

CERTIFICADO DE SEGURO SEGURO DE VIDA CON ASISTENCIA DENTAL INTERBANK			
Póliza N°: <b>8829 -500001</b>		Certificado:	
Inicio de vigencia:		Fin de vigencia:	
<b><u>IMPORTANTE</u></b>			
<p><b>Esta Solicitud – Certificado de Seguro incluye un beneficio que consiste en un Programa de Asistencias, el mismo que es gestionado y operado por la empresa SIGMA DENTAL S.A.C. cuyo Manual de Uso consta como Anexo N° 1 al presente documento. Para solicitar cualquier beneficio de la Asistencia deberás llamar al telefónico 0800-13727 (línea gratuita a nivel nacional) o al (01)416-2842 desde celulares. Los beneficios contenidos en el Programa de Asistencias NO podrá ser brindados en caso no hayas llamado a los teléfonos indicados en el párrafo precedente.</b></p>			
DATOS DE LA ASEGURADORA			
Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros		RUC: 20100041953	
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima			
Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555		Página Web: www.rimac.com	
DATOS DEL COMERCIALIZADOR / CONTRATANTE			
Razón Social: BANCO INTERNACIONAL DEL PERU-INTERBANK		RUC: 20100053455	
Dirección: AV. CARLOS VILLARAN 140 URB. SANTA CATALINA – LAVICTORIA			
Teléfono: 2192000		Página Web: <a href="https://interbank.pe/">https://interbank.pe/</a>	
DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO			
Nombres y Apellidos:			
DNI <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	N°	Fecha Nac.: / /
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Domicilio:			
Distrito:		Provincia:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
VIGENCIA			
La vigencia del Plan es <b>mensual</b> : a los 30 días calendario desde la fecha de emisión de este certificado. Se renueva automáticamente a su fin de vigencia, por periodos iguales y sucesivos.			
COBERTURAS			
Cobertura Principal			Plan
<p><b>RENDA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO NATURAL (RENDA ÚNICA)</b> En caso de muerte natural del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios, el importe de la renta única señalada en las presentes Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma. Una vez pagada la indemnización, la póliza culmina su vigencia por extinción del interés asegurable.</p>			S/ 1000.00
<p><b>MUERTE ACCIDENTAL</b> En caso de muerte accidental del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios, el importe de la suma asegurada señalada en las presentes Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos</p>			S/ 1000.00

en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.  
Una vez pagada la indemnización, la póliza culmina su vigencia por extinción del interés asegurable.

#### BENEFICIOS

**Asistencia Dental (Beneficio Adicional de Asistencia Dental)**

Según Términos y Condiciones del Manual de Uso (ver Anexo N° 1 de este Certificado de Seguro)

#### BENEFICIARIO PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

La condición de beneficiario recaerá en la persona correspondiente, la cual será fijada tomando en cuenta el siguiente orden de prelación:

- Cónyuge o conviviente
  - A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo mayor del asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso el beneficiario sea menor de edad, se pagará a Cuenta en custodia.
- A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado

#### PRIMA COMERCIAL

	<b>Plan familiar</b>
PRIMA COMERCIAL TOTAL	S/. 62.50
Comisión del Comercializador	28% de la prima comercial total

#### DEDUCIBLES

No Aplica

#### CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Podrán asegurarse bajo la presente póliza, las personas naturales que cumplan con los siguientes requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del siguiente rango:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días
- Edad máxima de permanencia: 70 años y 364 días

#### AUTORIZACIÓN DE CARGO

Por medio de la presente, el RESPONSABLE DE PAGO autoriza al COMERCIALIZADOR a realizar el cargo mensual de la prima en la cuenta y/o Tarjeta de Crédito Interbank contratada por el RESPONSABLE DE PAGO, en la que figure como titular y se encuentre habilitada para este tipo de operaciones durante la vigencia de la póliza contratada. El cargo realizado se mostrará en el Estado de Cuenta de la Tarjeta de Crédito Interbank, según la fecha de facturación de la misma.

