

CLAUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DENTAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320131487

ARTÍCULO 1. DESCRIPCION DE COBERTURA.

La Compañía de Seguros, mediante el pago de la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza y en las condiciones y términos que aquí se establecen, reembolsará los gastos dentales razonables y acostumbrados incurridos por los asegurados a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, en que incurra durante el período en que se encuentren amparados por este adicional y siempre que la póliza principal y este adicional se encuentren vigentes a esa fecha.

Se entenderá que tienen cobertura todas aquellas prestaciones que figuren en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. y que además tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas descritas en este artículo pueden ser contratadas en forma conjunta como un todo, o bien, el contratante puede optar por alguna de ellas, lo que deberá expresarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos dentales incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiendo en ambos casos establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos dentales incurridos ante cualquier prestador dental o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En razón de lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá, a petición expresa del Contratante, limitar la aplicación de esta cobertura en relación al ámbito territorial de la póliza sin que ello afecte la vigencia de ésta, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares. Es decir, podrá definir zonas geográficas y ciudades específicas en Chile como en el extranjero, en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Tratándose de cobertura por gastos dentales incurridos fuera del país, la conversión a moneda nacional se efectuará conforme al tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile el día anterior a la fecha en que se efectúa el reembolso de gastos dentales, en conformidad a esta cláusula adicional.

Del mismo modo, según sea acordado con el contratante, la póliza podrá establecer limitaciones o restricciones a las coberturas contratadas en razón de la edad de los asegurados, lo cual deberá constar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

Las coberturas ofrecidas para esta cláusula adicional y siempre que su causa sea originada en una enfermedad o accidente de origen odontológico son las siguientes:

A. DENTAL BÁSICA.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes prestaciones, las cuales deberán quedar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las

siguientes:

1) RADIOLOGIA INTRAORAL: Incluye solo las técnicas radiografías Bitewing y Retroalveolares sean éstas simples o totales, indicadas por un cirujano-dentista.

2) HIGIENIZACION O LIMPIEZA: Incluye solo la limpieza coronaria rutinaria o limpieza simple hasta el número máximo de limpiezas indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, con el objeto de eliminar tinciones, manchas o sarro (tártaro dental) sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple.

3) ENDODONCIA: Incluye la especialidad que trata el conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo. Están cubiertos los tratamientos de endodoncia de todas las piezas dentales.

4) ODONTOPEDIATRIA: Incluye todo el tratamiento odontológico curativo en niños, de caries dentales y sus complicaciones, así como todos los tratamientos para su prevención. No está incluida en esta categoría la ortodoncia.

5) OPERATORIA DENTAL SIN LABORATORIO: Es el tratamiento de las caries o lesiones dentales para devolver a la pieza dentaria su forma y sus funciones. Están cubiertos solo los tratamientos efectuados con materiales e insumos, tales como: amalgamas de plata, materiales estéticos como composites en todas sus variedades y tipos, vidrios ionómeros y todos los insumos para efectuar estos procedimientos.

No están incluidos en esta categoría las obturaciones que utilizan materiales preciosos como aleaciones de oro o porcelanas, carillas, incrustaciones de resina o porcelana, como tampoco cubre los procedimientos que involucren el uso de método indirecto convencional, escáner computacional o el uso de laboratorio dental.

6) CIRUGÍA BUCAL SIMPLE: Incluye solo las extracciones dentarias simples indicadas por cualquier motivo o diagnóstico. Están excluidos gastos de pabellón, arsenalera, ayudante y extracciones a colgajo o incluidas.

7) CONSULTA DENTAL: El gasto dental incurrido por concepto de la respectiva consulta dental, los exámenes no radiológicos, procedimientos, planes de tratamiento y controles derivados de ésta.

B. DENTAL DE ESPECIALIDAD.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes prestaciones, las cuales deberán quedar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

1) RADIOLOGIA ORAL: Incluye todas las técnicas, radiografías intraorales y extraorales indicados por un cirujano-dentista con el objeto de diagnosticar cualquier terapia odontológica.

2) OPERATORIA DENTAL COMPLETA: Es el tratamiento de las caries para devolver a la pieza dentaria su forma y sus funciones, incluyendo esta categoría la operatoria dental sin laboratorio, así como cualquier otra técnica y material o procedimiento restaurador que implique o no el uso de laboratorio.

