



Póliza de Seguro de Salud Odontológico Colectivo

Apreciado asegurado:
Para su conocimiento,
agradecemos leer en forma
detenida, la información
contenida en este clausulado

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



Liberty
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

Póliza de Seguro de Salud Odontológico Colectivo

Condiciones Generales

CLÁUSULA PRIMERA

AMPARO

LIBERTY SEGUROS S.A., EN ADELANTE LIBERTY, BAJO LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CUBRE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS ODONTOLÓGICOS REQUERIDOS POR LOS ASEGURADOS, CON SUJECCIÓN A LOS LÍMITES PACTADOS ESPECIFICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1. URGENCIAS
2. CONSULTAS
3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
4. RADIOLOGÍA
5. OPERATORIA
6. PERIODONCIA
7. ENDODONCIA
8. CIRUGÍA ORAL
9. ODONTOPEDIATRÍA

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE ESTOS AMPAROS Y SU FORMA DE APLICACIÓN APARECEN ESPECIFICADOS EN LA CLÁUSULA CUARTA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE CONTRATO.

LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, OBJETO DE COBERTURA DE ACUERDO A LOS PLANES CONTRATADOS QUE OPERAN DE FORMA ILIMITADA, SERÁN PRESTADOS A TRAVÉS DE LAS INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED CONTRATADA POR LIBERTY, CONTENIDA EN EL ANEXO DE ESTE CONTRATO. EL ASEGURADO MANIFIESTA CONOCER Y ACEPTAR QUE EL CONTENIDO DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, PUEDE VARIAR EN CUALQUIER MOMENTO, SIN PREVIO AVISO DE LA ASEGURADORA Y SIN QUE POR ELLO SE ENTIENDA QUE SE CONFIGURA UN INCUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.

EL ÚNICO BENEFICIO QUE OPERA POR FUERA DE LA RED BAJO CONVENIO CON LIBERTY ES EL DE URGENCIAS Y SOLO SI EN LA CIUDADES EN DONDE SE PRESTE DICHO SERVICIO NO EXISTE INSTITUCIÓN U ODONTÓLOGO ADSCRITA A LA RED DE LIBERTY. EN ESTE CASO LOS GASTOS SERÁN RECONOCIDOS EN UNA SUMA IGUAL A LAS TARIFAS QUE RECONOCE LIBERTY A LAS INSTITUCIONES U ODONTÓLOGOS

ADSCRITOS A LA RED.

PARÁGRAFO PRIMERO: LOS BENEFICIOS DESCRITOS EN ESTA CLÁUSULA TENDRÁN OPERANCIA DE ACUERDO CON LOS PLANES CONTRATADOS, LOS CUALES SE DESCRIBEN EN EL ANEXO N° 1 DE ESTE CLAUSULADO

- PLAN LIBERTY ODONTOLÓGICO BASICO
- PLAN LIBERTY ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO
- PLAN LIBERTY ODONTOLÓGICO PLUS

PARÁGRAFO SEGUNDO: EN TODO CASO, SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA LA OPERANCIA DE LOS AMPAROS EN ESTE SEGURO, SALVO EL DE URGENCIAS Y LAS CONTENIDAS DENTRO DEL PLAN LIBERTY ODONTOLÓGICO BÁSICO, EL DIAGNÓSTICO PREVIO Y DEFINICIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO POR PARTE DEL ODONTÓLOGO ORIENTADOR.

CLÁUSULA SEGUNDA

EXCLUSIONES GENERALES

ESTA PÓLIZA NO AMPARA LOS GASTOS RELACIONADOS CON EVENTOS QUE TENGAN ORIGEN O ESTEN RELACIONADOS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ESTETICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y CUALQUIER CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DENTAL.
- B. TRATAMIENTOS ORIGINADOS EN ENFERMEDADES MENTALES Y LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTROPICAS, ALCOHOLICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACION MENTAL DE CUALQUIER ETIOLOGIA.
- C. EXAMENES, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y EN GENERAL, EL TRATAMIENTO DE LESIONES O AFECCIONES DE ORIGEN DENTAL NO CUBIERTOS POR LOS AMPAROS DE LA POLIZA, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUYO TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y QUIRURGICO HAYA SIDO CUBIERTO

