

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO DE GASTOS DENTALES POR ACCIDENTE

PÓLIZA No.:
CONTRATANTE:
ASEGURADO:
VIGENCIA DE ESTE ANEXO:

Por convenio entre la Compañía y el Asegurado, la Póliza de Seguro Accidentes Personales, a la cual acceda este Anexo, porque así se hace constar en las condiciones particulares, con el pago de la prima adicional, queda sujeta además a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA
AMPARO

La Compañía pagará hasta el monto máximo previsto en las condiciones particulares, si las lesiones sufridas por el Asegurado causadas por un accidente cubierto, afectan directamente su dentadura.

CONDICIÓN SEGUNDA
EXCLUSIONES

La Compañía no reembolsará ningún gasto previsto en este Anexo, que se deba, a más de los accidentes y/o riesgos excluidos en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, a la cual se adhiere este Anexo, por los siguientes:

- a. Accidentes médicos tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos;
- b. Maternidad, parto, aborto o intento del mismo, o enfermedades de los órganos reproductivos de la mujer;
- c. Anomalías congénitas y las causas que sobrevengan o resulten con relación a las mismas;
- d. Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente; y,
- e. Exámenes físicos o de rutina.

CONDICIÓN TERCERA
AVISO DE SINIESTRO

En caso de una reclamación por gastos dentales, la notificación por, o a nombre del Asegurado se hará a la Compañía o a su intermediario dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya tenido conocimiento del accidente que causó tal lesión. El intermediario está obligado a notificar a la Compañía, en el mismo día, sobre la ocurrencia del siniestro.

El Contratante y/o Asegurado podrán justificar la imposibilidad de dar aviso del siniestro en el término señalado, en tanto hubiere estado imposibilitado físicamente, por caso fortuito o fuerza mayor, de cumplir con este deber.

CONDICIÓN CUARTA
DOCUMENTOS NECESARIOS PARA
PRESENTAR UN SINIESTRO

Los documentos que se deben presentar para reclamar el beneficio previsto en este Anexo son:

- a. Formulario de reclamación;
- b. Radiografías dentales;
- c. Informe médico (original); y,
- d. Facturas y/o recibos detallados de los médicos (original)

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos Dentales por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-34-456004420-24112020

**CONDICIÓN QUINTA
DERECHO DE LA COMPAÑÍA EN
CASO DE SINIESTRO**

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado, tantas veces como pudiere exigirlo razonablemente para comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas durante el trámite de una reclamación bajo este Anexo.

**CONDICIÓN SEXTA
PÉRDIDA DE DERECHO A LA
INDEMNIZACIÓN**

El Asegurado perderá todo derecho a la indemnización, en caso de que el Asegurado por sí o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos o falsos, o pruebas falsas para sustentar una reclamación, o para derivar algún beneficio del seguro contenido en el presente Anexo.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en este Anexo, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y Fecha:

EL ASEGURADO

**AIG METROPOLITANA COMPAÑÍA DE
SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**

**CONDICIÓN SÉPTIMA LIQUIDACIÓN
DEL SINIESTRO**

En adición con lo establecido en la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, la indemnización de gastos dentales por accidente, hasta el límite previsto en las condiciones particulares de la Póliza, es adicional al monto establecido en el beneficio de gastos médicos por accidente.

**CONDICIÓN OCTAVA TERMINACIÓN
DE ESTE AMPARO**

Este amparo opcional terminará cuando el Contratante expresamente lo solicite por escrito.

La Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Anexo de Gastos Dentales por Accidente el número de registro SCVS-3-4-CA-34-456004420-24112020