SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PANAMEDIC
ANEXO DENTAL
COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL)

Para Anexar a la Póliza No.:

El presente Anexo queda sujeto a las condiciones generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro Individual de Gastos Médicos PANAMEDIC arriba identificada. La vigencia será la misma de la Póliza a la que se anexa y la cobertura estará sujeta al pago de la prima tanto de la Póliza a la que se anexa como la prima convenida para la cobertura contenida en el presente Anexo.

OBJETO DEL ANEXO

El presente Anexo tiene como objeto regular la cobertura de los Gastos Dentales del Asegurado Principal y de los Familiares Dependientes si incurre en Gastos Dentales mientras se halle asegurado bajo este Anexo y la Póliza a la cual se anexa, de conformidad con los términos y condiciones que a continuación se detallan, en virtud de una lesión o enfermedad sufrida.

CLAUSULA NO. 1 COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL)

A. **Cobertura de Gastos Dentales:**

La cantidad total de los beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier Asegurado debido a Gastos Dentales incurridos, excepto los Tratamientos de ortodoncia Tipo (IV), no excederá del máximo por Año Calendario indicado en el Cuadro de Cobertura de este Anexo.

La cantidad total de Beneficios de Gastos Dentales pagaderos debido a Tratamientos de Ortodoncia Tipo (IV), no excederán el Máximo Vitalicio por Ortodoncia, indicado en el Cuadro de Cobertura de este Anexo.

Se aplicará el monto Máximo de cobertura por cada Asegurado, ya sea que haya existido o no una interrupción en la continuidad del seguro. Se aplicará solo un Máximo de cobertura dental durante un mismo año calendario, ya sea que el Asegurado haya estado cubierto bajo este Anexo como Asegurado Principal o como Dependiente. Se aplicará un Máximo Vitalicio de Ortodoncia por cada Asegurado, si los mismos están incluidos en el Cuadro de Cobertura.

A excepción de lo expuesto en la estipulación de exclusiones de este Anexo, los Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes, hasta por el porcentaje máximo de reembolsos establecido en el Cuadro de Cobertura de este anexo para cada tipo de tratamiento, siendo necesario presentar el presupuesto del Plan de Tratamiento a la Compañía para su aprobación previa según el proceso de Pre-certificación establecido en las condiciones generales de la Póliza:

1. TIPO I: Tratamientos Preventivos.

- **A. Exámenes Orales –exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo Asegurado durante cualquier año calendario.**
- **B. Profilaxis – incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimento, pero no más de dos veces durante cualquier año calendario con respecto al mismo Asegurado.**
- **C. Aplicaciones de Fluoruro – hasta el cumplimiento de 14 años de edad.**
- **D. Rayos X – incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres años, y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 101/15-12-2021.
Texto modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/23 -02-2024.

E. Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

2. TIPO II: Tratamientos Curativos y Restaurativos

A. Sostenedores de espacio.
B. Tratamiento paliativo de emergencia.
C. Extracciones simples (rutinarias).
D. Extracciones quirúrgicas.
E. Cirugía Oral.
F. Alveolectomía.
G. Anestesia.
H. Inyecciones terapéuticas.
I. Restauración - relleno de amalgama o proceso sintético, pero excluyendo específicamente lo siguiente:
  1. Corona o calza posterior o anterior, e
  2. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente.
j) Endodoncia.
k) Periodontología.

3. TIPO III: Tratamientos Mayores (prótesis).

A. Incrustaciones.
B. Calzas.
C. Coronas.
D. Reparación de dentadura y puente.
E. Prótesis - incluyendo puentes y dentaduras.

- **La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles siempre que:**

a) Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha de inicio de vigencia del seguro del Asegurado bajo esta póliza.
b) La instalación o adición arriba mencionados incluya la reposición de dicho diente extraído, y
c) El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.

El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, sólo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.

- **El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha de inicio de vigencia del seguro del Asegurado bajo esta póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:**

a) Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o

b) Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.

- **El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:**

a) El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura y

b) Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

4. TIPO IV: Ortodoncia.

a) Instrumentos de ortodoncia-accesorios y aditamentos de cualquier instrumento necesario de ortodoncia.

b) Tratamiento de ortodoncia efectuado conforme a un plan de tratamiento sometido por escrito a la Compañía dentro de los noventa (90) días previos al inicio de dichos tratamientos y que se encuentre conforme con el endoso de ortodoncia, si está adjunto a la póliza.