- POR ESTE SEGURO, EN CUYO CASO SE EXCLUYEN LOS APARATOS DE PROTESIS, SU IMPLANTACION Y RESTAURACION.
- D. LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELION, SEDICION Y ASONADA – BAJO LA DEFINICION QUE DE ELAS SE ESTABLECE EN EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO, CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.
- E. LOS FENOMENOS DE LA NATURALEZA DE CARACTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMPESTADES CICLONICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
- F. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
- G. LOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA
- H. LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAJIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACION NO COMERCIAL, MONTANISMO Y OTROS SIMILARES.
- I. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUIRÚRGICOS U HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ETICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARA CLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
- J. LESIONES AUTOINFLINGIDAS Y/ O INTENTO DE SUICIDIO.
- K. LOS TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS COMO CONSECUENCIA O COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- L. PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓN DOMICILIARIA
- M. TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL IMPORTADO NO RECONOCIDO EN COLOMBIA Y EN EL PLAN DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA; PRÓTESIS, IMPLANTES, REHABILITACIÓN ORAL, DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR, SERVICIOS DE ORTODONCIA Y/O ORTOPEDIA FUNCIONAL; SERVICIOS CON METALES PRECIOSOS Y/O CUALQUIER TIPO DE PORCELANAS O CERÁMICA (PROSTODONCIA Y/O REHABILITACIÓN), ODONTOLOGÍA COSMÉTICA.
- N. PROCEDIMIENTOS PRESTADOS POR INSTITUCIONES Y ODONTÓLOGOS NO ADSCRITOS A LA RED DEFINIDA.
- O. PROCEDIMIENTOS NO AUTORIZADOS

- P. POR EL ODONTÓLOGO ORIENTADOR
- P. JUEGOS PERIAPICALES COMPLETOS Y RADIOGRAFIAS PANORAMICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS, CARILLAS PARA CAMBIOS DE FORMA, TAMAÑO O COLOR DE LOS DIENTES, O EL CAMBIO DE AMALGAMAS QUE SE ENCUENTREN ADAPTADAS Y FUNCIONALES POR RESINAS, ASÍ MISMO RESTAURACIONES PARA SENSIBILIDAD DENTAL, BLANQUEAMIENTOS DE DIENTES NO VITALES REPARACIÓN DE PERFORACIONES DENTALES, SALVOS LAS CAUSADAS POR LOS ODONTÓLOGOS ADSCRITOS A LA RED Y PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL.

CLAUSULA TERCERA

LIMITACIONES

- 1) LOS BENEFICIOS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SÓLO TENDRÁN OPERANCIA PASADOS TREINTA DÍAS DE EXPEDIDA ESTA PÓLIZA.
- 2) DURANTE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, O DE LA INCLUSIÓN DE CADA ASEGURADO, NO SE AUTORIZARÁN CIRUGÍAS O TRATAMIENTOS, EXCEPTO LOS DERIVADOS POR UNA URGENCIA QUE SE PRESENTE DESPUÉS DE LAS 72 HORAS DE EXPEDIDA LA PÓLIZA.
- 3) DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO SE COBRARÁ UN COPAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
 - A. PÓLIZAS COLECTIVAS: SE AJUSTAN A LOS VALORES DEFINIDOS QUE APARECEN DETERMINADOS EN LA CARÁTULA O ANEXO DE LA PÓLIZA.
- 4) PARA LOS AMPAROS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, URGENCIAS Y EN GENERAL LAS COBERTURAS DEL PLAN LIBERTY ODONTOLÓGICO BÁSICO Y CONTROLES SEMESTRALES DE TRATAMIENTOS REALIZADOS, SE PODRÁ ACCEDER SIN COBRO DE COPAGO ALGUNO.

PARA EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DE PERMANENCIA DE UN ASEGURADO EN LA MISMA SE APLICARÁN LOS PERIODOS DE CARENCIA QUE SE REGISTRAN EN EL ANEXO NÚMERO UNO (1) DE ESTA PÓLIZA PARA LOS DIFERENTES AMPAROS. LOS TREINTA (30) DÍAS DE ESPERA PARA INICIO DE TRATAMIENTO SUMAN A LOS

PERÍODOS DE CARENANCIA ESTABLECIDOS EN EL CITADO ANEXO N°1.

