



AXA COLPATRIA



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Seguros
Condiciones Generales

/ Póliza de Salud Plan Dental Colectivo

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A



Vigilado Superalud

22/12/2025-1404-P-35-DENTALC/DIC/2025-D001
22/12/2025-1404-NT-P-35-DENTALC/DIC/2025

A dental professional, wearing dark blue scrubs and glasses, is seen from the side and back, smiling as they adjust a large, articulated dental light fixture. The light fixture has four circular LED lights and is mounted on a white metal arm. The dental professional is positioned above a patient whose back is to the camera, showing long brown hair. The background is a clinical dental office setting with vertical blinds on a window.

Know You Can

PÓLIZA DE SALUD PLAN DENTAL COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., EN ADELANTE AXA COLPATRIA, EXPIDE LA PRESENTE PÓLIZA DE SALUD CON BASE EN LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y EN LAS DECLARACIONES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS O DE SUS REPRESENTANTES LEGALES, LOS CUALES HACEN PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA, PARA TODOS SUS EFECTOS.

CAPITULO I

AMPAROS Y EXCLUSIONES

A. AMPAROS

AXA COLPATRIA PRESTARÁ A TRAVÉS DE SU RED PROVEEDORES LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS ENUMERADOS A CONTINUACIÓN, BAJO LOS TÉRMINOS, COPAGOS, DEDUCIBLES, LÍMITES DE VALOR ASEGURADO Y DEMÁS CONDICIONES ESTABLECIDAS, SIEMPRE Y CUANDO NO CONCURRA UNA CAUSAL DE EXCLUSIÓN.

1. DIAGNÓSTICO

CUBRE LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES CLÍNICOS, DE DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO Y ACCESO A CONSULTA CON UN ESPECIALISTA EN ODONTOLOGÍA.

2. URGENCIA ODONTOLÓGICA

CUBRE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DESTINADAS A LA ATENCIÓN Y MANEJO DE DOLOR INTENSO Y/O DE PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS QUE AFECTEN LA CAVIDAD ORAL Y TEJIDOS Duros Y blandos de la cavidad oral, causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos, que justifiquen una atención inmediata. ESTOS EVENTOS INCLUYEN EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DE URGENCIA, ALIVIO DE DOLOR, MEDICACIÓN, PULPECTOMÍA (ELIMINACIÓN DEL NERVIO), TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS, TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO PERICORONITIS (LAVADO Y MEDICACIÓN), CURETAJE RADICULAR LOCALIZADO (URGENCIA PERIODONTAL), FERULIZACIÓN POR LUXACIÓN DENTAL POR TRAUMA Y DRENAJE DE ABSCESO INTRAORAL. EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN CELULITIS (PROCESO INFECCIOSO QUE CAUSA INFLAMACIÓN) O ABSCESOS DE ORIGEN DENTAL QUE INVADAN ESPACIOS APONEURÓTICOS (ESPACIOS VIRTUALES ENTRE NERVIOS Y MÚSCULOS) SOLO SE PRESCRIBIRÁN MEDICAMENTOS Y SE REALIZARÁ LA RESPECTIVA REMISIÓN, SI SE REQUIERE, PARA EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE ESTOS PACIENTES.

CUBRE IGUALMENTE LA EMERGENCIA PROSTÉTICA; AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REPARAR DE MANERA

TEMPORAL LA FRACTURA O EL DESAJUSTE DE UNA PRÓTESIS DENTAL FIJA O REMOVIBLE. CONTEMPLA ACCIONES COMO RETIRO PUENTE NUCLEO O CORONA, REPARACIÓN DE PRÓTESIS EN CONSULTORIO, REBASES DE PRÓTESIS Y RE-CEMENTACIÓN TEMPORAL DE CORONAS O PROVISIONALES COMO MEDIDA DE URGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO EL PROCEDIMIENTO PUEDA REALIZARSE EN EL CONSULTORIO. NO SE CUBREN REPARACIONES QUE REQUIERAN LABORATORIO.

3. RADILOGÍA

CUBRE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES O CORONALES (PIEZAS SINTOMÁTICAS) UTILIZADAS COMO AYUDA DIAGNÓSTICA DE LOS TRATAMIENTOS A REALIZAR E IGUALMENTE LAS RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES DE CONTROL NECESARIAS DURANTE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ENDODONCIA, PERIODONCIA, CIRUGÍA ORAL O CUALQUIER OTRO QUE SEA OBJETO DE COBERTURA. CUBRE ADEMÁS RADIOGRAFÍA PANORÁMICA, RADIOGRAFÍA PERIAPICAL AMPLIADA. LAS RADIOGRAFÍAS CUBIERTAS SERÁN LAS NECESARIAS PARA EL DIAGNÓSTICO, LA EJECUCIÓN Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS DENTALES.

LAS RADIOGRAFÍAS DESCRIPTAS SE CUBRIRÁN PREVIA ORDEN REALIZADA POR EL PROFESIONAL ADSCRITO A LA RED DE PRESTADORES Y SEGÚN DISPONIBILIDAD DE CENTROS RADIOLÓGICOS. SE EXCLUYEN RADIOGRAFÍAS ESPECIALIZADAS, TOMOGRAFÍAS Y DEMÁS EXÁMENES RADIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS.