CLAUSULA NO. 2 RESUMEN DE BENEFICIOS

El monto del Seguro de un asegurado estará de acuerdo con el Cuadro de Coberturas que aparece a continuación, con excepción de algún cambio que se produzca de conformidad con el apartado titulado Cambio de Plan de Beneficios.

CUADRO DE COBERTURAS	
Cantidad Máxima por Año Calendario, por cada Asegurado para el Beneficio Dental Combinado, aplicable a los Tipos I, II y III.	**L.12, 000**
En caso de un tratamiento de Periodontología Incluido bajo Tipo II), la cantidad total pagadera no excederá de un Máximo Vitalicio	**L. 12, 000**
En caso de un tratamiento de Endodoncia (Incluido bajo Tipo II), la cantidad total pagadera no excederá de un Máximo Vitalicio de	**L. 12, 000**
Por tratamiento por Ortodoncia (Incluido en tipo IV), la cantidad pagadera no excederá de un Máximo Vitalicio de	**L. 9, 000**
Deducible por Año Calendario por cada Asegurado, aplicable al beneficio Combinado de los Tipos I, II y III	**L. 600**
Porcentajes de Reembolso	
Tipo I	**80%**
Tipo II	**80%**
Tipo III	**50%**
Tipo IV	**50%**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 101/15-12-2021.
Texto modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/23 -02-2024.

SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PANAMEDIC
ANEXO DENTAL
COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL)

CLAUSULA NO. 3 EXCLUSIONES.

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Cargos por Gastos Dentales:

1. **Aquellos servicios no cobrados al Asegurado o cualquier gasto por servicios o suministros que son o pueden ser obtenidos sin costo, conforme las leyes o regulaciones de cualquier Gobierno o Agencia Gubernamental, excepto en el caso en que exista un cargo por el cual el Asegurado está legalmente obligado a pagar. "Gobierno" se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o Provincial, o cualquier subdivisión política.**
2. **Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratado para o por cualquier organización de esa índole.**
3. **Aquellos cargos por cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al Asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.**
4. **Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.**
5. **Aquellos gastos incurridos durante los primeros tres (3) meses de cobertura, excepto aquellos por accidentes o enfermedad infecciosa.**
6. **Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas en este Anexo.**
7. **Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.**
8. **Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.**
9. **Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada; a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas en este Anexo.**
10. **Aquellos cargos por higiene oral, dietética o programas e instrucciones de control de placas.**
11. **Aquellos cargos por protectores bucales atléticos.**
12. **Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónticas sobre o para reemplazar un diente o dientes posteriores o la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera para coronas enchapadas de acrílico o pónticas.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 101/15-12-2021.
Texto modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/23 -02-2024.

SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PANAMEDIC
ANEXO DENTAL
COBERTURA ADICIONAL (OPCIONAL)

13. **Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.**
14. **Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.**
15. **Aquellos cargos por implantología.**
16. **Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables o medicamentos administrados y/o recetados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.**
17. **Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.**
18. **Aquellos cargos por tratamiento iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.**

CLAUSULA NO. 4 DEFINICIONES

Para efectos del presente Anexo, aplicarán en lo conducente las definiciones contenidas en la Póliza a la cual se anexa el presente y las siguientes:

1. **Gastos Dentales:** Se refiere a los gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) por atención dental practicada por un dentista, por servicios prestados o suministros proporcionados a un Asegurado, y que son necesarios para su cuidado dental y tratamiento. Estos excluirán la porción de cualquier cargo referido en el presente Anexo, que excedan de los Cargo Usuales, Razonable y Acostumbrado por el servicio, suministros o tratamiento por los cuales se incurre el cargo. Dicho cargo razonable y acostumbrado será determinado por la Compañía en base a los cargos cobrados en la localidad por servicios, usuales, suministros o tratamientos similares. El resultado de dicha determinación por parte de la Compañía constituirá el máximo permitido como Gastos Dentales elegibles.