- 6) LOS BENEFICIOS OTORGADOS EN ESTE SEGURO NO TENDRÁN OPERANCÍA PARA TRATAMIENTOS DIAGNOSTICADOS QUE VENGAN EN CURSO TALES COMO TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS O ENDODONCIAS EN DIENTES UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y MULTIRRADICULARES Y EN APICECTOMÍA DE DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES, TRANSPLANTES, REIMPLANTES.

CLÁUSULA CUARTA

COBERTURAS

LIBERTY se obliga a dar cobertura a los siguientes procedimientos odontológicos en un todo de acuerdo con los plazos de repetición y limitaciones y ajustados al plan contratado.

- 1. URGENCIAS:** Bajo esta cobertura se incluyen las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten al sistema estomatognático (tejidos duros y blandos de cabeza y cavidad oral), causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata. Estos eventos incluyen hiperemias pulpaes, pulpitis agudas (afección de nervio dental), hemorragias post quirúrgicas o post traumáticas (sangrado), trismus (dolor muscular y/o dificultad en la apertura bucal), avulsiones (desalojo total de piezas dentales) y luxaciones dentales (movilidad dental a causa de trauma), drenaje de abscesos de origen endodóntico (afección de nervio) o periodontal (afección de tejidos de soporte del diente) y otros. Para los casos en que se presente fracturas de huesos de la cara o de los maxilares, sólo se prestará la atención inicial de urgencias que incluye reposición de dientes avulsados y/o luxados, sutura de tejidos bucales lacerados, control de hemorragias y prescripción de analgésicos. En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos, sólo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiriera para el manejo intrahospitalario de estos pacientes.
- **URGENCIA,** Todo aquello que conduzca al alivio de dolor, incluye drenaje absceso intraoral y extraoral.
 - **FERULIZACIÓN**

- 2. CONSULTAS:** Bajo esta cobertura se incluye la realización y evaluación clínica del estado de salud oral a través del odontólogo orientador y remisiones que este efectúe a odontólogos generales y especialistas en Periodoncia (tejidos blandos y de soporte del diente) endodoncia (tejido radicular), cirugía oral y odontopediatría (odontología en niños).

1.1 VALORACIÓN GENERAL POR ODONTÓLOGO ORIENTADOR
Sólo se admiten interconsultas con odontólogos especialistas autorizados por el Odontólogo Orientador, siempre y cuando conduzcan a un tratamiento que se ajuste al plan contratado.

1.2 CONSULTA ODONTÓLOGO ESPECIALISTA (ODONTOPEDIATRÍA ENDODONCIA PERIODONCIA CIRUGÍA ORAL)

- 3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** Bajo este amparo se otorga cobertura a los siguientes eventos.

Práctica de medidas destinadas a la promoción y prevención de la salud oral, tales como charlas individuales de motivación y concientización, control de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado y uso de seda dental. En pacientes pediátricos, además se incluyen instrucciones para el manejo de la dieta y efectos del azúcar en la salud oral y procedimientos terapéuticos tales como profilaxis (limpieza), fluorizaciones.

- **EDUCACION Y MOTIVACION EN HIGIENE ORAL,** dos veces por año, una cada seis meses
- **APLICACIÓN TOPICA DE FLUOR,** Dos veces por año, una cada seis meses. Sólo hasta los 15 años de edad, plazo de repetición un año.
- **APLICACIÓN TÓPICA DE FLUOR,** en casos de sensibilidad dental por retracción gingival con dolor. Dos veces por año, una cada seis meses
- **PROFILÁXIS ORAL,** una vez cada seis meses
- **DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL.** Dos veces por año, una cada seis meses.

- 4. RADIOLOGÍA:** Bajo este concepto se otorga cobertura a las radiografías periapicales preliminares que serán empleadas como ayudas diagnósticas para los tratamientos a practicar, e igualmente las radiografías periapicales de control que serán utilizadas durante la realización de procedimientos endodónticos (tratamiento de conductos) y de cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de la cobertura de este contrato. Las radiografías periapicales que cubre el plan son las necesarias para la ejecución y continuidad

de tratamientos dentales.