4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

CONTEMPLA EL EXAMEN CLÍNICO Y LA ENTREGA DEL PLAN INTEGRAL DE TRATAMIENTO REALIZADO POR PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA GENERAL O ESPECIALISTA ADSCRITO A LA RED DE PRESTADORES. CUBRE PROCEDIMIENTOS ENFOCADOS EN PREVENIR LAS ENFERMEDADES ORALES Y PROMOVER EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL. INCLUYE INSTRUCCIÓN EN HIGIENE ORAL (ENSEÑANZA

DE TÉCNICA DE CEPILLADO Y USO DE SEDA DENTAL), CONTROL DE PLACA BACTERIANA, LIMPIEZA DENTAL PROFESIONAL (DETARTRAJE O REMOCIÓN DE CÁLCULOS), PROFILAXIS (LIMPIEZA DE PLACA BLANDA) Y APLICACIÓN DE FLÚOR EN GEL O BARNÍZ COMO MEDIDA PREVENTIVA EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS.

5. CIRUGÍA ORAL

CUBRE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS NECESARIOS PARA ALIVIAR ALTERACIONES PRODUCIDAS EN LOS MAXILARES RELACIONADAS CON TRAUMAS, FRACTURAS, PROCESOS INFECCIOSOS O INFLAMATORIOS, ASÍ COMO DEFECTOS ANATÓMICOS EN LOS QUE SE REQUIERE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD ORAL. LAS COBERTURAS CONTEMPLAN: EXODONCIA SIMPLE, EXODONCIA COMPLEJA, EXODONCIA PROFILÁCTICA (POR ORTODONCIA), EXODONCIA DE CORDALES ERUPCIONADAS, CIRUGÍA DE CORDALES INCLUIDAS Y DIENTES RETENIDOS, CIERRE DE FÍSTULA OROANTRAL, FIBROTOMÍA, FRENLLECTOMÍA LABIAL O LINGUAL, REGULARIZACIÓN DE REBORDE, OPERCULECTOMÍA (REMOCIÓN DE CAPUCHÓN PERICORONARIO) Y VENTANA QUIRÚRGICA (ÓSEA O MUCOSA). EN NINGÚN CASO SE CUBRIRÁ PROCEDIMIENTOS BAJO SEDACIÓN, LOS CUALES, EN CASO DE REQUERIRSE, SON GASTOS QUE CORRERÁN POR CUENTA DEL ASEGURADO.

NO SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERAN MANEJO INTRA HOSPITALARIO. QUEDAN EXCLUIDOS MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS O REGENERACIÓN Y MEMBRANAS.

6. OPERATORIA

CUBRE LOS PROCEDIMIENTOS Y MEDIDAS TERAPÉUTICAS NECESARIAS PARA LA REPARACIÓN DE LA ANATOMÍA Y FUNCIÓN DE CUALQUIER PIEZA DENTAL AFECTADA POR CARIAS, FRACTURAS O DESALOJO DE RESTAURACIONES PREVIAS. ESTÁ INCLUIDA LA RESTAURACIÓN EN RESINA DE FOTOCURADO (CALZA BLANCA) DE UNA ACUATRO SUPERFICIES, RESINAS O IONÓMERO DE VIDRIO PARA CUELLOS (LESIONES CERVICALES). SE CUBRIRÁ LA RESTAURACIÓN SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ INDICADA POR UN ODONTÓLOGO DE NUESTRA RED DE PROVEEDORES Y PUEDA GARANTIZARSE SU CORRECTA REALIZACIÓN; DIENTES CON PÉRDIDAS DE TEJIDO SUPERIORES AL 50% PUEDEN REQUERIR OTRO MANEJO (INCRUSTACIÓN O CORONA).

7. ODONTOPEDIATRÍA

CUBRE LAS PRÁCTICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LAS BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE ORAL EN LOS NIÑOS. CONTEMPLA SESIÓN DE ADAPTACIÓN, PROFILAXIS (LIMPIEZA DENTAL PROFESIONAL), SELLANTES EN MENORES DE 12 AÑOS, EXODONCIA O EXTRACCIÓN DE DIENTE TEMPORAL. CUBRE LOS TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MANEJO DE CARIAS, FRACTURAS O DESALOJO DE RESTAURACIONES EN CUYO CASO CONTEMPLA CALZAS EN RESINA Y/O RESTAURACIÓN EN IONÓMERO DE VIDRIO. ESTÁ CUBIERTA LA

PULPOTOMÍA, QUE ES UN TRATAMIENTO PARA PROTEGER EL NERVIOS DE LOS DIENTES TEMPORALES, EL CUAL SE REALIZA CUANDO SE DETECTA QUE EL NERVIOS DEL DIENTE ESTÁ INFLAMADO O CUANDO AL RETIRAR UNA CARIAS SE PRODUCE UNA EXPOSICIÓN DEL NERVIOS; Y CONSISTE EN RETIRAR EL NERVIOS DE LA CORONA Y DEJAR EL QUE SE ENCUENTRA EN LA RAÍZ. SI EXISTE DAÑO EN EL NERVIOS DEL DIENTE TEMPORAL Y EL PROFESIONAL ADSCRITO A NUESTRA RED DE PROVEEDORES ASÍ LO INDICA, SE CUBRE LA ENDODONCIA DEL DIENTE TEMPORAL (TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS). CUANDO ESTÉ INDICADO Y PUEDA GARANTIZARSE SU CORRECTA REALIZACIÓN EN DIENTES CON PÉRDIDAS DE TEJIDO SUPERIORES AL 50%, SE CUBRIRÁ CORONAS EN RESINA (FORMA PLÁSTICA) Y CORONAS DE ACERO CROMADO.