Nota: El COMERCIALIZADOR no es responsable por los cargos que no pudieran ser efectuados, ni de la suspensión de la cobertura del seguro y/o extinción del contrato de seguro por falta de pago de la prima. El RESPONSABLE DE

PAGO se encuentra obligado a informar al COMERCIALIZADOR y/o ASEGURADORA los casos donde no se realice el cobro de la prima en su cuenta y/o Tarjeta de Crédito Interbank mientras la póliza se encuentre vigente.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

**El Asegurado podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de haber recibido este Certificado de Seguro, siempre que no haya utilizado las coberturas y/o beneficios otorgados por este seguro. Una vez ejercido el Derecho de Arrepentimiento, se procederá a devolver la totalidad de la prima pagada al Responsable de Pago. El Asegurado podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro**

#### **EXCLUSIONES**

**La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:**

- a) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro
- b) Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- d) Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
- f) Viajes aéreos o marítimos que haga el asegurado en calidad de pasajero en vuelos no comerciales, de itinerarios no fijos ni regulares así como operaciones o viajes submarinos.
- g) Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- h) Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la participación directa o durante la práctica habitual de las siguientes actividades o deportes riesgosos: corredor de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas de caballos; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.
- i) Cuando el asegurado se encuentre bajo influencia del alcohol (0.5 gr/lit a más) o drogas y esta situación sea acto generador del siniestro
- j) Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza
- k) Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica
- l) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- m) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.

#### **DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

El Asegurado podrá resolver este Certificado de Seguro enviando una carta a la ASEGURADORA, expresando su voluntad de resolverlo con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución. Corresponde a la ASEGURADORA la prima por la vigencia corrida del Certificado de Seguro.

#### **EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO**

En caso que se mantenga el incumplimiento de pago de la prima durante 90 días calendarios de manera consecutiva, el contrato de seguro quedará extinguido. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

#### **RENOVACIÓN DEL CONTRATO**

El contrato de seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior. Cuando la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al ASEGURADO detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de 45 días previos al vencimiento del contrato.

#### **AVISO DE SINIESTRO**

**Deberás dar aviso a RIMAC SEGUROS y/o a INTERBANK (El Comercializador), dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha de producido el fallecimiento, bajo los términos y condiciones de este Certificado de Seguro.**

#### **SOLICITUD DE COBERTURA**

**Para atender las solicitudes de cobertura de Fallecimiento, deberán remitir digitalmente los siguientes documentos al correo electrónico [solicitudsiniestrospersonas@rimac.com.pe](mailto:solicitudsiniestrospersonas@rimac.com.pe):**

- a. Solicitud de cobertura debidamente llenada y proporcionada por la Aseguradora para tales efectos
- b. Certificado de defunción del Asegurado.
- c. Historia clínica completa del Asegurado, foliada y fedateada.
- d. Documento de identidad de los Beneficiarios según el orden de prelación de Beneficiarios establecido en este Certificado de Seguros. En caso de que el beneficio recaiga sobre un menor de edad y no cuente con documento de identidad, deberá presentar su Partida de Nacimiento.
- e. Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).
- f. En caso de que el beneficio recaiga sobre los herederos legales debido a que no existen beneficiarios bajo el orden de prelación de beneficiarios establecido, se deberá adjuntar Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión intestada en Registros Públicos. En caso de que el Asegurado haya otorgado un Testamento, se tomará en cuenta para efectos del otorgamiento del beneficio siempre que haya sido otorgado con posterioridad a la fecha de contratación del seguro, y en tanto haya sido voluntad expresa del testador en elegir a beneficiarios distintos a los señalados en el orden de prelación.

**En caso de que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un Accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:**

- a. Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.
- b. Protocolo de Necropsia.
- c. Resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- d. Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.

**En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a La Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.**

Se entenderá que los documentos que acreditan la muerte presunta del Asegurado están completos, cuando los beneficiarios presenten la Resolución Judicial y la Partida de Defunción, ambos indicados en el párrafo precedente, por lo que el pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

#### PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación e información completa exigida por el presente certificado, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o BENEFICIARIOS o HEREDEROS, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros 20 días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de 30 días a que se refiere en el primer párrafo del presente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de 30 días para proceder el pago del beneficio.

#### MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR CONSULTAS Y/O RECLAMOS

- Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas
- Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.
- Central de Consultas y Reclamos: (01)411-3000
- Correo electrónico: reclamos@rimac.com.pe
- Web: www.rimac.com

#### INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS / RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado	Página web: <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a> Dirección: Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima Telf.: Lima:(01) 421-0614
Indecopi	Página web: <a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a> Dirección: Sede Central Lima Sur: Calle de la Prosa 104, San Borja. Sede Lima Norte: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos Telf.: Lima: (01) 224-7777 Provincias: 0800-4-4040
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)	Página web: <a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a> Oficina Principal: Los Laureles 214, San Isidro, Lima Plataformas de Atención: Lima: Jr. Junín N° 270, Lima 01. Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma. Piura: Jr. Prócer Merino 101, Urb. Club Grau Huancayo: Pasaje Comercial N° 474, El Tambo Iquitos: Calle Putumayo N° 464 Teléfono: 0800-10840   (511) 428-0500

**PÓLIZA ELECTRÓNICA**

Esta póliza se le ha remitido por medios electrónicos, conforme a la autorización brindada por el Asegurado, en la llamada telefónica mediante la cual se realizó la venta del presente seguro.

**ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS**

La aceptación y emisión de la presente Solicitud Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto la ASEGURADORA hubiera proporcionado información veraz.



---

JUAN LUIS LARRABURE VALDETTARO  
Vicepresidente  
División Seguros Personales  
Rimac Seguros y Reaseguros

## ANEXO I

### Beneficio Adicional de Asistencia Dental

Como parte de los beneficios de tu Póliza, **SIGMA DENTAL SAC** brindará a los Asegurados y sus beneficiarios (Incluye a cónyuge y todos los hijos menores de 23 años que vivan con sus padres), los servicios que se indican en la presente Cláusula.

#### 1. COBERTURA DE EMERGENCIA AL 100%

El presente PLAN cubre los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una **emergencia odontológica**, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico-odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en el **ítem 3** de este **CONDICIONADO** y *que se limitarán a la(s) pieza(s) que ocasionen la emergencia.*

Los procedimientos cubiertos serán los siguientes:

- Medicina Bucal  
En la que se realizará lo siguiente: Examen Clínico e Historia Clínica.
- Radiografías  
Periapicales y Bitewing de diagnóstico requeridas para realizar los tratamientos cubiertos en el Plan de Emergencia Completa, realizadas en el consultorio.
- Odontología Restauradora y Operatoria  
Resinas en piezas dentales anteriores y posteriores.  
Ionómeros de Vidrio en Clase V (cuellos).
- Endodoncia  
Tratamientos de Conductos o Endodoncias en piezas dentales Monorradiculares, Birradiculares y Multirradiculares.  
*No están cubiertos los retratamientos de endodoncias ni las endodoncias rotacionales.*  
Pulpotomías en piezas dentales deciduas.
- Cirugía  
En los casos que la causa de la emergencia sea una pieza dental o resto dental y ya no se pueda realizar otro tipo de tratamiento para evitar la exodoncia, siempre y cuando la exodoncia sea un procedimiento simple. Se pueden realizar los siguientes tipos de exodoncia:  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.  
*No están cubiertas en este plan las exodoncias complejas o de terceras molares (llamadas "muelas del juicio").*
- Emergencias  
Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, Recubrimiento pulpar directo o indirecto, Intrusión, Extrusión, Avulsión, Fractura Dentaria, Abscesos, Pulpitis reversibles e irreversibles.

**Emergencias Periodontales:** Detartraje simple localizado o de todas las piezas dentales en boca siempre y cuando la emergencia lo requiera, Curetaje radicular localizado, Eliminación de contacto Prematuro, Medicación en caso de Dolor Muscular y Abscesos.

**Emergencias Protésicas:** Cementado provisional de coronas y puentes fijos. Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio o pulido de áreas metálicas que estén causando irritación o inflamación, Medicación en el caso de Estomatitis Sub-protésica.

Cuando la Emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo que no se mencionen anteriormente.

Cuando el afiliado requiera de tratamientos y/o procedimientos no originados por una emergencia odontológica, definida en el **ítem 3** de este **CONDICIONADO**, tiene derecho a atenciones ambulatorias (electivas) pagando un copago según el cuadro siguiente:

PLAN PROTECCION ODONTOLOGICA INTERBANK			
Servicios y Procedimientos *	Urgencias y/o Emergencias**	Atenciones Ambulatorias (COPAGO POR PIEZA DENTAL)	Máximo de Eventos por año
Consulta telefónica 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Servicio de citas a través de nuestra línea gratuita a nivel nacional	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Atenciones de Emergencias y/o urgencias dentales 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Consulta con el odontólogo general (incluye odontograma)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Radiografías periapical (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/. 5.00	Sin Límite
Radiografías bitewing (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/. 5.00	Sin Límite
Radiografías oclusal (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/. 5.00	Sin Límite
Exodoncia (extracción) simple de piezas dentales	Cubierto al 100%	S/. 20.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina simple	Cubierto al 100%	S/. 32.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compuesta	Cubierto al 100%	S/. 32.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compleja	Cubierto al 100%	S/. 32.00	Sin Límite
Curación en cuello de dientes con vidrio ionomérico	Cubierto al 100%	S/. 20.00	Sin Límite
Pulpotomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/. 30.00	Sin Límite
Pulpectomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/. 30.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes anteriores***	Cubierto al 100%	S/. 30.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes premolares***	Cubierto al 100%	S/. 30.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes molares***	Cubierto al 100%	S/. 30.00	Sin Límite
Fluorización en niños menores de 12 años	Solo ambulatorio	S/. 15.00	Dos veces al año
Detartraje simple (eliminación de sarro) + Profilaxis pulido de dientes	Solo ambulatorio	S/. 20.00	Dos veces al año
Sellantes por pieza	Solo ambulatorio	S/. 15.00	Dos veces al año
Reembolso al 100% para emergencias y urgencias	Solo en localidad desde donde no haya centros afiliados a Sigma Dental		
Tratamientos garantizados	1 año		
Tratamientos adicionales: prótesis, ortodoncia (brackets), blanqueamiento, etc.	Descuento 20%		
Red odontológica	Centros odontológicos en Lima y Provincias		
Cobertura Internacional para emergencia al 100%	Panamá, Costa Rica, Colombia, Ecuador y Chile		