- RAYOS_X (PERIAPICALES)

5. OPERATORIA:

CARIES Y FRACTURAS DENTALES

Esta cobertura comprende los procedimientos y medidas terapéuticas necesarios para la eliminación de la caries dental, y posterior restauración de las cavidades resultantes mediante la aplicación de los biomateriales dentales indicados para cada evento. Esta incluido el uso de resinas compuestas de fotopolimerización (calzas) en dientes anteriores y/o en dientes posteriores

En el evento de fracturas dentales se incluye la restauración mediante resinas compuestas de fotopolimerización de los tejidos fracturados siempre y cuando el tamaño y la ubicación de la fractura permitan este tipo de restauración. Bajo este concepto se comprenden los siguientes procedimientos:

- AMALGAMAS DE UNA, DOS, TRES Y CUATRO SUPERFICIES, plazo de repetición dos años
- RESINAS DE FOTOCURADO DE UNA, DOS, TRES Y CUATRO SUPERFICIES, sólo para dientes anteriores y posteriores, plazo de repetición dos años
- CARILLAS DE RESINA, plazo de repetición dos años
- CORONA EN ACRILICO TEMPORAL, Sólo para tratamiento de urgencias, Plazo de repetición un año.

6. PERIODONCIA:

Bajo esta cobertura se incluyen los tratamientos para aliviar las afecciones de las encías y tejidos de sostén de los dientes; Remoción de cálculos supragingivales (retiro de sarro o cálculo dental por encima de la encía), remoción de cálculos subgingivales (retiro de sarro o cálculo dental debajo de la encía), gingivoplastias (extirpación de parte de la encía), gingivectomías (extirpación de parte de la encía), operculectomías (extirpación de parte de la encía, normalmente ligado al proceso de erupción de cordales).

- REMOCIÓN CÁLCULOS SUPRAGINGIVAL, una vez cada seis meses
- REMOCIÓN DE CÁLCULOS SUBGINGIVAL, una vez por año
- GINGIVOPLASTIA O GINGIVECTOMIA, una vez cada dos años
- CUÑA DISTAL O MESIAL POR

DIENTE O RETIRO DE CAPUCHON (Operculectomía), plazo de repetición dos años

- CONTROL QUIRÚRGICO, un control por procedimiento quirúrgico

7. ENDODONCIA:

Bajo esta cobertura se incluye el tratamiento convencional de conductos en dientes unirradiculares (una raíz), birradiculares (dos raíces) y multirradiculares (tres raíces). Están incluidos procedimientos quirúrgicos como apicectomía (extirpación de porción de raíz) de dientes anteriores y posteriores. Igualmente procedimientos terapéuticos para tratar afecciones inflamatorias y traumáticas de origen endodóntico tales como apexificación y apexogénesis (terapia que origina la formación completa de la raíz dental).

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS O ENDODONCIA EN DIENTES UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y MULTIRRADICULARES, plazo de repetición dos años

- APEXIFICACIONES, Máximo 6 terapias por vigencia
- APEXOGENESIS, Máximo 6 terapias por vigencia
- DESOBTURACIONES, no con fines preprotésicos.
- FERULIZACIÓN, fijación blanda o rígida de dientes postrauma.
- APICECTOMIA ANTERIORES, plazo de repetición dos años
- APICECTOMIA POSTERIORES, plazo de repetición dos años

8. CIRUGÍA ORAL:

Bajo esta cobertura se encuentran los procedimientos quirúrgicos que tiendan a aliviar disfunciones producidas por alteraciones de tipo anatómico, tales como inserción de frenillos, o por afecciones de tipo inflamatorio, neoplásico, o infeccioso. Del mismo modo drenajes de abscesos intraorales, extracciones dentales y realización de biopsias. La extracción de dientes incluidos o sem incluidos tiene cobertura siempre y cuando no sea con fines ortodónticos.