8. ENDODONCIA

CUBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL CANAL RADICULAR (NERVIO DENTAL), SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN ASOCIADAS A PATOLOGÍA PULPAR. INCLUYE ENDODONCIAS (TRATAMIENTO DE CONDUCTOS) EN DIENTES ANTERIORES, PREMOLARES Y MOLARES, MEDICACIÓN INTRA CONDUCTO ASOCIADA A LESIÓN APICAL O NECROSIS, DESOBSTRUCCIÓN DE CONDUCTOS EN CASO DE QUE SE DEBAN REPETIR TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS PREVIOS Y MANEJO DE COMPLICACIONES COMO SELLE DE PERFORACIONES, LAS CUALES ESTÁN CUBIERTAS SIEMPRE Y CUANDO EL SELLE DE LA PERFORACIÓN O FALSA VÍA SE RELACIONE CON TRATAMIENTO ENDODÓNTICO REALIZADO POR PROFESIONAL DE LA RED DE PROVEEDORES. TAMBIÉN CONTEMPLA APICECTOMÍA (CIRUGÍA APICAL), Y TRATAMIENTOS EN CASO DE TRAUMA DENTAL (APEXOGÉNESIS-APEXIFICACIÓN) Y BLANQUEAMIENTO DENTAL INTERNO CUANDO SE REQUIERA POR CAUSAS ENDODÓNTICAS. ESTÁN EXCLUIDOS LOS TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA (CONDUCTOS) CON FINES PROTÉSICOS.

9. PERIODONCIA

CONTEMPLA TRATAMIENTOS PARA ALIVIAR AFECCIONES DE LAS ENCÍAS Y TEJIDOS DE SOPORTE DE LOS DIENTES. INCLUYE TRATAMIENTOS PERIODONTALES ESPECÍFICOS COMO: CURETAJE RADICULAR A CAMPO CERRADO O ABIERTO POR CUADRANTE (TRATAMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE ELIMINAN BACTERIAS QUE SE ENCUENTRAN DEBAJO DE LA ENCÍA, EL CUAL SE USA PARA TRATAR PERIODONTITIS EN ADULTOS); Y GINGIVECTOMÍA (NO ESTÉTICA), QUE CONSISTE EN ELIMINAR TEJIDO GINGIVAL (ENCÍA) QUE PRESENTA AGRANDAMIENTO SEVERO DERIVADO DE UNA CONDICIÓN LOCAL (PLACA BACTERIANA ACUMULADA, MALPOSICIÓN DENTAL, APARATOLOGÍA DE ORTODONCIA) O SISTÉMICA. CUBRE ADEMÁS EL MANTENIMIENTO PERIODONTAL QUE REQUIERA EL PACIENTE UNA VEZ TERMINADA LA FASE INICIAL DE ESTA ESPECIALIDAD Y CUBRE LA CIRUGÍA PERIODONTAL PREPROTÉSICA O ALARGAMIENTO CORONAL (SIN O CON OSTEOTOMÍA) CUYO FIN ES PREPARAR EL DIENTE PARA LA COLOCACIÓN ADECUADA DE UNA CORONA; ESTE PROCEDIMIENTO ES REALIZADO SOLO POR ESPECIALISTA.

10. REHABILITACIÓN ORAL

ES LA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA ENCARGADA DE DEVOLVER LA FUNCIÓN, ESTÉTICA Y ARMONÍA ORAL POR MEDIO DE DISPOSITIVOS COMO LAS PRÓTESIS DENTALES FIJAS O REMOVIBLES. EL PRINCIPAL OBJETIVO ES CUBRIR LOS PROCEDIMIENTOS Y MEDIDAS NECESARIAS PARA REHABILITAR O REEMPLAZAR UNA PARTE O LA TOTALIDAD DE LA ESTRUCTURA DENTARIA AFECTADA POR UNA ENFERMEDAD O TRAUMA CUANDO EL ODONTÓLOGO O PROFESIONAL ESPECIALISTA DE LA RED DE PROVEEDORES LO ESTIME NECESARIO. BAJO ESTA COBERTURA SE INCLUYE:

