



CONDICIONES PARTICULARES SEGURO PROTECCIÓN FAMILIAR
(Uso exclusivo para pólizas vigente en circulación, provenientes de Generali)

1. DEFINICIONES:

Asegurado: es la persona en cuyo favor se emite el seguro.

Beneficiario: Persona natural titular del derecho a la indemnización.

Fecha Efectiva: Es la fecha de inicio para toda la cobertura prevista en la Póliza al momento de su contratación, la cual será indicada en la factura fiscal de compra del seguro.

2. BENEFICIARIO:

Los beneficios bajo este contrato suplementario, serán pagados al beneficiario declarado en la tarjeta de seguro. En caso de no haber sido designado beneficiarios o que los designados no sobrevivan, el beneficio será pagado a los herederos legales del asegurado.

3. PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS RECLAMOS.

Dentro de las cuarenta y ocho horas (48) que siguieren a un accidente, sus beneficiarios deberán hacerlo constar por un reconocimiento médico, o a falta de éste, por cualquier otro medio legal, y notificarlo a la Compañía. Vencido el plazo aquí estipulado el reclamo será considerado extemporáneo y no cubierto. El certificado médico o la prueba respectiva relatarán las causas del accidente y las consecuencias posibles del mismo. Además deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Tarjeta de Seguro con firma del asegurado.
- b) Original o Copia de Factura Fiscal impresa con Fecha y Hora Legible.
- c) Copia de cédula o identificación

personal del Asegurado.

- d) Certificado de Defunción del Asegurado.
- e) Factura de los servicios de suministro de luz, agua y teléfono fijo a nombre del asegurado. (El pago de este beneficio se emitirá a favor de cada entidad y hasta el monto total de la cobertura por los tres servicios)

Cualquiera documentación que se remita a la compañía y que no incluya toda la información citada no será considerada como una declaración de siniestro válidamente realizada. La compañía notificará al Asegurado la información adicional que requiera.

La compañía se obliga a pagar en un término de treinta (30) días, una vez recibidos a satisfacción la documentación de reclamos.

4. PLANES

Existirán dos (2) tipos de cobertura:

- a) Cobertura por treinta (30) días a partir de la contratación de la póliza.
- b) Cobertura por seis (6) meses a partir de la contratación de la póliza.
- El cliente podrá adquirir hasta un máximo de cuatro (4) tarjetas del mismo plan (Todos dentro del mismo periodo de vigencia).

Edad de Elegibilidad:	18 – 65 años
Coberturas:	
Muerte Accidental:	B/.5,000.00
Adelanto de Gastos Funerarios	B/. 2,000.00
Pago Servicios Básicos (Luz, agua, Teléfono)	Hasta B/.75.00 por mes máximo 6 meses
Canasta Básica	B/.300.00 por mes máximo 6 meses.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO ASEGURA TU TRIP

1. DEFINICIONES:

Asegurado: es la persona en cuyo favor se emite el seguro.

Asegurado Principal: Se refiere a la persona que solicita el seguro y cubierto bajo este contrato.

Dependiente(s): Se refiere al cónyuge legítimo y /o hijo(s) menores de 24 años, reconocidos o legalmente adoptados, solteros, estudiante a tiempo completo y dependiente económicamente del Asegurado Principal o Cónyuge.

Igualmente se entiende que cualquier hijo soltero, independientemente de su edad y que se encuentre incapacitado para trabajar debido a impedimento físico o retardo mental, y cuyo impedimento o retardo haya comenzado antes de haber cumplido los veinte (20) años de edad, podrá ser incluido como Dependiente del Asegurado Principal y éste deberá suministrar a La compañía prueba fehaciente de dicha discapacidad y dependencia económica.

2. BENEFICIARIO:

El beneficio será pagado a los herederos legales del asegurado principal y/o el Cónyuge.

3. PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS RECLAMOS.

Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas que siguieren a un accidente, el Asegurado o sus beneficiarios deberán hacerlo constar por un reconocimiento médico, o a falta de éste, por cualquier otro medio legal, y notificarlo a la Compañía. Vencido el plazo aquí estipulado el reclamo será considerado extemporáneo y no cubierto. El certificado médico o la prueba respectiva relatarán las causas del accidente y las consecuencias posibles del mismo. Además deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Tarjeta de Seguro con firma del asegurado.
- b) Original o Copia de Factura Fiscal impresa con Fecha y Hora Legible.
- c) Copia de cédula o identificación personal del asegurado.
- d) Certificado de Defunción del Asegurado en caso de Muerte Accidental.
- e) Formulario de Reclamos debidamente completado por el asegurado y médico tratante, donde indique diagnóstico y copia del informe del accidente y/o cualquier documento que sustente la reclamación médica. El mismo debe contener el sello con el No. de registro y la firma del médico.
- f) Facturas o comprobantes del pago, con clara y detallada indicación de los servicios recibidos, de acuerdo con los requisitos establecidos por ley.
- g) Los recibos y facturas deben contar con No. De R.U.C., su dígito verificador y numeración continua, deben estar a nombre del asegurado, ser originales y no tener borrones, tachones o alteraciones.

