

ANEXO No. 1
CONDICIONES GENERALES – ASISTENCIA MÉDICA
PÓLIZA DE VIDA GRUPO
TOMADOR: GIROS Y FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A.

INTRODUCCIÓN

El proveedor autorizado por la Compañía **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, denominado **Global Assist Colombia**, que en adelante para efectos del presente contrato se denominará **EL PRESTADOR** de una parte y de la otra, la persona inscrita en el servicio de asistencia en viajes y para los efectos del presente contrato, se denominará el **ASEGURADO**, quien adquiere el servicio de asistencia, acepta las condiciones generales contenidas en este contrato y se rige al uso del mismo de todos sus términos, manifestando expresamente su aceptación y conocimiento.

1. PROGRAMA

EL PRESTADOR cuenta con su programa de ASISTENCIA MÉDICA. Esta asistencia es suministrada por EL PRESTADOR y sus PROVEEDORES. Con tan sólo una llamada a la línea nacional **01 8000 5 23500** y en Bogotá al **5 94 11 39**. EL PRESTADOR dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema emergente que esté estipulado en la asistencia contratada.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ASEGURADO: Es la persona que adquiere el seguro, a quien se le prestarán los servicios del programa de asistencia objeto de estas Condiciones Generales. Podrá afiliarse desde los 18 años de edad y hasta los 59 años + 364 días, su permanencia dentro del contrato será hasta los 64 años + 364 días.

GRUPO ASEGURADO: Son las personas naturales, familiares del asociado, que éste señale con el referido carácter, dentro de las tres (3) personas que con esta denominación se precisan, siempre y cuando éstos se encuentren dentro del primer grado de consanguinidad incluyendo: Cónyuge, Padres e Hijos(incluye los hijos no propios del cónyuge) y Hermanos.

El grupo asegurado deberá cumplir con los siguientes límites de edad de ingreso y permanencia:

- **Cónyuge:** Edad mínima 18 años, Edad máxima de ingreso 59 años y 364 días y Edad de permanencia 64 años + 364 días.
- **Padres:** (Incluye padre o madre) Edad mínima 18 años, Edad máxima de ingreso 59 años y 364 días y Edad de permanencia 64 años + 364 días.
- **Hijos:** Se incluyen en la póliza máximo tres (3) hijos consanguíneos del asegurado titular, con Edad mínima desde el nacimiento y edad de permanencia: menores de 25 años de edad y que vivan con el asegurado en su mismo domicilio.
- **Hermanos:** Edad mínima desde el nacimiento y edad de permanencia: menores de 25 años de edad y que vivan con el asegurado en su mismo domicilio.

SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en el programa y descritos en el presente documento.

COORDINACIÓN: Actividad administrativa provista por EL PRESTADOR que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de facilitar los recursos

disponibles para cumplir con la solicitud del ASEGURADO en relación a los rubros detallados en el presente documento.

EVENTO: Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o prestación de un servicio de asistencia y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional, operador telefónico, de EL PRESTADOR coordine los medios para proceder a la prestación del servicio de asistencia solicitado.

PROVEEDOR: Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente documento, que en representación de EL PRESTADOR asista al ASEGURADO en cualquiera de los servicios descritos en las presentes condiciones generales.

PERÍODO DE CARENCIA: Es el tiempo durante el cual, no tienen cobertura los hechos y/o amparos detallados en este anexo. El periodo de carencia será de 24 horas a partir del momento de la activación de la asistencia para la atención por accidente, momento a partir del cual el asegurado tendrá derecho a usar el servicio. El periodo de carencia será de 30 días a partir del momento de la activación de la asistencia para la atención por enfermedad, momento a partir del cual el asegurado tendrá derecho a usar el servicio.

PERÍODO DE VIGENCIA: Periodo durante el cual el asegurado tiene derecho a obtener los servicios de asistencia. Comprende desde la fecha de inicio de vigencia hasta su respectiva terminación.