- a) CORONAS/PRÓTESIS FIJAS: LAS CORONAS FIJAS SON RESTAURACIONES QUE REEMPLAZAN LA TOTALIDAD DE LA ESTRUCTURA CORONAL PERDIDA A CONSECUENCIA DE CARIOS O FRACTURAS. LA COBERTURA INCLUYE CORONAS PROVISIONALES EN ACRÍLICO Y CORONAS METAL-PORCELANA SIEMPRE Y CUANDO EL ODONTÓLOGO DE LA RED DE PROVEEDORES LO INDIQUE Y TANTO LA RAÍZ COMO EL HUESO CIRCUNDANTE SEAN APTOS PARA REHABILITACIÓN. ESTÁN EXCLUIDAS CORONAS ENTERAS EN PORCELANA, ZIRCONIO, PROCERA O EMAX, CORONAS SOBRE IMPLANTE Y OTROS PROCEDIMIENTOS DE MAYOR COMPLEJIDAD O REEMPLAZOS POR MOTIVOS NETAMENTE ESTÉTICOS.
- b) MUÑÓN SOBRE ENDOPOSTE: SE REFIERE A TODA ESTRUCTURA SINTÉTICA COLOCADA A NIVEL CORONAL QUE SERVIRÁ DE ANCLAJE A UNA CORONA ARTIFICIAL. INCLUYE MUÑÓN EN RESINA O IONÓMERO PARA DIENTE ANTERIOR O POSTERIOR.
- c) PERNOS: SE REFIERE A UNA ESTRUCTURA DE METAL (ORO U OTRAS ALEACIONES) O DE OTROS MATERIALES (FIBRA DE VIDRIO O TITANIO) QUE SE COLOCA EN EL INTERIOR DEL CANAL RADICULAR DESPUÉS DE HABER REALIZADO EL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA CORRESPONDIENTE. EL ENDOPOSTE PUEDE SER PREFABRICADO O PREPARADO POR EL LABORATORIO (COLADO) A LA MEDIDA DEL CANAL DENTAL. EN AMBOS CASOS EL PROPÓSITO DEL ENDOPOSTE ES SERVIR COMO ANCLAJE PARA UNA CORONA ARTIFICIAL. LA COBERTURA INCLUYE PERTO O PIN COLADO (METAL BASE), PIN O ENDOPOSTE DE TITANIO, PIN O ENDOPOSTE EN FIBRA DE VIDRIO. SE EXCLUYEN PERNOS EN METAL PRECIOSO (ORO) O SEMIPRECIOSOS.
- d) INCRUSTACIONES: LAS INCRUSTACIONES DENTALES SON UN TIPO DE RESTAURACIÓN DENTAL CONSERVADORA QUE SE REALIZA CUANDO HAY UN DAÑO QUE COMPROMETE SERIAMENTE LA ESTRUCTURA DENTAL Y COMO ALTERNATIVA A LA CORONA DENTAL. SE UTILIZAN ESPECIALMENTE EN DIENTES QUE PRESENTAN CARIOS INTERPROXIMALES O FRACTURAS, Y EN DIENTES QUE HAN SIDO TRATADOS ENDODÓNTICAMENTE (TRATAMIENTO DE CONDUCTO) SIEMPRE Y CUANDO EL DAÑO NO SEA TAN EXTENSO COMO PARA REQUERIR LA COLOCACIÓN DE UNA CORONA. LA COBERTURA INCLUYE INCRUSTACIONES EN RESINA TÉCNICA INDIRECTA (2-3 SUPERFICIES), INCRUSTACIÓN ONLAY EN METAL E INCRUSTACIÓN INLAY/ONLAY EN PORCELANA. NO SE CUBREN INCRUSTACIONES DISTINTAS A LAS DESCRIPTAS NI OTROS PROCEDIMIENTOS DE MAYOR COMPLEJIDAD O REEMPLAZOS POR MOTIVOS NETAMENTE ESTÉTICOS.

- e) PRÓTESIS REMOVIBLE: UNA PRÓTESIS DENTAL ES UN ELEMENTO ARTIFICIAL DESTINADO PARA RESTAURAR LA ANATOMÍA DE UNA, VARIAS O TODAS LAS PIEZAS DENTALES PERDIDAS POR AFECCIÓN O TRAUMA, RESTAURANDO ADEMÁS DE LA ESTÉTICA LA FUNCIÓN MASTICATORIA. LA COBERTURA INCLUYE PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR O INFERIOR ACRÍLICA, PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL ACRÍLICA (1-13 PIEZAS DENTALES), PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL METAL ACRÍLICA (1-13 PIEZAS DENTALES), PRÓTESIS REMOVIBLE FLEXI PARCIAL Y PRÓTESIS REMOVIBLE FLEXI TOTAL SUPERIOR O INFERIOR. NO EXISTE COBERTURA PARA PRÓTESIS DIFERENTES A LAS DESCRIPTAS ANTERIORMENTE.