- EXTRACCIÓN MÉTODO CERRADO
- EXTRACCIÓN MÉTODO ABIERTO
- EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE INCLUIDOS Y SEMI-INCLUIDOS
- REMODELADO ÓSEO
- HIPERPLASIAS
- PROFUNDIZACIÓN REBORDE
- FRENILLECTOMÍA LABIAL
- FRENILLECTOMÍA LINGUAL
- REIMPLANTES
- EXCISIÓN DE TORUS PALATINO

- EXCISIÓN DE TORUS LINGUAL
- TRANSPLANTES
- BIOPSIAS

9. ODONTOPEDIATRÍA: Bajo esta cobertura se encuentran las prácticas para prevención de las caries dental, tales como la educación y motivación, control de placa bacteriana, profilaxis, fluorización. Igualmente se incluyen las medidas terapéuticas para tratar las afecciones de origen traumático o infeccioso que se presenten en los dientes temporales y que incluyen pulpotomías (retiro de nervio coronal), endodoncias en dientes desviados (temporales), y tratamientos de operatoria convencional (calzas).

Se considera consulta de adaptación el tiempo empleado por el especialista en Odontopediatría para el asegurado hasta 12 (doce) años de edad en ambientarle al consultorio clínico y consecuentemente la aceptación de la ejecución de los procedimientos que sean necesarios según cobertura del plan, hasta un máximo de 4 consultas al año. • **ADAPTACIÓN POR SESION.** Sólo cuatro sesiones por vigencia

- **CARIES QUE AFECTA TEMPORALES EN RESINA Y AMALGAMA,** plazo de repetición dos años
- **RESINAS EN FORMA PLÁSTICA,** plazo de repetición dos años
- **ENDODONCIA EN DIENTES UNITEMPORALES,** plazo de repetición un año
- **ENDODONCIA EN DIENTES MULTITEMPORALES,** plazo de repetición un año
- **PULPOTOMIA EN DIENTES TEMPORALES**

PARÁGRAFO: CONDICIONES ESPECIALES DE ATENCIÓN APLICABLES A LOS AMPAROS

- a) LIBERTY podrá, en cualquier momento, solicitar una consulta especial con cualquier asegurado, con el objetivo de mantener el nivel de calidad y la autorización del anexo de tratamiento y/o aclarar dudas técnicas.
- b) Es requisito indispensable para la operancia del amparo la autorización del Odontólogo Orientador quien realizará el diagnóstico y el plan de tratamiento.
- c) Posterior a la valoración del Odontólogo Orientador, el asegurado deberá elegir para su tratamiento, cualquiera de las instituciones registradas en la red adscrita, de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro y acordando directamente con este la fecha y hora de consulta.
- d) Una vez finalizado el tratamiento el asegurado deberá asistir cada seis (6) meses para

control del mismo. Si transcurridos 18 meses luego de haber terminado el tratamiento o de su último control, deja de asistir a los mismos, para futuras utilizaciones necesariamente deberá acudir al odontólogo orientador.

- e) Se considera un abandono de tratamiento la condición de salud oral que puede verse agravada, deteriorada o causar serias complicaciones y/o secuelas, incluso la pérdida del diente, cuando un asegurado no asiste por espacio de sesenta (60) días consecutivos a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado, caso en el cual el asegurado será el único responsable por las complicaciones y secuelas generadas por dicho abandono.

CLÁUSULA QUINTA

DEFINICIONES

- 1) **ENFERMEDAD**
Es cualquier alteración de la salud que conduzca a un tratamiento odontológico o quirúrgico.
- 2) **ACCIDENTE**
Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado lesiones dentales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas odontológicamente comprobadas.
- 3) **INSTITUCIÓN DENTAL**
Es el establecimiento que reúne las condiciones exigidas por la ley Colombiana para prestar los servicios objeto de este contrato y debe estar legalmente registrada y autorizada para prestar los mismos.
- 4) **ODONTÓLOGO**
Persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios odontológicos o quirúrgicos.
- 5) **COPAGO**
Valor a cargo del asegurado para aquellos tratamientos definidos con condición de cobro de copago.
- 6) **RED DE SERVICIOS**
Grupo de profesionales e instituciones adscritas a la red de LIBERTY para la prestación de los servicios contenidos en este contrato de seguro.

El acceso inicial a la red de servicios siempre deberá ser habilitada por el Odontólogo Orientador, con el fin de efectuar el diagnóstico y registro de la carta dental del asegurado.

8) CONSULTA

Es el proceso mediante el cual se realiza la evaluación clínica, para diagnosticar y definir el plan de tratamiento de un paciente y que para efectos de este contrato estará a cargo del Odontólogo Orientador.