ÁMBITO TERRITORIAL: El derecho a las prestaciones se extiende a los Asegurados que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura de las siguientes: Cundinamarca: Bogotá D.C., Soacha, Chía, La Calera; Antioquia: Medellín, Sabaneta, Envigado, Bello, Copacabana, Girardota, Barbosa, La Estrella, Itagüí, Rionegro, Marinilla, La Ceja, Caldas, La Unión; Valle del Cauca: Santiago de Cali, Yumbo, Jamundí, Palmira, Buenaventura; Atlántico: Barranquilla, Soledad, Puerto Colombia; Santander: Bucaramanga, Piedecuesta, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón; Risaralda: Pereira, Santa Rosa de Cabal; Caldas: Manizales; Quindío: Armenia, Calarcá; Bolívar: Cartagena, Turbaco; Magdalena: Santa Marta; Córdoba: Montería, Cereté, Loricá; Sucre: Sincelejo, Corozal; Cesar: Valledupar; Norte de Santander: Cúcuta; Boyacá: Tunja; Tolima: Ibagué, Melgar; Huila: Neiva, Pitalito; Meta: Villavicencio; Nariño: Pasto; Cauca: Popayán, Caquetá: Florencia; Guajira: Riohacha; Casanare: Yopal y Arauca: Arauca.

CONTACTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del ASEGURADO que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

RESIDENCIA PERMANENTE: El domicilio habitual en la República de Colombia que manifieste tener el ASEGURADO o cualquier otro domicilio que EL ASEGURADO haya notificado a EL PRESTADOR. Domicilio que será considerado como el del ASEGURADO para los efectos de los servicios de asistencia.

ENFERMEDAD: Toda alteración involuntaria del estado de salud de un ser vivo, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por una persona o entidad con la facultad para ello.

3. BENEFICIOS DEL PROGRAMA

ASISTENCIAS		COBERTURAS	
ASISTENCIAS MÉDICAS	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS	
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE	
ATENCIÓN MÉDICA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE			
- MATERIAL DE USO MÉDICO			
- ANALGÉSICOS, ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIPIRÉTICOS			
EXÁMENES DE LABORATORIO DERIVADOS ATENCIÓN MÉDICA			
- HEMOGRAMA COMPLETO			
- EMO ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA	HASTA \$ 250.000 POR EVENTO	4 EVENTOS POR AÑO	
- GLUCOSA			
- GRUPO SANGUÍNEO			
EXÁMENES DE IMÁGENES DERIVADOS ATENCIÓN MÉDICA			
- RADIOGRAFÍA SIMPLE			
- ECOGRAFÍA SIMPLE			
TRASLADO MÉDICO TERRESTRE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE			
- TRASLADO BÁSICO DE EMERGENCIA	SIN LÍMITE	4 EVENTOS POR AÑO	
- TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA			
SERVICIO DE MÉDICO A DOMICILIO	PERÍMETRO URBANO	4 EVENTOS POR AÑO	
ATENCIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN CLÍNICA	HASTA \$ 150.000 POR EVENTO CO-PAGO \$ 30.000	4 EVENTOS POR AÑO	

ASISTENCIAS

1) ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

En caso de necesitar EL ASEGURADO o su GRUPO FAMILIAR una referencia o consulta sobre alguna patología o inquietud asociada a temas de salud, EL PRESTADOR pondrá en contacto vía telefónica al ASEGURADO con un profesional de la salud o prestador de servicios médicos para la orientación. Esta orientación se prestará sin límites de eventos y montos.

2) ATENCIÓN MÉDICA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, INCLUYE MATERIAL DE USO MÉDICO, ANALGÉSICOS, ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIPIRÉTICOS:

Cuando a consecuencia de enfermedad o accidente, EL ASEGURADO utilice la asistencia y en cumplimiento con las condiciones descritas, tendrá derecho a material de uso médico como: yeso, venda, equipo y material de sutura, analgésicos (dolor), anti-inflamatorios (Inflamación), anti-piréticos (Fiebre).

El servicio no incluye tratamientos ni medicamentos posteriores a la urgencia.

3) EXÁMENES DE LABORATORIO DERIVADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA: HEMOGRAMA COMPLETO, EMO ELEMENTAL, MICROSCÓPICO DE ORINA, GLUCOSA Y GRUPO SANGUÍNEO:

En caso que EL ASEGURADO o su GRUPO FAMILIAR utilice la asistencia mencionada y en cumplimiento con las condiciones descritas, tendrá derecho a los siguientes exámenes derivados de la atención médica primaria: Hemograma completo, Emo-elemental, microscópico de orina, glucosa y grupo sanguíneo.

El servicio no incluye tratamientos posteriores a la urgencia.