3) PERIODONCIA: Incluye los tratamientos de limpieza coronaria rutinaria y todos los tratamientos de la especialidad de periodoncia que traten la enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente, tales como encías, periodonto y hueso alveolar.

4) CIRUGIA BUCAL COMPLETA: Incluye todos los procedimientos invasivos que intenten devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca incluyendo la denominada Cirugía Bucal Simple, y cualquier técnica quirúrgica que necesiten de ayudante, arsenalera y pabellón.

5) DISFUNCIÓN: Incluye todo tratamiento para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación y apoyo kinesiológico.

6) PRÓTESIS FIJA: Incluye el tratamiento para reponer una o más piezas dentarias usando las piezas remanentes o implantes como inserción. Están incluidas todo tipo de coronas y puentes de cualquier material.

7) PRÓTESIS REMOVIBLE: Incluye el tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida mediante prótesis movibles. Están incluidas todo tipo de prótesis parciales o totales de cualquier material.

8) IMPLANTES DENTALES: Incluye el tratamiento de implantes dentarios y todos los procedimientos clínicos y de laboratorio para su indicación y ejecución.

9) MEDICAMENTOS: Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

10) TRATAMIENTOS CON FINES SOLO ESTÉTICOS: Blanqueamiento dentario en piezas vitales, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.

11) LABORATORIO DENTAL: Incluye todos los procedimientos y materiales de apoyo para la ejecución de todo tipo de restauraciones, prótesis e implantes dentales ejecutadas por un laboratorista dental bajo la indicación y supervisión de un Cirujano-Dentista.

C. ORTODONCIA: Esta cobertura incluye el tratamiento con aparatología fija o removible en cualquiera de sus técnicas, aparatos de contención, mentoneras, fuerzas extraorales y ortodoncia interceptiva.

ARTÍCULO 3. DEFINICIONES.

Para los efectos de esta cobertura adicional se entiende por:

1. ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO: Toda enfermedad que afecta al diente, encía, periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.

2. ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones odontológicas.

3. GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Para estos efectos, se tendrá en consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de ésta, de acuerdo al arancel odontológico del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., denominado Aranceles de Referencia.

La Compañía de Seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% del valor asignado para esa prestación en el arancel de referencia del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un porcentaje diferente.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope.

4. CIRUJANO-DENTISTA: Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que esté calificado para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto.

5. GASTO DENTAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO: Es el costo de la prestación, hasta el límite establecido como gasto dental razonable y acostumbrado, descontando las sumas reembolsadas o financiadas por una Institución de Salud Previsional, como asimismo otros sistemas o instituciones al cual pertenezca al asegurado y que le otorgue beneficios similares a la presente cobertura adicional.

6. DEDUCIBLE: La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Tratándose de este Adicional, corresponde al monto de los gastos médicos cubiertos por este Adicional que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza; pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores dentales.

7. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO: Es el límite máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo este Adicional, hasta el cual la Compañía de Seguros reembolsará por un asegurado a causa de una o más prestaciones de gastos dentales. El monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

8. PERIODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible, el monto máximo de reembolso o pago, o ambos a la vez, lo cual podrá estar o no restringido a uno o más beneficios, y será siempre el período de vigencia de la póliza principal, u otro que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. CARENCIA: Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente Adicional, y siempre y cuando se encuentre estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto dental.

El período de carencia rige a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza o desde su rehabilitación de esta cobertura adicional. Para efecto de las renovaciones, a partir del primer aniversario de esta cláusula, dicho período de carencia se dará por satisfecho para aquellos asegurados que hayan cumplido dicho período de carencia en la vigencia anterior de la póliza.

El período de carencia para las personas que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cláusula adicional, será a partir de su fecha de incorporación.

