** Sellantes de Fosas y Fisuras, Aplicación Tópica de Flúor.

Beneficio de descuento entre un 10% y un 30% para los tratamientos no amparados por el plan

La asistencia se otorgará en caso de emergencias odontológicas ocasionadas al Asegurado incluyendo los tratamientos paliativos y restaurativos de emergencia necesarios, el servicio se realizará en las instalaciones de la red de servicios odontológicos del Proveedor exclusivamente.

En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Asegurado, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:

Al requerir los servicios de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las condiciones particulares de la póliza. Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Asegurado deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza y nombre de la empresa Contratante.
2. Nombre completo del Asegurado y de ser posible el número de certificado.
3. Indicar el tipo de emergencia para que el Proveedor le indique los proveedores disponibles en la zona a conveniencia del Asegurado.
4. Las atenciones odontológicas contempladas en el Plan y que sean atendidos en la red de proveedores, no conllevan costos para el asegurado.

Firma Autorizada

Firma Autorizada





Compañía de Seguros

SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA (ANEXO 7.3-D) PLAN AMPLIO SIN ENDODONCIAS

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de emergencia odontológica, el Asegurado, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia odontológica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

Detalles de las Asistencia Odontológica:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica (Diagnóstico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Destartraje Simple y Profilaxis Dental.
- **Prevención:** Sellantes de Fosas y Fisuras, Aplicación Tópica de Flúor.
- **Operatoria:** Restauraciones de Amalgama en dientes posteriores, Restauraciones de Resina Fotocurada en dientes anteriores y posteriores, Vidrio Ionomérico en el cuello de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncia Simple de dientes temporales y permanentes.
- **Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.

Otros Tratamientos:

- Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto.
 - Emergencias Periodontales: Curetajes radicular localizado, Ajustes de oclusión, Receta Médica en caso de dolor muscular y abscesos.
 - Emergencias Protésicas: Cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, Reparación de la prótesis removible realizada en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), Receta Médica en el caso de estomatitis sub-protésica.
-
- **Beneficio de descuento entre un 10% y un 30% para los tratamientos no amparados por el plan**

La asistencia se otorgará en caso de emergencias odontológicas ocasionadas al Asegurado incluyendo los tratamientos paliativos y restaurativos de emergencia necesarios, el servicio se realizará en las instalaciones de la red de servicios odontológicos del Proveedor exclusivamente.





En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Asegurado, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:

Al requerir los servicios de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las condiciones particulares de la póliza. Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Asegurado deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza y nombre de la empresa Contratante.
2. Nombre completo del Asegurado y de ser posible el número de certificado.
3. Indicar el tipo de emergencia para que el Proveedor le indique los proveedores disponibles en la zona a conveniencia del Asegurado.
4. Las atenciones odontológicas contempladas en el Plan y que sean atendidos en la red de proveedores, no conllevan costos para el asegurado.

Firma Autorizada

Firma Autorizada





Compañía de Seguros

SERVICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA (ANEXO 7.3-E) PLAN AMPLIO

CLÁUSULA No. 1 COBERTURA:

En caso de emergencia odontológica, el Asegurado, deberá comunicarse con el proveedor de asistencia odontológica contratado por La Compañía, para solicitar los servicios de asistencia detallados a continuación.

Detalles de las Asistencia Odontológica:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica (Diagnóstico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Destartraje Simple y Profilaxis Dental.
- **Prevención:** Sellantes de Fosas y Fisuras, Aplicación Tópica de Flúor.
- **Operatoria:** Restauraciones de Amalgama en dientes posteriores, Restauraciones de Resina Fotocurada en dientes anteriores y posteriores, Vidrio Ionomérico en el cuello de los dientes.
- **Endodoncia:** Endodoncias Monorradiculares, Birradiculares, Multirradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas Formocresoladas y Capielos.
- **Cirugía:** Exodoncia Simple de dientes temporales y permanentes.
- **Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.

Otros Tratamientos:

- Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto.
- Emergencias Periodontales: Curetajes radicular localizado, Ajustes de oclusión, Receta Médica en caso de dolor muscular y abscesos.
- Emergencias Protésicas: Cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, Reparación de la prótesis removible realizada en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), Receta Médica en el caso de estomatitis sub-protésica.

- **Beneficio de descuento entre un 10% y un 30% para los tratamientos no amparados por el plan**

La asistencia se otorgará en caso de emergencias odontológicas ocasionadas al Asegurado incluyendo los tratamientos paliativos y restaurativos de emergencia necesarios, el servicio se realizará en las instalaciones de la red de servicios odontológicos del Proveedor exclusivamente.





En ningún caso se aplican devoluciones o reembolsos económicos. El Asegurado, debe abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con el Proveedor.

CLÁUSULA No. 2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN:

Al requerir los servicios de asistencia, el Asegurado deberá comunicarse con el proveedor de los servicios contratado por la Compañía, a través de la línea de asistencia telefónica que se indicará en las condiciones particulares de la póliza. Al momento de solicitar los servicios de asistencia, el Asegurado deberá confirmar los siguientes datos:

1. Número de póliza y nombre de la empresa Contratante.
2. Nombre completo del Asegurado y de ser posible el número de certificado.
3. Indicar el tipo de emergencia para que el Proveedor le indique los proveedores disponibles en la zona a conveniencia del Asegurado.
4. Las atenciones odontológicas contempladas en el Plan y que sean atendidos en la red de proveedores, no conllevan costos para el asegurado.

Firma Autorizada

Firma Autorizada