9) RADIOLOGÍA

Es el medio que soporta el diagnóstico dental a través de imágenes obtenidas por los Rayos X.

10) OPERATORIA DENTAL

Área de la odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de la salud oral básica de los pacientes. (Caries).

11) ENDODONCIA

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del nervio dental y de la raíz.

12) CIRUGÍA ORAL

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de patologías que requieren procedimientos quirúrgicos y extracciones dentales.

13) ODONTOPEDIATRÍA

Área de la odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento en la población infantil (0 a 15 años)

14) PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Área de la Odontología que se encarga de prevenir las enfermedades orales (caries dental, cálculo etc.) y promover el autocuidado de la salud oral.

15) PERIODONCÍA

Área de la Odontología que se encarga del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la encía y tejidos de soporte del diente.

16) ODONTÓLOGO ORIENTADOR:

Es el profesional odontológico autorizado por LIBERTY para practicar a los asegurados el diagnóstico dental y definición del plan de tratamiento.

17) PLAZOS DE REPETICIÓN

Se hace referencia con este concepto a los tratamientos que ya fueron realizados y que por alguna circunstancia requieren de la ejecución un nuevo procedimiento.

18) PLAN CONTRATADO

Es el plan elegido por el asegurado dentro de las coberturas nombradas en el anexo No. uno (1) de este contrato.

CLÁUSULA SEXTA**PERSONAS ASEGURABLES Y LÍMITES DE EDAD****1) Grupos Asegurables**

Son todos aquellos que conforman el grupo familiar y que para este caso deberán reunir las siguientes condiciones:

a) Sólo el tomador si es soltero.

b) Tomador y esposa o compañera permanente.

c) Tomador y esposa o compañera permanente e hijos.

d) Tomador y esposa o compañera permanente, hijos y padres del tomador que dependan económicamente de éste.

PARÁGRAFO 1: Para pólizas colectivas los grupos asegurables serán aquellos conformados por el tomador responsable del pago de la prima (Persona natural o jurídica) y sus dependientes, en razón a una relación laboral, comercial o civil.

PARÁGRAFO 2: Para que dichos grupos familiares sean asegurables bajo el presente contrato, se requiere que cada uno de dichos grupos, sean los mismos integrantes que conforman el contrato del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Edades de Ingreso y de permanencia

La edad mínima del tomador (ASEGURADO PRINCIPAL) o responsable del grupo familiar y del pago de la prima será de 18 años de edad.

Para las demás personas que conforman el grupo familiar la edad mínima de ingreso será de treinta (36) meses de nacido y no hay edad máxima de ingreso a la misma.

La edad de permanencia para el presente contrato es indefinida para todos los asegurados.

CLÁUSULA SÉPTIMA**INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS EN EL PLAN COLECTIVO.**

Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza, quedarán amparados sin cobro de prima adicional y en forma automática,

desde su nacimiento y hasta que cumplan los tres (3) años de edad. Se otorga un plazo máximo de (30) días calendario, para enviar a LIBERTY, la solicitud de inclusión del hijo. Para obtener cobertura de los hijos en los años subsiguientes; será necesario el pago de la prima adicional respectiva y las solicitudes de inclusión.

La aceptación o rechazo, sobre la inclusión de nuevos asegurados debe ser dada a conocer por LIBERTY a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de recibo de la solicitud. Si transcurrido este lapso LIBERTY no ha producido esta comunicación, dicha solicitud se considerará no aprobada.

CLÁUSULA OCTAVA

CONTINUIDAD GARANTIZADA DE PÓLIZAS COLECTIVAS DE OTRAS COMPAÑÍAS.

El Análisis de continuidad de un plan de salud oral complementario o de pólizas de Seguro colectivas Odontológicas, se otorga a los asegurados principales y a sus dependientes, siempre que hayan estado amparados en el citado seguro, por un período no inferior a un (1) año y siempre que formulen la solicitud escrita, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del retiro.

CLÁUSULA NOVENA

CERTIFICADO DE SEGURO

En las Pólizas Colectivas, LIBERTY expedirá los certificados Individuales de Seguro, en los que se dejarán consignadas las coberturas a las que tiene derecho el Asegurado Principal y su Grupo Familiar.