11. ORTOPEDIA Y ORTODONCIA

- a) **ORTOPEDIA: (MENORES DE 10 AÑOS)** ES UNA DE LAS ESPECIALIDADES DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE ENCARGA, MEDIANTE EL USO DE APARATOS FIJOS O REMOVIBLES, DE APLICAR ESTÍMULOS QUE ALTERAN O MODIFICAN UN PATRÓN ESQUELETAL. LA COBERTURA INCLUYE CONSULTA CON UN ESPECIALISTA (DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO) CON UNO DE LOS ODONTÓLOGOS DE NUESTRA RED PROVEEDORES, QUIEN SERÁ EL PROFESIONAL ENCARGADO DE PLANIFICAR EL TRATAMIENTO. LA CONSULTA CON ESPECIALISTA INCLUYE LA VALORACIÓN DEL CASO Y LA EMISIÓN DEL CONCEPTO (NO INCLUYE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS). SE INCLUYEN ÚNICAMENTE LOS SIGUIENTES APARATOS DE ORTOPEDIA MAXILAR: (I) MANTENEDOR DE ESPACIOS FIJO O REMOVIBLE, (II) APARATO CON TORNILLO DE EXPANSIÓN, (III) APARATO Klammt, (IV) PISTAS PLANAS CON TORNILLO DE EXPANSIÓN, (V) QUAD HÉLIX O REJILLA LINGUAL, (VI) HYRAX (EXPANSOR), (VII) PLACA DE HAWLEY, (VIII) FUERZA EXTRAORAL, (IX) MASCARA FACIAL. CUBRE IGUALMENTE EL CONTROL DE TRATAMIENTO DE ORTOPEDIA (HASTA 15 CONTROLES). NO TIENEN COBERTURA LAS REPARACIONES DE APARATOS O LAS REPOSICIONES POR PÉRDIDA O FRACTURA DE ESTOS. SE CUBRIRÁ UNA ÚNICA COLOCACIÓN POR APARATO. PARA ACCEDER A ESTE BENEFICIO EL PACIENTE DEBERÁ APROBAR EL EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO REALIZADO POR EL ORTODONCISTA DE NUESTRA RED DE PROVEEDORES QUE CERTIFIQUE QUE EL PACIENTE ES APTO PARA INICIAR ORTOPEDIA MAXILAR.
- b) **ORTODONCIA: (DESDE 12 AÑOS EN ADELANTE)** SE OCUPA DE CORREGIR LOS DEFECTOS Y LAS IRREGULARIDADES EN LA POSICIÓN DE LOS DIENTES; MEJORA NO SOLO LA ESTÉTICA SINO LA FUNCIÓN EN LOS MAXILARES. INCLUYE LA CONSULTA CON UN ESPECIALISTA EN ORTODONCIA (DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO), INSTALACIÓN DE LA APARATOLÓGIA PARA INICIO DE ORTODONCIA METÁLICA TÉCNICA MBT, CONTROL DE ORTODONCIA CORRECTIVA (SE CUBRIRÁ HASTA UN MÁXIMO DE 24 CONTROLES), REPARACIONES DE BRACKETS MBT, TUBOS O BANDAS. EN CASO DE DESALOJO, SE CUBRIRÁ HASTA DIEZ (10) REPARACIONES POR VIGENCIA SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE NO HAYA ABANDONADO EL TRATAMIENTO POR MÁS DE 2 MESES CONSECUTIVOS. LAS REPARACIONES QUE SUPEREN EL LÍMITE CUBIERTO SERÁN PAGADAS POR EL

ASEGURADO AL PRESTADOR SEGÚN LA TARIFA DE CONVENIO VIGENTE (TARIFA PREFERENCIAL), SE CUBREN RETENEDORES AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA. PARA ACCEDER A ESTE BENEFICIO EL ASEGURADO DEBERÁ APROBAR EL EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO REALIZADO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA DE NUESTRA RED DE PROVEEDORES QUE CERTIFIQUE QUE EL ASEGURADO ES APTO PARA INICIAR ORTODONCIA. LA AUTORIZACIÓN PARA EL INICIO DE ESTE TRATAMIENTO DEBERÁ SER AVALADA POR AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. SE CUBRIRÁ UNA ÚNICA INSTALACIÓN DE APARATOLOGÍA EN LA CLÍNICA DE LA RED DE PROVEEDORES QUE HAYA ESCOGIDO EL ASEGURADO; EN NINGÚN CASO SE ACEPTARÁN NUEVAS INSTALACIONES POR CAMBIO DE CLÍNICA O POR ABANDONO DE TRATAMIENTO. LOS DEMÁS COSTOS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA, CONTROLES ADICIONALES A LOS OTORGADOS, REPARACIONES DE BRACKETS ADICIONALES A LAS CONTEMPLADAS, TRACCIÓN QUIRÚRGICA O APARATOS ADICIONALES COMO PLACAS LEVANTADORAS DE MORDIDA O CUALQUIER OTRO ADITAMENTO DIFERENTE, NO ESTÁN CUBIERTOS Y DEBERÁN SER ASUMIDOS POR EL ASEGURADO DIRECTAMENTE ANTE EL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA PRESTADOR DEL SERVICIO. NO SE CUBRIRÁN CONTROLES DE ORTODONCIA DE TRATAMIENTOS INICIADOS ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA.

12. OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS ORTOPEDIA-ORTODONCIA

CUBRE LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EL ESTUDIO Y PLANEACIÓN DE TRATAMIENTOS DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA, EL PAQUETE DIAGNÓSTICO INCLUYE RADIOGRAFÍA PANORÁMICA, RADIOGRAFÍA DE PERFIL, OCHO FOTOS, CEFALOMETRÍA BÁSICA Y MODELOS DE ESTUDIO.