Cualquiera documentación que se remita a la compañía y que no incluya toda la información citada no será considerada como una declaración de siniestro válidamente realizada. La compañía notificará al Asegurado la información adicional que requiera.

El Asegurado o sus dependientes deberán permitir cualquier averiguación o comprobación que esta considere necesaria, comprometiéndose a prestar su colaboración para la obtención de la información solicitada. Si el Asegurado no se sometiere a los reconocimientos antes mencionados, perderá su derecho de indemnización correspondiente.

La compañía se obliga a pagar en un término de treinta (30) días, una vez recibidos a satisfacción la documentación de reclamos.

2. Planes

Existirán dos (2) tipos de cobertura:

- a) **Cobertura Individual por cuarenta y ocho (48) horas a partir de la contratación de la póliza**

Edad de Elegibilidad:	18 – 65 años
Coberturas:	
Muerte Accidental:	B/.5,000.00
Reembolso Gastos Médicos por accidente :	Hasta B/. 500.00
Asistencia Dental de Emergencia:	Incluye Odontalgia y Exodoncia Simple.

- b) **Cobertura Familiar por cuarenta y ocho (48) horas a partir de la contratación de la póliza.**

Edad de Elegibilidad:	18 – 65 años
Coberturas:	
Muerte Accidental:	B/.5,000.00 Asegurado Principal y Cónyuge.
Reembolso Gastos Médicos:	Hasta B/. 500.00 por persona: Asegurado Principal, Cónyuge y Máx. 3 hijos menores de 24 años.

El inicio de las coberturas previstas corresponde a la fecha de la factura fiscal al momento realizar la compra del beneficio.

ANEXO DE SERVICIO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA SIN

De seguido se establecen las condiciones que rigen para el servicio odontológico como deben ser aplicadas.

CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en este servicio.

- **AMALGAMA:** Es una aleación de mercurio con uno o más metales que fundidos a temperatura ambiente adoptan una cristalización característica, confiriéndole determinadas propiedades, empleada para restaurar dientes permanentes o temporales en el sector posterior.
- **CURAS FORMOCRESOLADAS:** Se basa en la aplicación de una solución de formocresol a la pulpa radicular, se coloca un apósito antiséptico (pasta trío: Óxido de Zinc, Eugenol y Formocresol) antes de restaurar el diente.
- **DESTARTRAJE SIMPLE:** Procedimiento mediante el cual se retira el cálculo dental (sarro), depósitos blandos (placa) y manchas de los dientes. Este proceso se lleva a cabo supragingivalmente.
- **DIAGNÓSTICO:** Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo.
- **EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:** Se define como cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine

ENDODONCIA“ODONTALGIA” MÁS EXODONCIA

procedimientos o servicios amparados por esta cobertura y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Corresponden con un dolor agudo en un diente o zona determinada de la cavidad bucal; obedecen al daño originado por la caries en el órgano pulpar (nervio). Pueden ir acompañadas de inflamación producto de la formación de un absceso (colección localizada de pus o acumulación de pus). Son atendidas a través de eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio ionomérico de acuerdo al caso y tratamientos de conducto mono y multiradiculares.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Son aquellas que involucran el tejido de soporte del diente (encía y hueso). Su origen se encuentra relacionado con la enfermedad periodontal, así como a traumatismos, apretamiento y rechinado de los dientes (Bruxismo). En algunas ocasiones se presentan en forma combinada con una emergencia endodóntica. También se observa dolor, inflamación y abscesos. Son atendidas a través de un destartraje simple.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Son menos frecuentes que las emergencias periodontales y están vinculadas con pacientes portadores de prótesis fijas (coronas y puentes fijos), removibles (puentes con ganchos) y totales (planchas). Se llevan a cabo cementados provisionales o definitivo de prótesis fijas y/o reparación de prótesis removibles (únicamente sustitución de dientes).