CLÁUSULA DÉCIMA

RECLAMACIONES

Para estos efectos, se estará con lo dispuesto en los artículos 1077, 1080 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

El asegurado autoriza expresamente a LIBERTY para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier siniestro. Además autoriza a LIBERTY para que la clínica, centro de salud oral o cualquier institución de salud y odontólogo tratante le suministre toda información relacionada con la misma.

LIBERTY reembolsará los gastos de atención de urgencia comprobada, desde que haya ocurrido en el territorio nacional y solamente en ciudades donde no haya red bajo convenio.

El valor a reembolsar por LIBERTY será

correspondiente al costo usual y acostumbrado en la red adscrita para los diferentes procedimientos. El reembolso previsto en el ítem anterior será realizado en un plazo máximo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación y radicación en LIBERTY, de los documentos necesarios para su legalización, entre otros:

- Factura en donde se identifique el número de NIT de la institución que atendió el evento
- Resumen de la atención en donde conste el diagnóstico y el plan de tratamiento.
- Nombre del asegurado atendido
- Valor unitario de los procedimientos en moneda corriente.
- Firma del responsable por la realización del procedimiento (odontólogo)
- Fecha de la realización del procedimiento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA

PAGO DE PRIMAS

Las primas están calculadas para períodos de un (1) año y deberán pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la póliza, anexo o certificado y su incumplimiento acarreará la terminación automática del contrato de seguro, quedando a salvo el derecho de LIBERTY de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

El pago de las primas se podrá realizar de la siguiente forma:

- Pólizas Colectivas: Anual, semestral, trimestral o mensual.

PARÁGRAFO: EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS: En caso de fallecimiento del asegurado principal, Liberty exonerará del pago de primas pendientes a los demás asegurados que conforman el grupo familiar hasta el término de la vigencia del seguro. En este caso el seguro continuará en la medida en que cualquiera de las personas que conforman el grupo familiar solicite la renovación del mismo y alguno de ellos asuma la responsabilidad del tomador (ASEGURADO PRINCIPAL).

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

REVOCACIÓN

1. Por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

2. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
3. En Pólizas Colectivas, cuando no se cumpla con el número mínimo de diez (10) asegurados principales.
4. Por incumplimiento de las obligaciones del Tomador y Asegurado derivadas del contrato de seguros y/o de la Ley
5. Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar la afiliado al Plan Obligatorio de Salud de él y/o los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia.
6. al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA

RENOVACION

El presente contrato no será renovado en forma automática

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA

VIGENCIA

La vigencia del presente seguro será la establecida en la carátula de la póliza

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA

RESPONSABILIDAD

Debe quedar claro que LIBERTY no asume responsabilidad técnica ni profesional de los tratamientos realizados por la red de Odontólogos e instituciones que hacen parte de la red de servicios.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES
En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1058 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA

NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos

del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de la misma.

CLAUSULA DECIMA NOVENA

NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables

VSA-03

Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S.

Rev. 2013-04

24216

Liberty siempre en contacto

World Wide Web

Para obtener mayor información sobre Liberty Seguros S.A., sus productos y sus servicios.

www.libertycolombia.com.co

atencionalcliente@libertycolombia.com

Línea Unidad de Servicio al Cliente

- Consulta de coberturas de la póliza
- Como acceder a sus servicios
- Información de pólizas y productos
- Gestión quejas y reclamos "GQC"



Bogotá

307 7050

Línea Nacional

01 8000 113390

Asistencia Médica Domiciliaria Liberty

- Orientación médica telefónica
- Asistencia médica domiciliaria (médico en casa)
- Traslados médicos de emergencia



Asistencia
Médica
Domiciliaria

Bogotá

644 5450

Línea Nacional

01 8000 912505

Desde su celular marque

#224

opción 3 y luego 1

Línea Saludable

Para autorizaciones de servicios médicos y/o odontológicos



Bogotá

744 0722

Línea Nacional

01 8000 911361

Asistencia al Viajero en el Exterior*

Cuando esté de viaje y requiera utilizar los servicios por urgencias de enfermedad o accidente en el exterior, podrá llamar desde allí con pago revertido.



Asistencia en
Viajes en
el Exterior

Asistencia Médica

57 1 644 5450

Otras Asistencias

57 1 644 5310

* Si su póliza tiene contratado este servicio