LAS RADIOGRAFÍAS DESCRIPTAS SE CUBRIRÁN PREVIA ORDEN REALIZADA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA ADSCRITO A LA RED DE PRESTADORES Y SEGÚN DISPONIBILIDAD DE CENTROS RADIOLÓGICOS. SE CUBRIRÁ UN ÚNICO JUEGO DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS PARA ORTOPEDIA U ORTODONCIA POR VIGENCIA.

A. COBERTURAS OPCIONALES

1. ORTOPEDIA

(MENORES DE 10 AÑOS): ADEMÁS DE LOS BENEFICIOS MENCIONADOS EN ORTOPEDIA Y ORTODONCIA LITERAL (A), SE INCLUYEN DENTRO DE LAS COBERTURAS: (I) PLACA PROGENIE Y (II) BIONATOR. NO TIENEN COBERTURA LAS REPARACIONES DE APARATOS O LAS REPOSICIONES POR PÉRDIDA O FRACTURA DE ESTOS. SE CUBRIRÁ UNA ÚNICA COLOCACIÓN POR APARATO PARA ACCEDER A ESTE BENEFICIO EL PACIENTE DEBERÁ APROBAR EL EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO REALIZADO POR EL ORTODONCISTA DE NUESTRA RED DE PROVEEDORES QUE

CERTIFIQUE QUE EL PACIENTE ES APTO PARA INICIAR ORTOPEDIA MAXILAR.

2. TRATAMIENTO DTM

SE CONTEMPЛА TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DE DTM (DESÓRDENES TEMPOROMANDIBULARES) COMO DOLOR O DIFICULTAD EN MOVIMIENTOS MANDIBULARES OCASIONADOS POR BRUXISMO O APRETAMIENTO DENTAL. SE INCLUYE EN LA COBERTURA (I) PLACA MIORRELAJANTE PROGRAMADA EXTRA COMFORT, (II) PLACA MIORRELAJANTE EN ACETATO Y (III) ADAPTACIÓN O REPROGRAMACIÓN PLACA MIORRELAJANTE. PARA ACCEDER AL BENEFICIO EL USUARIO DEBE SER VALORADO POR ESPECIALISTAS DE LA RED DE PRESTADORES. EN NINGÚN CASO SE CUBRIRÁN REPOSICIONES DE PLACAS O ADITAMENTOS POR PÉRDIDA O FRACTURA. LOS TRATAMIENTOS SERÁN CUBIERTOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

3. ESTÉTICA DENTAL

SE INCLUYE DENTRO DE LAS COBERTURAS UNA (1) SESIÓN DE BLANQUEAMIENTO DENTAL EN CONSULTORIO DURANTE LA VIGENCIA DEL PLAN. SE TRATA DE UN PROCEDIMIENTO ESTÉTICO QUE ACLARA EL COLOR DE LOS DIENTES NATURALES MEDIANTE EL USO DE PRODUCTOS QUÍMICOS APLICADOS POR UN PROFESIONAL.

PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO, EL PACIENTE DEBE SER VALORADO PREVIAMENTE POR UN ODONTÓLOGO, QUIEN CONFIRMARÁ QUE NO HAY CARIAS, ENFERMEDAD EN LAS ENCÍAS (PERIODONTITIS) O DEL NERVO DENTAL Y QUE ES APTO PARA EL PROCEDIMIENTO. EL BLANQUEAMIENTO NO TIENE EFECTO SOBRE DIENTES CON RESTAURACIONES PREVIAS COMO RESINAS, CARILLAS O CORONAS. EN CASO DE PRESENTAR ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS EN LOS DIENTES FRONTALES, ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO CAMBIARLOS DESPUÉS DEL BLANQUEAMIENTO PARA IGUALAR EL COLOR (RECOMENDADO HACERLO DESPUÉS DE 15 DÍAS). ESTOS COSTOS ADICIONALES NO ESTÁN CUBIERTOS Y DEBEN SER ASUMIDOS POR EL PACIENTE. TAMPoco TIENE EFECTO EN DIENTES QUE YA HAN RECIBIDO TRATAMIENTO DE CONDUCTO (ENDODONCIA), LOS CUALES REQUIEREN OTRO TIPO DE BLANQUEAMIENTO MENCIONADO EN LAS COBERTURAS DE ENDODONCIA EN EL NUMERAL (8). ESTE TRATAMIENTO ES EFICAZ PRINCIPALMENTE PARA MANCHAS EXTERNAS CAUSADAS POR CAFÉ, TÉ, TABACO U OTROS AGENTES. MANCHAS INTERNAS POR MEDICAMENTOS O PROBLEMAS EN EL ESMALTE NECESITAN OTROS MANEJOS NO INCLUIDOS EN ESTA COBERTURA. NO APLICA PARA EMBARAZADAS, MUJERES LACTANTES NI PACIENTES CON DIENTES MUY SENSIBLES O ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA. NO INCLUYE TÉCNICAS DE ÚLTIMA GENERACIÓN COMO ZOOM O LÁSER. LAS SESIONES DE MANTENIMIENTO O RETOQUES POSTERIORES NO ESTÁN CUBIERTAS.