   Para determinar si un cargo es usual, razonable y acostumbrado la Compañía considerará la naturaleza y condición de gravedad del Asegurado, así como las circunstancias especiales o complicaciones que pudieran requerir tiempo adicional, destreza y experiencia, en relación con un servicio en particular o un procedimiento dental.

   Un cargo por Gastos Dentales se considerará incurrido en la fecha en que el procedimiento o servicio es prestado o el suministro proporcionado, excepto que dicho cargo se considere incurrido:

   a) con respecto a dentaduras permanentes, coronas, incrustaciones o calzas, en la primera fecha de preparación del diente o clientes en cuestión.
   b) con respecto a dentaduras removibles parciales o completas, en la fecha en que se hizo el primer molde, o
   c) con respecto a endodoncia, en la fecha en que el diente es abierto para terapia de canal.

2. **Beneficio de Gastos Dentales:** Se refiere a las cantidades pagaderas bajo este Anexo, de conformidad con los beneficios estipulados en el Cuadro de Coberturas y los Gastos Dentales.

3. **Dentista:** Se refiere al individuo Legalmente autorizado para practicar dentistería o a cualquier otro médico que proporcione servicios dentales para los cuales se encuentre legalmente autorizado. La profilaxia dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un dentista será considerada como practicada por un dentista.

4. **Plan de Tratamiento:** Se refiere al informe escrito de un dentista en una forma satisfactoria a la Compañía, en el cual el dentista detalla los resultados del examen del Asegurado, el plan de tratamiento sugerido y el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.

CLAUSULA NO. 5 ELEGIBILIDAD.

A. Elegibilidad del Asegurado Principal

Cada asegurado con derecho a la cobertura estipulada en el presente anexo a partir de la fecha efectiva de la Póliza Individual de Gastos Médicos a la que se anexa y de conformidad con lo que establece el Cuadro de Coberturas y siempre y cuando el Asegurado haya suministrado cuanta información sea exigida por la Compañía.

Cuando la cobertura del presente anexo sea solicitada con posterioridad a la fecha efectiva a la Póliza, el Asegurado deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía sin costo a ésta, antes de que la presente cobertura entre en vigor. La cobertura entra en vigor en la fecha que designe la Compañía, siempre y cuando las pruebas de asegurabilidad sean satisfactorias a ésta.

B. Elegibilidad de los Familiares Dependientes

El Asegurado Principal, tendrá también derecho a seguro para sus dependientes por virtud de este Anexo como sigue: (a) en la fecha en que tenga derecho a seguro si tiene uno o más familiares dependientes en dicha fecha; o, (b) posteriormente, en la fecha en que se origine la relación familiar con el nuevo dependiente.

Cuando la cobertura del presente anexo sea solicitada con posterioridad a la fecha efectiva, el dependiente deberá suministrar pruebas satisfactorias de asegurabilidad a la Compañía sin costo a ésta, antes de que la presente cobertura entre en vigencia. Tal Seguro entra en vigencia en la fecha que designe la Compañía, siempre y cuando las pruebas de asegurabilidad sean satisfactorias a ésta.

Si el Asegurado Principal tiene a sus dependientes asegurados y posteriormente adquiere un nuevo dependiente, eso cambiaría su estado en cuanto al pago de las primas a la Compañía, y quedará inmediatamente asegurado con respecto a dicho nuevo dependiente, sin tener que presentar pruebas de asegurabilidad, presentando la solicitud por escrito a la Compañía dentro de los treinta y un (31) días después que dicho dependiente es adquirido por el Asegurado Principal.

Siempre que se presente una solicitud de seguro por escrito después de los treinta y un (31) días calendario de la fecha de elegibilidad para seguro para dependiente, el Asegurado Principal debe suministrar prueba de asegurabilidad satisfactoria de cada nuevo dependiente a la Compañía, sin costo alguno para ésta, antes de que el seguro de tal dependiente pueda entrar en vigencia. Ese

seguro será efectivo en la fecha que señale la Compañía, siempre que la prueba de asegurabilidad sea satisfactoria a la Compañía. En el caso que dicha prueba de asegurabilidad de algún dependiente no sea satisfactoria para la Compañía, dicho dependiente no podrá ser considerado, para los fines de seguro bajo este Anexo, como un dependiente y por lo tanto no se le proporcionará seguro como tal.