4) EXÁMENES DE IMÁGENES DERIVADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA: RADIOGRAFÍA SIMPLE Y ECOGRAFÍA SIMPLE:

En caso que EL ASEGURADO o su GRUPO FAMILIAR utilice la asistencia del numeral 3) y en cumplimiento con las condiciones descritas, tendrá derecho a los siguientes exámenes de imágenes si son derivados de la atención médica primaria: Radiografía simple en zona del trauma y Ecografía simple.

Las asistencias del numeral 2), 3) y 4) comparten el monto máximo hasta \$250.000 por evento y 4 eventos máximos de cobertura por año.

El servicio no incluye tratamientos posteriores a la urgencia.

5) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, INCLUYE TRASLADO BÁSICO DE EMERGENCIA, TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA

En caso que EL ASEGURADO sufra una urgencia médica con riesgo para su vida y que amerite atención en un centro asistencial, EL PRESTADOR gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta la clínica u hospital más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir ésta, EL PRESTADOR coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Para este servicio no existe un monto máximo para cada evento, pero se cubren 4 eventualidades en el año.

El traslado podrá realizarse en taxi o en una unidad médica básica o especializada, según el criterio del médico tratante y los servicios disponibles en la zona.

6) SERVICIO DE MÉDICO A DOMICILIO

En caso que EL ASEGURADO lo requiera, EL PRESTADOR enviará un médico hasta el domicilio que el asegurado indique dentro de la ciudad de RESIDENCIA PERMANENTE. Este servicio incluye el costo de la visita, chequeo, revisión o diagnóstico y se realizarán 4 eventos en el año.

El tiempo máximo en el que llegará el médico es de dos horas en ciudades principales y su perímetro urbano y de 3 a 4 horas en los municipios apartados.

7) ATENCIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA EN CLÍNICA

En caso que EL ASEGURADO lo requiera, EL PRESTADOR coordinará y pagará una cita en consultorio con un médico especialista en la ciudad de residencia permanente del asegurado. Este servicio incluye el costo de la consulta. La cobertura de este servicio aplica para los siguientes especialistas: cardiología, dermatología, endocrinología, endoscopia, gastroenterología, genitourinaria, fisiología, ginecología, hematología, obstetricia, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, cirugía de mano, patología,

cirugía reconstructiva, urología, cirugía vascular, reumatología, audiología, fonoaudiología, Otorrinolaringología, fisioterapeuta, mastología, infectología, alergología, neumología e internista. El tiempo de la coordinación de la cita está sujeto a disponibilidad del especialista. Este servicio tiene una cobertura de hasta \$150.000 por evento, estableciendo un copago de \$30.000 y se otorgan 4 eventos en el año.

El tiempo máximo de respuesta para la atención de los especialistas es de ocho días. Para solicitar este servicio debes tener una orden de médico general o especialista.

4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Con el fin que EL ASEGURADO pueda disfrutar de los servicios contemplados, el mismo deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

A) Abstenerse de realizar gastos sin haber consultado previamente con EL PRESTADOR, es decir cuando por alguna circunstancia EL ASEGURADO realice cualquier tipo de gasto deberá solicitar autorización a EL PRESTADOR a fin de no realizar gastos innecesarios o gastos no restituibles posteriormente.

B) Identificarse como ASEGURADO ante los representantes de EL PRESTADOR o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en estas condiciones generales. C) Dar aviso oportuno a EL PRESTADOR del cambio de RESIDENCIA PERMANENTE de EL ASEGURADO. Queda entendido que en caso de que EL ASEGURADO establezca su RESIDENCIA PERMANENTE en un lugar distinto al territorio del país en el cual contrató los SERVICIOS, la relación entre EL PRESTADOR y el ASEGURADO se tendrá por extinta, con lo cual EL PRESTADOR se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en las condiciones generales.

5. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que un ASEGURADO requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

A) EL ASEGURADO que requiera del servicio se comunicará con EL PRESTADOR a los números telefónicos especificados para el programa de asistencia.

B) EL ASEGURADO procederá a suministrarle al representante de EL PRESTADOR que atienda la llamada respectiva, los datos necesarios para identificarlo como **ASEGURADO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta del ASEGURADO, EL nombre del ASEGURADO, un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por parte del **ASEGURADO sobre** el problema que sufre, el tipo de ayuda que precise en relación con el cual se solicite el servicio. Al momento de recibir al prestador EL ASEGURADO deberá mostrar una identificación con fotografía.