B. PERIODOS DE CARENCIA COBERTURAS

- 1. URGENCIA ODONTOLÓGICA:** DESDE 1ER DIA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.
- 2. RADIOLOGÍA:** DESDE 1ER DIA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.
- 3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 4. OPERATORIA:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 5. CIRUGÍA ORAL:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 6. ODONTOPIEDIATRÍA:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 7. ENDODONCIA:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 8. PERIODONCIA:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 9. REHABILITACIÓN ORAL:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 10. ORTOPEDIA Y ORTODONCIA:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 11. ESTETICA DENTAL:** CONFORME CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

C. EXCLUSIONES

AXA COLPATRIA NO ASUMIRÁ NINGÚN COSTO DE LOS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN O HAYAN SIDO PRESTADOS POR CAUSA O COMO CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, AUN EN LOS CASOS DE URGENCIAS:

1. CUALQUIER SERVICIO ODONTOLÓGICO NO DESCrito EXPRESAMENTE EN LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA, O AQUELLOS SERVICIOS ORDENADOS O PRACTICADOS POR PROFESIONALES Y/O INSTITUCIONES NO ADSCRITOS A LA RED DE PROVEEDORES, SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES.
2. TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO Y/O CUALQUIER CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DENTAL.
3. TRATAMIENTOS ORIGINADOS POR ENFERMEDADES MENTALES Y/O LESIONES SUFRIDAS POR EL TITULAR CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE BAJO EFECTOS DE SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS, ALCOHÓLICAS O EN ESTADOS DE ENAJENACIÓN MENTAL DE CUALQUIER ORIGEN.
4. TRATAMIENTOS Y/O SERVICIOS ORIGINADOS POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE SEAN DECLARADAS COMO EPIDÉMICAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS COMPETENTES.
5. LESIONES Y/O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN O CONMOCIÓN CIVIL, CUANDO EL TITULAR SEA PARTICIPE DE ÉSTAS.
6. LESIONES OCASIONADAS EN EL DESARROLLO DE LA COMISIÓN DE UN DELITO O CONTRAVENCIÓN O, EN GENERAL, CUALQUIER ACTO ILÍCITO EN EL QUE EL

ASEGURADO SEA AUTOR O PARTÍCIPLE, O LAS SUFRIDAS POR ÉL MISMO CON OCASIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN DUELOS, RIÑAS O CUALQUIER MANIFESTACIÓN DE PROTESTA COLECTIVA, CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA.

7. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS SOLICITADOS CON OCASIÓN DE FENÓMENOS DE LA NATURALEZA TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ALUVIONES, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
8. TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS QUE SE REQUIERAN COMO CONSECUENCIA DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA O DE CONTAMINACIÓN BIOLÓGICA O QUÍMICA.
9. LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACaidismo, Bungee jumping, Parkour, Alpinismo, Raíl, Parapente, Rafting, Alas Delta, Motocross, Motociclismo, Automovilismo, Aviación no Comercial, Montañismo y todos aquellos deportes que comparten una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o arriesgadas en las que se practican.
10. LESIONES SUFRIDAS CUANDO SE ESTÉ ACTUANDO COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE NAVES Y AERONAVES, O EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR O PRÁCTICAS EQUIVALENTES EN ACADEMIAS MILITARES.
11. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS QUIRÚRGICOS U HOSPITALARIOS PARA PACIENTES EN ESTADO DE MUERTE CEREBRAL SEGÚN LOS CRITERIOS ÉTICOS LEGALES, CLÍNICOS Y PARA CLÍNICOS ACTUALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
12. LESIONES AUTOINFLIGIDAS Y/O INTENTO DE SUICIDIO.
13. TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS QUE SE REQUIERAN COMO CONSECUENCIA O EN VIRTUD DE LA COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO NO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
14. PROCEDIMIENTOS QUE EXIJAN HOSPITALIZACIÓN, ANESTESIA GENERAL O ATENCIÓN DOMICILIARIA.
15. TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES: APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O MATERIAL IMPORTADO NO RECONOCIDO EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, PRÓTESIS, IMPLANTES, REHABILITACIÓN ORAL, DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, SERVICIOS DE ORTODONCIA Y/U ORTOPEDIA FUNCIONAL EXPERIMENTALES O NO AVALADOS EN COLOMBIA, SERVICIOS CON METALES PRECIOSOS Y/O CUALQUIER TIPO DE PORCELANAS O CERÁMICA, ODONTOLOGÍA COSMÉTICA, QUE NO HAYAN SIDO DESCritos EN LAS COBERTURAS.
16. CARILLAS PARA CAMBIOS DE FORMA, TAMAÑO O COLOR DE LOS DIENTES, O EL CAMBIO DE AMALGAMAS QUE SE ENCUENTREN ADAPTADAS Y FUNCIONALES POR RESINAS, BLANQUEAMIENTOS DE DIENTES VITALES Y PROCEDIMIENTOS PREPROTÉSICOS EN GENERAL QUE NO HAYAN SIDO DESCritos EN LAS COBERTURAS.
17. ESTAN EXCLUIDOS LOS IMPLANTES DENTALES (FASE

QUIRÚRGICA), ASÍ COMO LA FASE DE REHABILITACIÓN (CORONAS SOBRE IMPLANTES O PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES). TAMPOCO SE CUBRIRÁ PROCEDIMIENTOS PARA RETIRO DE IMPLANTES (EXPLANTES)

18. OTROS PROCEDIMIENTOS NO DESCritos DENTRO DE LAS COBERTURAS DEL PLAN.
19. LAS COMPLICACIONES Y SECUELAS GENERADAS POR EL

ABANDONO DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ASEGURADO: SE CONSIDERA ABANDONO CUANDO UN ASEGURADO NO ASISTE POR UN TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO A LA CITA PROGRAMADA PARA LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INICIADO.