El dependiente que se encuentre hospitalizado en la fecha en que el empleado hubiera quedado asegurado en lo que respecta a tal dependiente o en la fecha de algún cambio en el seguro, ocasionado a su vez, por algún cambio en la clasificación del empleado, podrá llegar a estar asegurado solamente una vez que ya haya sido dado de alta por el hospital. Sin embargo, este párrafo no será aplicable a un recién nacido si el Asegurado Principal se encuentra asegurado en lo que respecta a seguro para dependientes antes del nacimiento de dicho niño.

CLAUSULA NO. 6 TERMINACION DEL PRESENTE ANEXO.

La Compañía pueda dar por terminado el seguro de todos los dependientes bajo este Anexo, de conformidad con lo que al respecto se establece en la Póliza a la cual se anexa el presente.

CLAUSULA NO. 7 DEL ANEXO

Aplicarán a este Anexo todas las estipulaciones generales de la Póliza a la cual se anexa, y las específicas siguientes:

A. Vigencia del Anexo:

El presente Anexo tendrá vigencia a partir de la Fecha Efectiva del mismo y hasta su terminación, o el vencimiento de la Póliza a la cual se anexa, lo que ocurra primero.

B. Aplicación del Deducible:

Será aplicado para cada Asegurado, una vez por Año Calendario, al total de los Gastos Dentales en los tratamientos de tipo I, II y III, previo a aplicar los porcentajes de reembolso según lo establecido en el Cuadro de Coberturas de este Anexo.

C. Periodo de Espera: Se le aplicará a todos los Asegurados bajo este Anexo, un periodo de espera de tres (3) meses a partir de su fecha de inicio de la cobertura bajo este Anexo para todos los Gastos Dentales, excepto aquellos por accidentes o enfermedad infecciosa.

CLAUSULA NO. 8 RECLAMO DE GASTOS DENTALES

Aplicarán a este Anexo las mismas estipulaciones relacionadas para Aviso y Prueba de Reclamación contenidas en la Póliza a la que se anexa, y las siguientes:

1. **EXAMENES:** La Compañía, por cuenta propia, tendrá el derecho y deberá proporcionársele la oportunidad de que un Dentista examine al Asegurado reclamante bajo éste Anexo, cuándo y cuántas veces así lo requiera, en forma razonable.
2. **PLAN DE TRATAMIENTO:** La Compañía podrá requerir como parte de la prueba de reclamación o del Plan de Tratamiento, una placa dental completa detallando cualesquier extracciones, rellenos u otro trabajo efectuado previo a la fecha de la pérdida por la cual se está haciendo reclamación o se está sometiendo un Plan de Tratamiento; además cuentas

detalladas del Dentista u otras fuentes de servicio, suministros y tratamiento; reportes de radiografías o rayos-X, laboratorio u hospital, moldes, modelos o estudio de los mismos u otra evidencia similar de la condición o tratamiento de los dientes y cavidad oral.

3. **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:** Siendo que en la Cobertura Básica de la Póliza se provee de una cobertura limitada de Gastos Dentales por accidente y extracción de terceras molares, si un Asegurado cubierto bajo este Anexo incurre en gastos dentales bajo la Cobertura Básica de la Póliza que a su vez son Gastos Dentales cubiertos bajo este anexo, los beneficios a pagar al Asegurado se determinarán aplicando los beneficios que se estipulan en la Cobertura Básica de la Póliza.

   En ningún caso se pagarán los beneficios de Gastos Dentales contenidos en este Anexo en adición a los pagados en la Cobertura Básica de la Póliza.

4. **PAGO DE BENEFICIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO**: En los casos en que falleciera el Asegurado con anterioridad a que se pagara algún beneficio pendiente de pago, o si dicho Asegurado fuere menor de edad o se encontrare legalmente incapaz para recibir dicho pago, la Compañía podrá pagar dicho beneficio a la persona que haya sido designada como Beneficiaria en la Póliza a la que se anexa el presente Anexo.

   Cualquier pago que se realizare de conformidad con lo anterior será considerado como pago bien hecho y eximirá a la Compañía de cualquier reclamación derivada del mismo.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en Tegucigalpa, M.D.C.a, el día ___ del mes de _____ del año _____.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 101/15-12-2021.
Texto modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 4/23 -02-2024.