Queda entendido que el personal de EL PRESTADOR únicamente prestará los servicios contemplados en estas Condiciones Generales, a las personas que figuren como **ASEGURADOS** activos. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, EL PRESTADOR le prestará al **ASEGURADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones de las Condiciones generales. En caso de que EL ASEGURADO no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, EL PRESTADOR no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados en las Condiciones Generales.

6. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Queda entendido que EL PRESTADOR podrá prestar los servicios en forma directa o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad. LA COMPAÑÍA

ASEGURADORA queda totalmente exenta de responsabilidad por la prestación de los SERVICIOS, debiendo EL PRESTADOR mantenerla en todo momento indemne de cualquier tipo de reclamo, extrajudicial o judicial. También se establece que los SERVICIOS solo se prestarán en las ciudades que se encuentren en el ámbito territorial descrito en el presente documento.

7. CASOS DE EXCEPCIÓN

No son objeto de los SERVICIOS, las situaciones que presenten las siguientes causas:

- La mala fe de EL ASEGURADO, comprobada por el personal de EL PRESTADOR.
- Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, asonada.
- Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- La energía nuclear radiactiva.

EL PRESTADOR avisará a LA COMPAÑÍA ASEGURADORA de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate, siempre que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

8. EXCLUSIONES

- Cuando EL ASEGURADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando EL ASEGURADO no se identifique como activo en la póliza.
- Cuando EL ASEGURADO incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.
- Cirugía plástica o cosmética u odontológica.
- Intento de suicidio o lesiones provocadas intencionalmente, estando o no en uso de las facultades mentales.
- Enfermedades congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación del seguro. Esta exclusión aplica así declares que padece la enfermedad antes de contratar el seguro.
- El uso de aviones, aeroplanos y otros objetos de este tipo en calidad de piloto, piloto en formación, mecánico de aviación o miembro de la tripulación.
- Lumbalgias, espasmos musculares y hernias de cualquier clase.
- Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- Fisión o fusión nuclear o radioactividad.
- Enfermedades psiquiátricas, psicológicas, trastornos del sueño, alcoholismo o drogadicción.
- Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, entre otros.
- La gestación y el parto normal o ectópico. Esta exclusión solo aplica para los servicios de atención médica y médico especialista en consultorio o clínica, exámenes básicos a domicilio.

ANEXO No.1
CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA FAMILIAR
Servicios de Urgencia Odontológica

POR ACUERDO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA NO. _____ FORMALIZADO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, EN ADELANTE LA COMPAÑÍA, SIEMPRE Y CUANDO MEDIE EL PAGO DE LA PRIMA RESPECTIVA, ASEGURA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA ODONTOLÓGICA, A LAS PERSONAS ASEGURADAS QUE APAREZCAN RELACIONADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS:

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA SE LIMITA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A TRAVÉS DE TERCEROS, QUE EN ESTE CASO SON ODONTÓLOGOS DEBIDAMENTE HABILITADOS Y A LOS QUE SE PUEDE ACCEDER CONTACTANDO A SIGMA DENTAL DE COLOMBIA SAS, EN ADELANTE SIGMA DENTAL.

CONDICIÓN 1
AMPARO:

El presente anexo ampara los gastos incurridos por el asegurado titular y/o sus familiares a consecuencia de una urgencia odontológica, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de urgencia odontológica indicada en la CONDICIÓN 3- definiciones de este anexo.

Los servicios serán los siguientes:

Cobertura de Urgencia:

Restauradora y Operatoria:

- Amalgamas (calza dental gris)
- Resinas (calza dental blanca)
- Ionómeros de vidrio en cuello de los dientes (Clase V). (Calza dental blanca)

Cirugía: (extracción simple: es el procedimiento por el que se practica el retiro de un diente o parte de él de la cavidad oral, mediante unas técnicas y un instrumental específicos, sin que implique procedimientos quirúrgicos que requieran remoción de tejidos como hueso o encía).

- Extracciones simples en dientes permanentes.
- Extracciones simples en dientes temporales (dientes de leche).
- Extracciones simples en dientes restos radiculares (diente deteriorado).
- Extracciones simples en dientes fracturados.