- **EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES:** Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.
- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) buco dentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya en el estudio de los modelos, para lo cual se toma una impresión a las arcadas dentarias del paciente (rebordes maxilares) y en un estudio radiográfico, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común).
- **PLAN DE TRATAMIENTO:** Secuencia de medidas terapéuticas propuestas por el odontólogo tratante para controlar la dolencia del paciente.
- **PROFILAXIS:** Remoción mecánica de la placa bacteriana o dental la cual corresponde a una película transparente formada por microorganismos que se adhieren a la superficie dental. Esta película es un agente fundamental en la formación de la caries por lo que al eliminarla se previene el desarrollo de la misma. También es conocida en términos odontológicos como Higiene Bucal.
- **PRONÓSTICO:** Indicios de recuperación para un paciente cuyo diagnóstico ha sido anteriormente establecido.
- **RADIOGRAFÍA CORONAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- **RADIOGRAFÍA PERIAPICAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- **RESINAS FOTOCURADAS:** La resina es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos en los dientes anteriores o posteriores, conformado por un componente orgánico llamado matriz (polímeros) y un componente inorgánico formado por minerales (relleno). Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta.
- **SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS:** Material preventivo de consistencia fluida que libera flúor, indicado principalmente para dientes posteriores (molares y premolares) con fosas y fisuras profundas. Actuando como barrera física impidiendo que las bacterias y restos de alimentos penetren.
- **VIDRIO IONOMÉRICO:** Material restaurador que se utiliza frecuentemente para tratar lesiones en el cuello de los dientes producidas por la migración de la encía a ese nivel lo que produce sensibilidad. Tiene propiedades estéticas que le confieren una gran aceptación desde este punto de vista. A su vez por su composición química es capaz de producir un mecanismo de adhesión al diente sumamente estable y liberar flúor, lo que a su vez le proporciona cualidades preventivas para evitar la caries. También se utiliza para regularizar el piso de cavidades en los dientes que van a ser restaurados con amalgama o resina fotocurada, procurando una mejor distribución de las fuerzas masticatorias.

CLÁUSULA II. PERSONAS ASEGURADAS

Son todas aquellas personas que se encuentran incluidas en la póliza de la cual este servicio es parte integrante, tal como se define en la Cláusula Personas Aseguradas de las condiciones generales de la póliza.

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA DEL SERVICIO

Los servicios que se indican en este anexo aplican únicamente dentro de la República de Panamá.

CLÁUSULA IV. COBERTURAS

Para efectos de esta póliza se proveerá el servicio en caso que el Asegurado sufra una emergencia odontológica tal como se define en la Cláusula Términos y Definiciones de este Anexo.

Tratamiento inicial y medicación (no están cubiertos medicamentos) en caso de presentarse dolor dental, que incluye los siguientes procedimientos:

- Eliminación de Caries
 - Recubrimiento pulpar directo e indirecto
- Aplicación de cura formocresolada y obturación provisional.
 - Sistema de interconsulta y referencias con especialistas.
- Receta médica en caso de dolor muscular y abscesos.
- Receta médica en el caso de estomatitis sub-protésica
- **Cirugía:** Exodoncia Simple de dientes temporales y permanentes (Limitada una al año por persona)

Cualquier reclamo, observación o queja en relación a los servicios prestados de las coberturas descritas anteriormente, deberá ser

realizada por escrito a la Aseguradora 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 reclamo.

CLÁUSULA V. OPERATIVIDAD DEL SERVICIO

Los tratamientos deberán en todos los casos ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea uno de los que están autorizados por dicha Red.

El procedimiento para atención odontológica es el siguiente:

- En caso de que el Asegurado requiera de servicio odontológico, deberá notificarlo telefónicamente a los siguientes números o bien al correo electrónico que se indica de seguido:

Correo electrónico:

pdelepiani@sigmadental.com.pa

Teléfono: 800-SGMA (7462)

- El Asegurado debe indicar al Operador que le atiende la siguiente información:
 - Nombre y Apellidos.
 - Número documento que acrediten su identidad, cédula o pasaporte.
 - Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
 - Dirección y teléfono de lugar donde se encuentra.
 - Número de tarjeta y fecha de vigencia del seguro que aparece en la factura fiscal.

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

- En caso de emergencias nocturnas, días festivos y fines de semana, el Operador consultará el listado de doctores de guardia con la finalidad de canalizar la atención telefónica del paciente, el odontólogo dará indicaciones médicas para el momento y se gestionará la atención en el consultorio más cercano a la ubicación del Asegurado a primera hora del día siguiente.
- Una vez que el Asegurado acude a la cita programada, el odontólogo le solicitará la tarjeta y la copia u original factura fiscal con fecha y hora legible para corroborar que el número y la fecha de vigencia coincide con la información que le proporcionó el Operador y verificará si esta dentro del período de cobertura de acuerdo a la fecha de vigencia de la tarjeta.

CLÁUSULA VI. PREEXISTENCIAS

Este servicio no tiene preexistencias.

CLÁUSULA VII. DEDUCIBLE

Para este servicio no se aplica ningún tipo de deducible.

CLÁUSULA VIII. EXCLUSIONES

1. Esta póliza no cubre los siguientes gastos incurridos y los servicios originados como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica y que no estén expresamente indicadas en la Cláusula Coberturas de este anexo.
2. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes; cirugía, radiología, prostodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la Cláusula Cobertura de este anexo.
3. Emergencias quirúrgicas mayores originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes.

4. Anestesia General o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la cobertura, luego de estar el Asegurado bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
5. Defectos Físicos.
6. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
7. Radioterapia o quimioterapia.
8. Tratamientos láser.
9. Hospitalizaciones.
10. Metales preciosos.
11. Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en las definiciones de este Anexo.
12. Servicios ocurridos fuera de la República de Panamá.
13. Extracción de terceras molares (muelas del juicio)

No obstante lo anterior, si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en la presente póliza, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.