\* No incluye prótesis, implantes, exodoncias complejas ni retratamientos de endodoncias.

\*\* Solo de la(s) pieza(s) que originan la emergencia o urgencia.

\*\*\* No están cubiertas las endodoncias rotacionales, solo están cubiertas las convencionales.

## 2. EXCLUSIONES



Este plan no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de:

1. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, rehabilitación oral y prótesis, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, retratamiento de endodoncia, endodoncias rotacionales, odontopediatría y *cualquier otra no contemplada específicamente en el ítem 1.*
2. Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de tejido blando, sustancia calcificada y dientes. Este PLAN no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia 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 anestesiólogos) 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.
3. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo con el ítem 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
4. Medicinas (a excepción de la anestesia infiltrativa local que se requiera para los servicios cubiertos).
5. Defectos físicos, enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales, radioterapia y/o quimioterapia. Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en el ítem 3 de este PLAN.

No obstante, si el afiliado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de por lo menos un 20%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el afiliado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

### **3. DEFINICIONES**

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

**Emergencia Odontológica:**

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

**Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales SIGMA DENTAL SAC ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

**Gastos Razonables:**

Se refiere al promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de los gastos odontológicos facturados en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL AFILIADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN. Dicho Promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga SIGMA DENTAL SAC de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que EL AFILIADO incurrió en dichos gastos, o las tarifas previamente acordadas con los Centros, Consultorios y Odontólogos, afiliados a la Red de Proveedores, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

#### **4. PRESTACION DE SERVICIOS**

Los tratamientos cubiertos descritos en el **ítem 1** del presente PLAN serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL SAC.

SIGMA DENTAL SAC no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos cubiertos por este contrato, deberá ponerse en contacto con SIGMA DENTAL SAC, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado.

El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su documento nacional de identidad (D.N.I.) o licencia de conducir, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él.

Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con SIGMA DENTAL SAC a través de su servicio telefónico 0800-13727 (línea gratuita a nivel nacional) o al 416-2842 desde celulares, donde serán guiados por un funcionario, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

#### **5. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

El afiliado debe llamar al call center o pedir una cita a través de la página web:

<https://sdsigma.com/sigma/peru/index#menuperu#solicitudcitas>

En caso de que el Asegurado requiera de un tratamiento de emergencia odontológica, según la definición en ítem 3, y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL SAC, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de la emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

El asesor del call center le enviará las instrucciones para el reembolso.

Los gastos razonables y justificados incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL SAC (RUC N° 20519133530), una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL SAC 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 SAC de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, 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 PLAN.

Queda entendido, según los términos de este CONDICIONADO, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en este ítem y cuyos gastos se originen en Perú.

## **6. OBLIGACIONES DEL AFILIADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE PLAN**

Los Asegurados deberán presentar un documento de identificación con fotografía (DNI o Licencia de conducir) al momento que se acercan al consultorio o centro odontológico a recibir la atención. En el caso de los menores de edad deberán conocer el número de DNI del titular, el cual deberán proporcionar al momento de la atención.

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.

El Asegurado está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.

El Asegurado está obligado a entregar todas las facturas requeridas por SIGMA DENTAL SAC en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia 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 el **ítem 5** del presente PLAN.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la

información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

**7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.**

SIGMA DENTAL SAC se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico, asumiendo estos su responsabilidad frente al Asegurado.

Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente PLAN están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por SIGMA DENTAL SAC en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir 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.

EL Asegurado TITULAR perderá el derecho de reembolso establecido en el **ítem 5**, si no se hiciera la reclamación por reembolso correspondiente ante SIGMA DENTAL SAC en el lapso indicado en el **ítem 8**, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Asegurado.

**8. PLAZO PARA RECLAMACIONES**

Cualquier reclamación, observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito en la Av. Camino Real N° 1225 Oficina 402, San Isidro, o a través de su página web <https://sdsigma.com/sigma/peru/index#menuperu#csf> y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días útiles, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo a SIGMA DENTAL.