Endodoncia:

- Pulpectomías (retiro del nervio dental)
- Recubrimiento pulpar directo e indirecto (Colocación de protección al nervio)
- Pulpotomías (retiro parcial del nervio dental)- Aplica para dientes temporales
- Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multiradiculares (tratamientos de conducto) realizado por primera vez.

Radiografías:

- Periapicales individuales y Coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio (radiografías bucales donde se observan 1 o 2 dientes).

Periodontal:

- Detartraje en caso de urgencia (Eliminación de cálculos dentales).
- Profilaxis en caso de urgencia (limpieza dental básica)
- Ajustes de Oclusión (quitar contactos entre dientes que generen molestia).

Protésica:

- Cementado provisional de coronas y puentes fijos (pegado de coronas o puentes fijos que se hayan caído).
- Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (reparación de prótesis dentales en el consultorio).

Cuando la urgencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente anexo, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas con quienes SIGMA DENTAL tiene convenio, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CONDICIÓN 2.
EXCLUSIONES

Este anexo no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una urgencia odontológica, entre los cuales a título enunciativo se encuentran los siguientes:

- a) Tratamientos y/o controles no contemplados específicamente en la condición 1. para las siguientes especialidades: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, Odontopediatría y cualquier otra.
- b) Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte de ODONTÓLOGOS que no son representados por SIGMA.
- c) Retratamientos de conducto Unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
- d) Tratamientos estéticos.
- e) Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre este tipo de urgencia, ya que se considera una urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anesthesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- f) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la condición 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- g) Defectos físicos.
- h) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- i) Radioterapia o quimioterapia.
- j) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de urgencia odontológica indicada en la condición 3 de este anexo.
- k) Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos amparados y no amparados por este anexo.

CONDICIÓN 3. **DEFINICIONES.**

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) Urgencia Odontológica:

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

b) Odontólogos -Centros odontológicos- Consultorios:

Profesionales debidamente habilitados por las autoridades competentes para prestar servicios de asistencia odontológica a los que el asegurado podrá acceder previo contacto con SIGMA DENTAL, compañía con la cual EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios.

CONDICIÓN 4. **PRESTACION DE SERVICIOS.**

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este anexo, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos que podrá contactar a través de SIGMA DENTAL. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por SIGMA DENTAL. SIGMA DENTAL no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los que SIGMA DENTAL representa, ni por los tratamientos no contemplados en este anexo, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS ASEGURADOS en los horarios informados al asegurado cuando este se comunique a la línea telefónica.
- c) Para urgencia en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en los Centros Odontológicos previamente especificados a LA COMPAÑÍA y LOS ASEGURADOS.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente anexo están a cargo de Odontólogos habilitados, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por LA COMPAÑÍA en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.
- e) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste anexo, deberá ponerse en contacto con Sigma Dental, donde un funcionario lo referirá a uno de los odontólogos representados por SIGMA cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. EI ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- f) Para urgencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL, quien estará encargado de referirlos a un

Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la urgencia odontológica.

- g) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo a SIGMA DENTAL y/o al ODONTÓLOGO con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a SIGMA DENTAL (con copia a LA ASEGURADORA) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 5.

CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO.

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos que tengan convenio con SIGMA DENTAL, o en el Centro, Consultorio u odontólogo que sí tengan convenio no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de urgencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables” incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de urgencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL, una vez que presente a SIGMA DENTAL la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos con los que SIGMA DENTAL tenga convenio, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

CONDICIÓN 6.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO.

- a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación. a SIGMA y/o al ODONTOLOGO
- b) EL ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.
- c) EL ASEGURADO está obligado a entregar todas las facturas y documentos requeridos por SIGMA DENTAL en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Urgencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en la CONDICIÓN 5- CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO del presente Anexo.

CONDICIÓN 7.
EXONERACION DE RESPONSABILIDAD.

LA COMPAÑÍA se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

CONDICIÓN 8.
PLAZO PARA QUEJAS

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor a diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación a SIGMA DENTAL, con copia a LA COMPAÑÍA.

CONDICIÓN 9.
PRIMA

Será la indicada en la carátula de la póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza básica.

CONDICIÓN 10.
TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo podrá ser revocado por La Compañía ó por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza Básica.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza Básica, para el presente Anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (Los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.

EL TOMADOR

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
FIRMA AUTORIZADA