CAPITULO II CONDICIONES APPLICABLES A TODO EL CONTRATO

1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los amparos de esta póliza serán prestados a los asegurados únicamente dentro del territorio nacional, de acuerdo con la red contratada por AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.

2. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Recuerda que para la contratación del seguro y durante la vigencia de este, se debe acreditar la afiliación y pago de aportes al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Régimen Contributivo, o a un Régimen de Excepción conforme a las normas aplicables.

3. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a) Debes seguir las recomendaciones de tu odontólogo necesarias para la conservación o el restablecimiento de tu salud oral.
- b) Debes tratar con respeto al personal de odontología de la red de proveedores y a funcionarios de AXA COLPATRIA.
- c) Debes comunicar a AXA COLPATRIA sobre cualquier cambio de dirección de residencia o domicilio.

4. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima es obligación del tomador de la póliza y deberá efectuarse a más tardar en la fecha de vencimiento pactada en la carátula. En caso de revocatoria del seguro por parte del tomador y/o asegurado, se restituirá a prorrata el valor de la prima no devengada conforme a lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio. El no pago de la prima dentro del plazo estipulado en esta póliza o en los certificados o anexos expedidos con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato de seguro por mora.

5. COPAGO O DEDUCIBLE

Es el porcentaje o valor mínimo que debe asumir el asegurado ante la prestación de determinados servicios odontológicos. Cada vez que requieras un tratamiento o servicio amparado por la póliza, deberás cancelar el valor del copago o deducible estipulado en la

carátula de la póliza directamente al profesional o a la entidad de atención.

6. RENOVACIÓN

La póliza será renovada automáticamente por un término igual a la vigencia inicial, salvo que el tomador manifieste su deseo de no renovarlo con una antelación no inferior a diez (10) días calendario al vencimiento de la vigencia inicial o cualquiera de sus prórrogas.

7. PERIODO DE CARENCIA

Se define como el periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y durante el cual el asegurado no estará cubierto. Este periodo deberá cumplirse por única vez para cada asegurado.

8. TEMPORALIDAD

El producto "PÓLIZA DE PLAN DENTAL SALUD COLECTIVO" tiene una vigencia anual con modalidad de pago pactado de prima (mensual, trimestral, semestral o anual) con renovación automática por períodos iguales, previo el pago de la prima pactada; no obstante, el tomador puede revocar la póliza en cualquier tiempo, conforme al art. 1071 del C. de Co.

La póliza se renovará automáticamente en cada vencimiento, salvo pacto en contrario.

9. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro se dará por terminado en los siguientes casos:

- a) Vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza sin haberse renovado.
- b) Por mora en el pago de la prima: La mora en el pago de la prima de la póliza producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

- c) Por decisión unilateral del tomador en cualquier momento, mediante aviso 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 con base en lo estipulado en el artículo 1071 del Código de Comercio, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual.
- d) Por decisión unilateral del asegurador notificada a la última dirección conocida del tomador, con una antelación no inferior a diez (10) días calendario a la fecha efectiva de terminación en cuyo caso se restituirá el valor de la prima no devengada a que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la fecha de vencimiento del contrato.
- e) Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar afiliado al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Régimen Contributivo o a un Régimen de excepción de él y/o de los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicables para la materia.

10. NOTIFICACIONES

El tomador y/o los asegurados deberán comunicar a AXA COLPATRIA de manera escrita sobre cualquier novedad que afecte el contrato de seguro tales como fallecimiento, cambio en el tipo o número de documento de identidad, cambio de dirección de residencia o domicilio, teléfono de contacto y correo electrónico. Todas las comunicaciones serán enviadas a la última dirección comunicada.

11. LEGISLACIÓN APPLICABLE

La interpretación y ejecución del presente contrato de seguros se rige por las leyes de la República de Colombia.

12. DOMICILIO CONTRACTUAL

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la Póliza como lugar de expedición.

13. TARIFA PREFERENCIAL

Valor aceptado por la Red de Proveedores de AXA COLPATRIA al cual tiene derecho los asegurados de forma adicional a las coberturas otorgadas bajo el presente contrato para aquellos tratamientos no contemplados en el cuadro de beneficios. El descuento es del 20% sobre las tarifas promedio del mercado.



www.axacolpatria.co



Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C.

Líneas de atención: Bogotá (60-1) 423 57 57 • Resto del país 01 8000 512 620
#247 desde tu celular

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A


Vigilado Supersalud

22/12/2025-1404-P-35-DENTALC/DIC/2025-D001
22/12/2025-1404-NT-P-35-DENTALC/DIC/2025