10. SITUACIÓN, DOLENCIA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES.

El presente Adicional no cubre ninguno de los beneficios estipulados en él, cuando se originen por:

- a. Alguna de las prestaciones dentales indicadas en las coberturas Dental de Especialidad y Ortodoncia del artículo N°1 de este Adicional, salvo que se hayan contratado expresamente debiendo constar en las Condiciones Particulares.
- b. Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos cuya enfermedad o accidente tenga su origen con posterioridad a la fecha de término de vigencia de su cobertura.
- c. Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo

músculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.

d. Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.

e. Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este Adicional.

f. Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

g. Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

h. Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares que sean recetados por el Cirujano-Dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

i. Cualquier tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.

j. Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los seis (6) meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.

k. Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos.

l. Prótesis e implantes dentarios.

m. Situaciones, dolencias o Enfermedades preexistentes, es decir, aquellas que hayan sido conocidas por el asegurado o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de contratación de esta Cláusula Adicional.

n. Las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de la póliza principal en cuanto sean aplicables.

ARTÍCULO 5. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA.

La Compañía podrá otorgar cobertura a alguno o algunos de los riesgos excluidos cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la Compañía, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza. La Compañía en estos casos podrá establecer el pago de una prima adicional.

ARTÍCULO 6. BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios de esta Cláusula Adicional serán aquellos que se encuentren designados en dicha calidad en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7. GASTOS DENTALES EFECTIVAMENTE INCURRIDOS.

Se reconocerán como gastos dentales efectivamente incurridos para los efectos de esta Cláusula Adicional, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos dentales, descontadas las sumas reembolsadas o financiadas por una institución de salud previsional como asimismo otros sistemas, instituciones o bienestares a los cuales pertenezca el asegurado.

La presente cobertura de reembolso de gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, se otorgará sólo respecto de aquellas prestaciones dentales que hayan sido efectivamente realizadas al asegurado, para lo cual el asegurado deberá entregar a la Compañía

aseguradora un certificado emitido por el dentista informando sobre el avance actualizado del tratamiento.

No se reembolsarán bajo esta cobertura los gastos dentales incurridos por el asegurado respecto de prestaciones dentales que no estén efectivamente otorgadas a la fecha del denuncia del siniestro.

El asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía, al momento de contratar esta Cláusula Adicional o al tiempo que le sean conferidos, si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza, como asimismo, de su afiliación a alguna institución de salud previsional privada o estatal.

Sin perjuicio de la regulación aplicable en caso de pluralidad de seguros establecida en la póliza principal, los beneficios de esta Cláusula Adicional no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar el empleador del asegurado titular, servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 8. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO.

El monto máximo de reembolso por persona o por grupo familiar según se indique en las Condiciones Particulares será anual y cubrirá todos los siniestros ocurridos bajo su vigencia hasta agotar dicho monto. Así en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto dental cubierto no agota el monto máximo de reembolso, los siniestros siguientes se pagarán en la medida del monto que resta para completar el monto máximo por persona o grupo familiar anual indicado en las Condiciones Particulares.

La Compañía sólo reembolsará de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, por los gastos dentales efectivamente incurridos por el asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un siniestro, cubiertas en virtud de esta Adicional, en la medida que tales gastos dentales excedan el deducible que se hubiere estipulado.

ARTÍCULO 9. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS.

En caso que el Asegurado incurra en un gasto dental susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, éste deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del Gasto Dental Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la Compañía de Seguros del pago de la indemnización que habría correspondido.

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto dental por parte de la Compañía:

a) La entrega oportuna por el asegurado a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que

acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

d) Los antecedentes médicos y exámenes radiológicos que obren en poder del asegurado para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita.

Con todo, la Compañía de Seguros queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costo exámenes médicos al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos dentales.

ARTÍCULO 10. TÉRMINO DE LA COBERTURA.

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio de las Condiciones Generales de la póliza principal, y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por dichas condiciones, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal esté vigente.

Esta cobertura adicional quedará sin efecto para cualquier tipo de tratamiento a partir de la fecha en que el asegurado exceda los límites de edad señalados en las Condiciones Particulares de la póliza. Por lo tanto, el pago de la prima en forma posterior al término de esta cobertura adicional, no dará derecho, en ningún caso, al reembolso de uno o más gastos dentales que se produzcan con posterioridad a esa fecha, debiendo la Compañía de Seguros restituir las primas pagadas en exceso, a través del contratante de la póliza.

ARTÍCULO 11. PRIMA.

La prima de esta cláusula adicional se detalla en las Condiciones Particulares de la póliza, y se expresará en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante, y debe pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

ARTÍCULO 12. CLÁUSULAS APLICABLES.

En todo lo no previsto en esta Cláusula Adicional, será aplicable lo previsto en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza.