

CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD



CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA

POL320150508

CONTRATANTE

ASEGURADO

BENEFICIARIO

PÓLIZA N°

Rut

Rut

Rut

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza con cobertura general de gastos médicos
- Póliza con cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas X Póliza con cobertura complementaria de gastos médicos
- Póliza con cobertura catastrófica

PÓLIZA

- Individual
- Colectiva

VIGENCIA

Inicio

Término

RENOVACIÓN

- Póliza de plazo indefinido sin condiciones
- Póliza de plazo indefinido condicionada
- Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada
- Póliza de Plazo limitado y renovable con condiciones
- Póliza de plazo limitado simple

PRIMA Monto

0,56

MONEDA

- UF
- Peso
- Otra

PERIODO DE PAGO

- Anual
- Mensual
- Otro

CONDICIONES

- Fija
- Ajustable Según Contrato

COMISIÓN TOTAL CORREDOR

MONTO

No hay comisión

PERIODO DE CARENCIA

No Aplica.

ART.

REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS

- Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes
- Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes
- Póliza con exclusión general de enfermedades preexistentes

ART.

CG 4/CP 9

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si
- No

ART.

CP 6

EXCLUSIONES

- Si
- No

ART.

CG 4/CP 9

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

- e-mail al correo electrónico
- Carta a la siguiente dirección
- Otro

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso.

Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general donde puede revisarse el detalle respectivo.

Nota 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
3.1 Duración de este Seguro. **3.2** Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro. **3.3** De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro en caso de renovación. **3.4** En qué casos NO SE PAGARA ESTE SEGURO. **3.5** Los requisitos para cobrar el seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro (*):

Este seguro:

No contempla renovación garantizada

Si podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de póliza.

No considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

No cubre preexistencias.(si cubre sólo algunas preexistencias indicar cuáles o las condiciones en que se cubren).

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320150508 en la Superintendencia de Valores y Seguros.

Usted puede revisar este texto en www.svs.cl.

(*)Este cuadro deberá ser completado por el Asegurador sobre la línea punteada con las palabras "SÍ" o "NO".

DEFINICIONES

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en al Superintendencia de Valores y Seguros, conocido también como "código Pol". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

CONTRATANTE: La persona que celebra el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiera a la compañía aseguradora. **BENEFICIARIO:**

El que , aún sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro. **TIPO DE RIESGO**

ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

Es de *cobertura general de gastos médicos* cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuado por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, o enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados.

Es de *cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas*, cuando cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.

Es de *cobertura complementaria de gastos médicos*, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos, efectuados por el asegurado, en aquella parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.

Es de *cobertura catastrófica*, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que el costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica , esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

VIGENCIA: Período de tiempo durante el cual dura la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se puede renovar.

Es de *plazo indefinido sin condiciones*, cuando la cobertura no está sujeta a plazo ni a ningún requisito diferente de los cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza.

Es de *plazo indefinido condicionada* cuando la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad u otras semejantes.

Es de *plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada* cuando la vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término conforme a las estipulaciones del contrato.

Es de *plazo limitado y renovable con condiciones*, cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entiende incluidas aquellas pólizas en que la renovación está condicionada a la aceptación por parte del asegurado de cambios en las primas, o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que ese establezca en la póliza original. No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner término en cualquier momento en cualquier momento sin expresión de causa.

Es *plazo limitado simple* cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser fija, el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser ajustable, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISION CORREDOR: El monto pagado a un tercero, normalmente corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

PERIODO DE PAGO: La periodicidad con la que el contratante debe pagar la prima. **COBERTURA:**

El tipo de riesgo que está incluido en la protección otorgada por la póliza. **CARENCIA:** Período

establecido en la póliza durante el cual no rige la protección del seguro. **EXCLUSIONES:** Aquellos

riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos especiales que debe cumplir el asegurado para que en caso de siniestro la compañía cubra el riesgo y pague el seguro.

SISTEMA DE NOTIFICACION: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectuó todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando existe un cambio en ellos.



CONDICIONES PARTICULARES
DENTAL CURATIVO INTEGRAMEDICA
Póliza

1.- IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

Empresa :CRUZ BLANCA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A
Dirección :CERRO EL PLOMO 6000
RUT :76.282.191-5
Teléfono :(+56 2) 2391 3310
Email :servicio@cruzblancaseguros.cl

Asegurado Titular

Dirección
RUT
Email

Beneficiarios					
RUT	Nombre	Sexo	Relación	Vigencia Inicial	Fecha Nacimiento

2.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Gestión de las prestaciones dentales que tengan su causa en una enfermedad o accidente odontológico que afecte a los asegurados, y que se encuentre incluida en alguno de los planes de cobertura progresivos detallados bajo la(s) letra(s) A, B, C y D en el Anexo 1 de las presentes Condiciones Particulares, el que se entiende formar parte de las mismas para todos los efectos legales. Del mismo modo, el Anexo 1 de las presentes Condiciones Particulares señalará los toques de gastos anuales por persona y por especialidad de las prestaciones dentales correspondientes a los diferentes planes de cobertura progresivos.

3.- CENTROS ODONTOLÓGICOS

La cobertura de los tratamientos e intervenciones odontológicas que se gestionen en virtud de este Seguro de Asistencia Dental, se prestarán sólo en los Centros Odontológicos pertenecientes a la red Integramédica que a continuación se señalan:

Centro	Código	Dirección
ALAMEDA	IAL	Av. Libertador Bernardo O'Higgins 654, Santiago
BARCELONA	IBA	Barcelona 2116, Providencia
CENTRO	ICE	Huérfanos 1147, Santiago (Galería Pacífico)
ALTO LAS CONDES	ICO	Av. Kennedy 9001, Las Condes (Mall Alto Las Condes, 4° nivel)

ESTACION CENTRAL	IEC	Av. Libertador Bernardo O'Higgins 3466, Estación Central
LA FLORIDA	IFS	Av. Vicuña Mackenna Oriente 6969, La Florida
MALL PLAZA OESTE	IMO	Av. Américo Vespucio 1501, Cerrillos (Mall Plaza Oeste)
MAIPU	IMP	Pajaritos 1790, Maipú (Mall Espacio Urbano)
MALL PLAZA NORTE	INO	Av. Américo Vespucio 1537, Huechuraba (Mall Plaza Norte)
PUENTE ALTO	IPA	Concha y Toro 26, Puente Alto
MALL PLAZA SUR	IPS	Av. Jorge Alessandri 20.040, San Bernardo (Mall Plaza Sur)
MALL PLAZA VESPUCIO	IPV	Av. Vicuña Mackenna 7110, Blvd Plaza Vespucio, La Florida
SANTA LUCIA	ISL	Victoria 421, San Bernardo
SAN MIGUEL	ISM	El Llano Subercaseaux 3965, San Miguel
MALL PLAZA TOBALABA	ITO	Av. Camilo Henríquez 3296, Puente Alto (Mall Plaza Tobalaba)
REGIONES :		
BIOBIO	IBB	Los Carrera 301, Concepción (Mall Plaza Mirador Biobío)
MALL PLAZA LA SERENA	ILS	Alberto Solari 1400, La Serena (Mall Plaza La Serena)
TALCA	ITA	1 Sur 1557, Talca (Mall Portal Centro)
MALL PLAZA EL TREBOL	ITR	Jorge Alessandri 3177, Talcahuano (Mall Plaza del Trébol)
VIÑA DEL MAR	IVM	13 Norte 853, 4° y 5° piso, Viña del Mar (Boulevard Marina Arauco)

4.- GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

Para los efectos de la cobertura descrita en esta póliza en relación al valor de las prestaciones dentales incluidas en los planes de cobertura progresivos, se tendrá en consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de ésta, de acuerdo al Arancel Odontológico que Integramédica mantiene vigente para cada uno de los Centros Odontológicos señalados en el número 3 anterior, y que se detallan en el Anexo 2 de las presentes Condiciones Particulares, entendiéndose que forman parte de las mismas para todos los efectos legales.

5.- COPAGO

Teniendo presente la vigencia de las coberturas progresivas descritas en el Anexo 1 de este contrato, y sobre la base de la aplicación del Arancel Odontológico Integramédica detallado en el Anexo 2 de la presente póliza, con el objeto de recibir las prestaciones cubiertas en virtud del presente seguro, el asegurado deberá concurrir, como condición previa, al copago o financiamiento de dicha prestación, en la proporción indicada en la siguiente tabla:

PRESTACIONES ODONTOLOGICAS AMBULATORIAS	COPAGO GARANTIZADO SOBRE ARANCEL INTEGRAMEDICA
Odontología general	20%
Operatoria	20%
Prótesis fija	20%
Prótesis removible	20%
Endodoncia	20%
Periodoncia	20%
Ortodoncia	20%
Implantología	20%
Rayos X dental	20%

Laboratorio dental	20%
PRESTACIONES COSTO CERO	
Examen clínico dental	0%
Control preventivo	0%

El copago máximo de cobertura que el asegurado pagará será el equivalente a un 20% del precio de las prestaciones odontológicas descritas precedentemente indicadas por el Arancel Integramédica.

6.- REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para poder suscribir la presente póliza, el asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos, sin perjuicio de la facultad de la Compañía de aceptar o no la solicitud de incorporación en base a la información entregada:

1. Haber completado el Formulario de Incorporación.
2. El titular y el (los) beneficiario(s) no podrán haber realizado un presupuesto dental en Integramédica en los 6 meses previos al ingreso al seguro.
3. La edad máxima de ingreso al seguro dental será de 59 años y 364 días para el titular y los beneficiarios.
4. La edad máxima de cobertura será cumpliendo 75 años de edad, tanto para el titular como para los beneficiarios de la póliza.

7.- PRIMA

- Prima nivelada pactada mensual: 0,56 UF.
- Periodicidad de pago: Mensual
- Forma de pago: El pago de la prima se efectuara únicamente mediante la modalidad PAC (Autorización de descuento en Cuenta Corriente Bancaria) mediante un mandato que autoriza esta modalidad de pago (Anexo N°3) o mediante la modalidad PAT (autorización de descuento en Tarjeta de Crédito) mediante un mandato que autoriza esta modalidad de pago (Anexo N°3).

8.- REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

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

1. La entrega oportuna por el asegurado a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique, dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la ocurrencia del siniestro, y sin perjuicio de la información adicional que pueda solicitar la Compañía.
2. Que la prestación odontológica correspondiente se encuentre contemplada en el Arancel incluido en las Condiciones Particulares;
3. Que la prestación odontológica sea requerida y realizada en el Centro Odontológico indicado en las Condiciones Particulares;
4. Que la prima se encuentre debidamente pagada por los asegurados;
5. Que no se hubiese consumido el tope máximo de cobertura estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza;
6. Que la prestación odontológica se encuentre amparada de conformidad con los planes progresivos de cobertura descritos en las condiciones particulares y vigente.
7. Que el asegurado haya pagado el respectivo copago de las prestaciones dentales realizadas.

9.- EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios aquí estipulados, cuando se originen por:

1. Lesiones autoinferidas por el asegurado o por terceros con su consentimiento cualquiera sea la época en que ocurra y cualquiera sea la causa que lo origine, aun cuando el asegurado hubiera actuado privado de razón.
2. Lesión producida por participación en actos calificados como delitos por la Ley.
3. Cualquier tratamiento a causa de intento de suicidio; lesiones o enfermedades producidas por actos de guerra, declarada o no, o a consecuencia de un motín, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, huelga o conmoción civil.
4. 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.
5. El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del odontólogo, no pueda restaurarse.
6. Los empastes de oro o materiales empleados con fines cosméticos o de embellecimiento. El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.
7. Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo músculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.
8. Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
9. Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
10. Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
11. 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.
12. Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
13. Lesiones o enfermedades producidas como consecuencia de epidemias oficialmente declaradas o fenómenos de la naturaleza declarados como catástrofe nacional, como también accidentes por experimentos de energía atómica o nuclear.
14. Los accidentes del trabajo previstos en la Ley 16.744 o en el texto legal que la reemplace y los accidentes del tránsito protegidos por la ley N° 18.490, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Circulación de Vehículos Motorizados o en el texto legal que la reemplace, hasta el monto que éstas cubran.
15. Enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes, es decir, enfermedades, dolencias o situaciones de salud que hayan sido conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor, o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de contratación del seguro. Para estos efectos, la Compañía aseguradora tendrá la obligación de consultar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el condicionado particular o en el certificado de cobertura según corresponda, se establecerán las exclusiones, restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado.

Para estos efectos, se entenderá por preexistencia lo definido en el artículo inmediatamente precedente

10.- VIGENCIA

Sin perjuicio de las vigencias asociadas a las coberturas progresivas de los planes A, B, C y D descritos en el Anexo 1 de ésta póliza, la vigencia del presente contrato se extenderá por 12 meses.

Si el asegurable suscribe el formulario que contiene la Solicitud de Incorporación, y éste haya sido aceptado por la Compañía, dentro de los primeros quince días del mes, la fecha de vigencia comenzará el primer día

hábil del mes siguiente.

Si el asegurable suscribe el formulario que contiene la Solicitud de Incorporación, y éste haya sido aceptado por la Compañía, dentro de los segundos quince días del mes, la fecha de vigencia comenzará el primer día hábil del mes subsiguiente.

- Inicio de vigencia.....:
- Término de vigencia..... :

El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante una comunicación escrita enviada por correo certificado al domicilio del asegurador.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La presente póliza se renovará automáticamente a su vencimiento, por períodos iguales y sucesivos de un año. A la renovación del seguro, la Compañía podrá realizar ajustes de prima conforme a la siniestralidad global que haya tenido el producto Seguro Dental Curativo durante la última vigencia, de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA DE SINIESTRALIDAD	Rango Siniestralidad	Siniestralidad Desde	Siniestralidad Hasta	Ajuste Mínimo de Primas	Ajuste Máximo de Primas
Siniestralidad menor a	0% - 70%	0,0%	70,0%	0,00%	0,00%
Siniestralidad entre	70% - 80%	70,0%	80,0%	0,00%	3,00%
Siniestralidad entre	80% - 90%	80,0%	90,0%	3,00%	16,00%
Siniestralidad entre	90% - 150%	90%	150,0%	16,00%	93,00%
Siniestralidad entre	150% - 200%	150,0%	200,0%	93,00%	157,00%
Siniestralidad superior a	200,0%	La Compañía evaluará la continuidad del producto			

Los ajustes convenidos en la presente póliza, regirán y se entenderán incorporadas al seguro desde la fecha de su renovación. El asegurado faculta expresamente a la Compañía para proceder en la forma señalada, pudiendo, en todo caso, rechazar la renovación, disponiendo el término del seguro conforme lo dispuesto en las condiciones generales del mismo.

11.- MONEDA

La prima, tope anual por asegurado, prestación y especialidad se expresarán en Unidad de Fomento (UF). La valorización de dicha unidad se realizará al momento del pago. La misma regla será aplicable a la devolución de primas que correspondiese.

12.- MANDATO

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, Ley N°20.584 sobre Confidencialidad y Secreto Médico, del Código de Ética del Colegio Médico de

Chile y Ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y otras.

Adicionalmente, conforme a lo señalado en la ley N° 19.628, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros con la que estoy contratando el (los) presente (s) seguro (s), o quien sus derechos represente, o su reasegurador, o la Isapre con quien tenga convenio, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora, reaseguradora o Isapre para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la compañía aseguradora, reaseguradora o Isapre tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario.

Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía Aseguradora, reaseguradora o Isapre en el análisis de otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la asegurada, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismo fines.

13.- CONDICIONES GENERALES

Las presentes Condiciones Particulares se rigen por lo dispuesto en las Condiciones Generales depositadas en el Registro de Pólizas bajo el código POL POL320150508, las que se entienden formar parte integrante de las mismas para todos los efectos legales.

LUIS FELIPE REYES URRUTIA
GERENTE COMERCIAL

CruzBlanca Seguros de Vida S. A.

ANEXO N°1

PLANES DE COBERTURAS PROGRESIVAS

A. B. C y D

Prestaciones Plan A (Odontología General, Odontopediatria y Endodoncia)

Fecha de Inicio de Vigencia:

ACCIONES DE PREVENCION, INTERCEPCION E HIGIENE
APLICACIÓN FLUOR GEL TOTALADULTOS
APLICACIÓN FLUOR GEL TOTALNIÑOS
APLICACIÓN SELLANTE FOTOCURADO PIEZA DEFINITIVA
APLICACIÓN SELLANTE FOTOCURADO PIEZA TEMPORAL
HIGIENE O PROFILAXIS EN ADULTOS

HIGIENE O PROFILAXIS EN NIÑOS
INSTRUCCIÓN Y CONTROL HIGIENE ORAL ADULTOS
INSTRUCCIÓN Y CONTROL HIGIENE ORAL NIÑOS
MANTENEDOR ESPACIO FIJO UNILATERAL
MANTENEDOR ESPACIO UNI-BILATERAL REMOVIBLE
CAJA Y CLAVIJA (PROT.FIJA)
ACCIONES GENERALES
COSTO INTERES TRATAMIENTODENTAL
EXAMEN CLINICO INICIAL Y PLAN
INFORMES PERICIALES (EJ. EVALUACION PARA INGRESO A FUERZAS ARMADAS)
INSTRUCCIÓN Y CONTROL HIGIENE ORAL ADULTOS
INTERCONSULTA CON INFORME ESCRITO
BLANQUEAMIENTO DIENTE DEVITALIZADO
ENDODONCIA
COLGAJO PARA PRESERVACION DE PAPILA
CONTROL DE LA ESPECIALIDAD ENDODONCIA
DESObTURACION PARA REPETIR TRATAMIENTO
DESObTURACION PARCIAL DE CONDUCTOS
ENDODONCIA EN DIENTES ANTERIORES CON LESION APICAL
ENDODONCIA MOLARES CON LESIÓN APICAL
ENDODONCIA MOLARES SANOS
ENDODONCIA PREMOLARES
ENDODONCIA PREMOLARES CON LESION APICAL
ENDODONCIA PREMOLARES SANOS
FERULIZACION POR GRUPO
GINGIVECTOMIA UNITARIA PARA ENDODONCIA
INDUCCION AL CIERRE APICAL
INSTRUMENTACION MECANIZADA
PULPOTOMIA EN PIEZA PERMANENTE
REObTURACION ENDODONCIA ANTERIOR
REObTURACION ENDODONCIA MOLAR
REObTURACION ENDODONCIA PREMOLAR
RETIRAR ESPIGA METALICA DEL CONDUCTO
RETIRO DE INSTRUMENTO FRACTURADO
RETIRO DE INSTRUMENTO FRACTURADO
SELLADO CERVICAL

SELLADO DE PERFORACION O FALSA VIA INTRACONDUCTO CON MTA PZA ANT O POST
SELLADO DE PERFORACIONES Y FALSAS VIAS
SESION DE RECAMBIO DE PASTASALCALINAS
TREPANACION DE INCRUSTACIONES Y FERULAS
TREPANACION DE URGENCIA
VACIAMIENTO DE ABSCESOS
PERNO MUÑON DE FIBRA CEROMEROS
LABORATORIO CEROMEROS
PTE MARYLAND EN CEROMEROS/FIBRA (CORONA + APOYO O INCRUSTACION)
PTE MARYLAND EN CEROMEROS/METAL (CORONA + APOYOO INCRUSTACION)
INLAY-ONLAYEMPRESS
LABORATORIO MPRESS
RECONSTRUCCION PARCIAL DE CORONAS
SERVICIO CARILLA ESTETICA (ART-GLASS O CERÁMICA)
LABORATORIO INCRUSTACIONES Y CARILLAS
SERVICIO EN METAL NO NOBLE:
SERVICIO EN METAL PLATAPALADIO:
SERVICIO INCRUSTACION ESTETICA (ART-GLASS O CERÁMICA)
APLICACION TOPICA BARNIZ DE CLORHEXIDINA
ODONTOPEDIATRIA
ATENCION CON PREMEDICACION POR SESION
CORONA O PILAR SIN TORNILLO
DESGASTE DE INTERFERENCIAS CUSPIDEAS
EDUCACION HIGIENE ORAL POR SESION
EXODONCIA PIEZA TEMPORAL
FLUORACION TOPICA CON BARNIZ RESINA
FLUORACION TOPICA CON GEL
HIGIENE Y PROFILAXIS EN NIÑOS
INACTIVACION DE CARIES
INMOVILIZACION EN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR
MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO/REMOV.(NO INCLUYE LABORATORIO)
MANTENEDOR ESPACIO UNI-BILATERAL REMOVIBLE
MUÑON SOBRE IMPLANTE METAL NO PRECIOSO
OBTURACION CEMENTO VIDRIO IONOMERO
OBTURACION DE CEMENTO INTERMEDIO
OBTURACION PREVENTIVA: SELLANTE Y OBTURACION

PULPECTOMIA EN PIEZA TEMPORAL
PULPOTOMIA PIEZAS TEMPORALES
RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO PIEZA PERMANENTE
REMINERALIZACION POR SESION
RESTAURACION FOTOCURADO COMPUESTA
RESTAURACION FOTOCURADO SIMPLE
SELLANTE POR PIEZA DENTARIA
TRATAMIENTODE CONDUCTO EN PIEZA TEMPORAL ANTERIOR
TRATAMIENTODE CONDUCTO EN PIEZA TEMPORAL POSTERIOR
TRATAMIENTOMANEJO NIÑO DIFICIL POR SESION
BLANQUEAMIENTO POR PIEZA
OPERATORIA
BLANQUEAMIENTO TOTAL (POR ARCA)
BLANQUEAMIENTO TOTAL EN CLINICA
INCRUSTACION COMPUESTA / ONLAY ISOSIT
MUÑON FOTOCURADO CON PERNO AL CONDUCTO
OBTURACION AMALGAMA COMPLEJA
OBTURACION AMALGAMA COMPUESTA
OBTURACION AMALGAMA SIMPLE
PRESUPUESTO BLANQUEAMIENTO
RECEMENTACION CORONA C/S AJUSTE OPERATORIO
RECEMENTACION INCRUSTACIONES C/S AJUSTE OPERATORIO
RECONSTRUCCION PARCIAL DE CORONAS
RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO + CURACION
RESTAURACION CERVICAL FOTOCURADO C/S CAVIDAD
RESTAURACION CERVICAL FOTOCURADO C/S CAVIDAD
RESTAURACION FOTOCURADO ANTERIOR CON ANGULO
RESTAURACION FOTOCURADO COMPUESTA POSTERIOR
RESTAURACION FOTOCURADO SIMPLE ANTERIOR
RESTAURACION FOTOCURADO SIMPLE POSTERIOR
TRATAMIENTO TOPICO SENSIBILIDAD DE CUELLOS (CADA UNO)
CONSULTORIAS Y ESTUDIO PROFESIONAL (1HR)
RADIOLOGIA BUCAL
INFORME INTERPETACION RADIOGRAFICA
RADIOGRAFIA ALETA MORDIDA (CADA PLACA)
RADIOGRAFÍA OCLUSAL

RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR TOTAL
FLUORACION TOPICA CON BARNIZ RESINA
RADIOLOGIA MAXILOFACIAL
RADIOGRAFIA PANORAMICA
RADIOGRAFIA PANORAMICA (CLIENTE INTERNO)
TELERADIOGRAFIA FRONTAL
TELERADIOGRAFIA LATERAL
TRAZADO CEFALOMETRICO
TRAZADO CEFALOMETRICO FRONTAL RICKETTS
TRAZADO CEFALOMETRICO LATERAL JARABAK
TRAZADO CEFALOMETRICO LATERAL RICKETTS
TRAZADO CEFALOMETRICO LATERAL ROTH
TRAZADO CEFALOMETRICO LATERAL SASSOUNI P
TRAZADO CEFALOMETRICO LATERAL STEINER

Prestaciones Plan B (Periodoncia y Cirugía Dental)

Fecha de Inicio de Vigencia:

PERIODONCIA
CIRUGIA OSEA RECEPTIVA POR GRUPO
COBERTURA ACRILICA POST OPERATORIA
COLGAJO PARA PRESERVACION DE PAPILA
COLGAJO PERIODONTAL DE ACCESO POR SITIO QUIRURGICO
COLGAJO REPOSICIONADO POR GRUPO
CONTROL DE LA ESPECIALIDAD PERIODONCIA
DESGASTE SELECTIVO POR SESIÓN
DESTARTRAJE SUBGINGIVAL POR SEXTANTE
DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA POR SEXTANTE
DISECCION QUIRURGICA DE INJERTO EN ZONA DONATE
ENSEÑANZA Y ADIESTRAM. EN TECNICAS DE HIGIENE ORAL POR SESION
EXAMEN DE PATOLOGIA DISFUNCIONAL
EXAMEN PERIODONTAL Y CONFECCION DE PERIODONTOGRAMA
EXAMEN PERIODONTAL Y CONFECCION DE PERIODONTOGRAMA

FERULIZACIONES TEMPORALES POR GRUPO
FERULIZACIONES TEMPORALES POR GRUPO
GINGIVECTOMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GENERAL POR GRUPO
GINGIVECTOMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GENERAL POR GRUPO
GINGIVECTOMIA EN PACIENTES SIN COMPROMISO GENERAL POR GRUPO
INJERTOS ALOPLÁSTICOS, NO INCLUYE MATERIAL NI COLGAJO
PLACA DE ALIVIO OCLUSAL (NO INCLUYE LABORATORIO)
PULIDO RADICULAR PERIODONTITIS INCIPIENTE
RADECTOMIA U ODONTOSECCION
REGENERACION TISULAR GUIADA POR SITIO
REGENERACION TISULAR GUIADA POR SITIO
TERAPIA MANTENCION DE IMPLANTE POR SESION
TOMA DE MUESTRA EXAMENES MICROBIOLÓGICOS
TOMA DE MUESTRA EXAMENES MICROBIOLÓGICOS
TRATAMIENTO COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS POR SESION
TRATAMIENTO DE ABSCESO PERIODONTAL
TRATAMIENTO DE HIPERSENSIBILIDAD DENTINARIA, POS TERAPIA, POR SESION
TRATAMIENTO DE URGENCIA GUNA POR SESION
TRATAMIENTO INFECCION PERIMPLANTARIA
TRATAMIENTO QUIMICO DEL SACO PERIODONTAL POR SEXTANTE
TUNELIZACION EN COMPROMISO DE BIFURCACION
TUNELIZACION EN COMPROMISO DE BIFURCACION
VESTIBULO PLASTIA COMPLEJA

Prestaciones Plan C (Prótesis Fija y Disfunciones de la ATM)

Fecha de Inicio de Vigencia:

DISFUNCION ATM
APLICACIÓN DE ELECTRO FISICA
CONSULTE LA ESPECIALIDAD DISFUNCION
ESTUDIO DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS
INSTRUCCIÓN Y CONTROL HIGIENE ORAL NIÑOS
MONTAJE EN ARTICULADOR
MONTAJE EN ARTICULADOS
PLANO DE ALIVIO
PROGRAMA TERAPEUTICO ARTICULAR
PROGRAMA TERAPEUTICO ARTICULAR CRONICO

PROGRAMA TERAPEUTICO NEUROMUSCULAR
PROGRAMA TERAPEUTICO NEUROMUSCULAR CRONICO
TECNICA DE MOVILIZACION MANDIBULAR ASISTIDA
TERAPIA BIOCONDUCTUAL
SERVICIO CUBETA DE BLANQUEAMIENTO
LABORATORIO PLANO DE RELAJACION
SERVICIO ESTAMPADO
SERVICIO PLANO DE RELAJACION
SERVICIO PLANO DE SVED, DEPROGRAMADOR O REPOSICIONADOR DENTO-ARTICULAR:
PERNO MUÑON METALICO
LABORATORIO PROTESIS FIJA SINGULAR Y PLURAL
SERVICIO CERAMICA ALUMINOSA ANTERIOR O POSTERIOR
SERVICIO CORONA DE SUSTITUCION
SERVICIO CORONA IN CERAM
SERVICIO CORONA PERIFERICA CON PERNO MUÑON COLADO
SERVICIO CORONA PERIFERICA CON PERNO MUÑON PLATA-PALADIO
SERVICIO CORONA PERIFERICA
SERVICIO CORONA PROCERA
SERVICIO INTERMEDIARIO O PONTICO
SERVICIO INTERMEDIARIO PARA PUENTE PROCERA
SERVICIO ORO MONEDA
SERVICIO PILAR, INSERCIÓN O PUNTO DE APOYO CON INCRUSTACIÓN:
SERVICIO PILAR, INSERCIÓN O PUNTO DE APOYO CON PERNO MUÑON:
SERVICIO PILAR, INSERCIÓN O PUNTO DE APOYO PERIFERICO O DE
SERVICIO PILAR, INSERCIÓN O PUNTO DE APOYO CON INCRUSTACION PLATA-PALADIO
SERVICIO PILAR, INSERCIÓN O PUNTO DE APOYO CON PERNO MUÑON PLATA-PALADIO
SERVICIO PROVISORIO (POR PIEZA)
SERVICIO PROVISORIO
SERVICIO PUENTES DE ZIRCONA (POR PIEZA)
SERVICIO ANCLAJE CEKA EXTRACORONARIO (PROT.FIJA)
LABORATORIO PROTESIS REMOVIBLE ACRILICA Y METALICA
SERVICIO ANCLAJE CEKA INTRACORONARIO (PROT. FIJA)
SERVICIO ANCLAJE MICRO-RIEL
SERVICIO ANCLAJE PRECI BUT -PRECI VERTIC O SEST ANCHORT
SERVICIO ANCLAJE TIPO SANDRI
SERVICIO ANCLAJE TIPO SANDRI EN PLATAPALADIO

SERVICIO CAJA Y CLAVIJA (PROT.FIJA)
SERVICIO FRESADO POR PIEZA (PROT.FIJA)
SERVICIO JUEGO DE DIENTES IVOCLAR
SERVICIO PROTESIS METALICA TERMINADA
SERVICIO PROTESIS PARCIAL ACRILICA:
SERVICIO PROTESIS TOTALACRILICA:
SERVICIO PUENTE PARCIAL ACRILICO
SERVICIO PUENTE REMOVIBLE METALICO
SERVICIO REAJUSTE CON MATERIAL BLANDO
SERVICIO REBASADO
SERVICIO REPARACION COMPLEJA MAS DE 2 PIEZAS
SERVICIO REPARACION COMPUESTA (Agregar Hasta 2 Piezas y 1 Retenedor)
SERVICIO REPARACIONES POR COLADOS O SOLDADURA DE PUNTO
SERVICIO REPARACIONES SIMPLES PROTESIS (Fractura o Pegar Diente)
SERVICIO REPUESTO CEKA MACHO
LABORATORIO REPUESTOS
SERVICIO REPUESTO PRECI O BEGO (AMARILLO O NARANJA)
SERVICIO REPUESTO PRECI-BUT (ROJO)
PROTESIS METALICA CON VALPLAST (RETENEDORES ESTETICOS)
LABORATORIO VALPLAST
PROTESIS VALPLAST PARCIAL
PROTESIS VALPLAST TOTAL
PROTESIS VALPLAST UNILATERAL (HASTA 2 PZAS)
PROTESIS VALPLAST UNILATERAL (HASTA 4 PZAS)
REBASADO DE VALPLAST
REPARACION DE VALPLAST
ARTIFICIOS COMO ANCLAJES DE PRECISION
PROTESIS FIJA
CONTROL DE LA ESPECIALIDAD PROTESIS FIJA
CORONA O PILAR CON TORNILLO
ESPIGA MUÑON SIMPLE O BIPARTITO (METALICO O RESINA)
INCRUSTACION METALICA COMO INSERCION
INSERCION CORONA PERNO MUÑON METALICO TOTALIZADA
INSERCION CORONA PERNO MUÑON RESINA TOTALIZADA
INSERCION CORONA SUSTITUCION TOTALIZADA
INSERCION PARA PUENTE MARYLAN

INSERCIÓN PROTESIS FIJA PROCER
INTERMEDIARIO
LABORATORIO CANTILEVER
LABORATORIO INTERMEDIARIO SOBREIMPLANTE
LABORATORIO PROTESIS FIJA ATORNILLADA (4 A 6 IMPLANTES)
LABORATORIO PRÓTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA U O-RING (2)
MUÑÓN CON PERNO O PINES DE RETENCIÓN (METÁLICO O RESINA)
MUÑÓN SOBRE IMPLANTE METAL AG-PD
ORO CERÁMICO PARA IMPLANTES
PERNO MUÑÓN FIBRA VIDRIO
RECEMENTACIÓN CORONA C/S AJUSTE OPERATORIO
RECEMENTACIÓN PUENTE C/S AJUSTE OPERATORIO
TALLAR MUÑÓN TITANIO
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRACTURA CIGOMATO MALAR
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRACTURA MAXILAR O MANDÍBULA
ARTIFICIOS COMPLEMENTARIOS DE ANCLAJE
PROTESIS REMOVIBLE
CONTROLES DE LA ESPECIALIDAD PROTESIS REMOVIBLE
PROTESIS INMEDIATAS
PROTESIS PARCIAL SUPERIOR O INFERIOR BASE ACRÍLICA
PROTESIS PARCIAL SUPERIOR O INFERIOR BASE METÁLICA
PROTESIS SUPERIOR O INFERIOR UNILATERAL
PROTESIS TOTAL INFERIOR ACRÍLICA
PROTESIS TOTAL SUPERIOR ACRÍLICA
PUENTE ACRÍLICO 2-3 PIEZAS
REBASADO TOTAL
REPARACIÓN DE PROTESIS

Prestaciones Plan D (Ortodoncia e Implantología)

Fecha de Inicio de Vigencia:

CIRUGIA MAXILO FACIAL
ABSCESOS CUTÁNEOS
ABSCESOS MUCOSOS DENTO ALVEOLAR
ALVEOLOPLASTIA POR HEMIARCADA
APICECTOMIA (NO INCLUYE VALOR ENDODONCIA)
APICECTOMIA Y OBTURACIÓN A RETRO

ARTROSCOPIA
ARTROTOMIA EXPLORATORIA
BIOPSIA DE HUESO
BIOPSIA DE MUCOSA
BIOPSIA DE PIEL
CIRUGIA A.T.M.
CIRUGIA ORTOGNATICA COMBINADA
CONTROL DE LA ESPECIALIDAD CIRUGIA
EXERESIS DE CALCULOS SALIVALES
EXERESIS DE CALCULOS SALIVALES
EXERESIS DE GLANDULA SUBMAXILAR
EXERESIS DE GLANDULA SUBMAXILAR
EXERESIS DE MUCOCELE
EXERESIS DE RANULAS CON SUBLINGUECTOMIA
EXERESIS QUISTES Y TUMORES ODONTOGENICOS 1,5 CM. O MENOS
EXERESIS QUISTES Y TUMORES ODONTOGENICOS MAYORES 1,5 CM.
EXODONCIA A COLGAJO
EXODONCIA DE PIEZAS INCLUIDAS
EXODONCIA POR INTERCONSULTADE ORTODONCIA
EXODONCIA SEMI INCLUIDA
EXODONCIA SIMPLE
FENESTRACIONES DENTARIAS
FLEGMON O ADENOFLEGMON CON GRAN COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL
FLEGMONES O ADENOFLEGMONES
GLOSOPLASTIA
INTERCONSULTA DE LA ESPECIALIDAD CIRUGIA
MENTOPLASTIA
OSTEOTOMIA MANDIBULAR EN CUERPO
OSTEOTOMIA MANDIBULAR EN RAMA
OSTEOTOMIA SEGMENTARIA MAXILAR O MANDIBULA
OSTEOTOMIA TOTALDE MAXILA TIPO LE FORT 1
RECONSTRUCCION REBORDES CON AUTO U HOMO INJERTO
REDUCCION LUXACION DENTARIA CONTENCIÓN SIMPLE
REMODELACION QUIRURGICA REBORDES - PALADAR
RESECCION O PLASTIA FRENILLOS
SECUESTRECTOMIA

TRATAMIENTO DE ALVEOLORRAGIA, ALVEOLITIS U OTROS
TRATAMIENTO DE COMUNICACION BUCO SINUSAL
TRATAMIENTO DE FISTULA BUCO SINUSAL
TRATAMIENTO DE HERIDAS CUTANEAS FACIALES
TRATAMIENTO DE HERIDAS INTRABUCALES
TRATAMIENTO FRACTURA DENTOALVEOLARCADA SEGMENTO
TRATAMIENTO NEURALGIA - NEUROTOMIA
TRATAMIENTO ORTOPEDICO FRACTURA MAXILAR O MADIBULA
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISURO VELOPALATINA
TRATAMIENTO QUIRURGICO FISTULA SALIVAL
TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA CIGOMATO MALAR
TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA FACIAL COMPLEJA
TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA MACIZO FACIAL ABORDAJES MULTIPLES
TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA MAXILAR O MANDIBULA
VESTIBULO PLASTIA COMPLEJA
VESTIBULO PLASTIA SIMPLE
PABELLONCIRUGIA BUCAL
DERECHOS DE PABELLON DENTALES
PABELLÓN IMPLANTE
PABELLÓN SEDACIÓN
CONEXIÓN (PACIENTE EXTERNO)
IMPLANTOLOGIA - ACCIONES QUIRURGICAS
CONEXIÓN (paciente Integramédica)
EXTRACCIÓN COMPLEJA PARA IMPLANTE (SOLO ESPACIALISTA IMPLANTOLOGÍA)
EXTRACCIÓN SIMPLE PARA IMPLANTE (SOLO ESPECIALISTA IMPLANTOLOGÍA)
INJERTO GINGIVAL POR ZONA A INJERTAR
INJERTO OSEO (NO INCLUYE COLGAJO)
INJERTO ÓSEO (NO INCLUYE MATERIAL DE INJERTO)
INSTALACION IMPLANTE PROVISIONAL
INSTALACION QUIRURGICA DE IMPLANTE
OBTURACION DE CEMENTO INTERMEDIO
REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA
REMOCIÓN IMPLANTE FIBRO INTEGRADO (PACIENTE EXTERNO)
REMOCIÓN IMPLANTE OSEO INTEGRADO (PACIENTE EXTERNO)
TRATAMIENTO CON APARATOFIJO QUIRURGICO SEGUNDO AÑO (VALOR MENSUAL)
EN METAL PLATAPALADIO

IMPLANTOLOGIA - ESTUDIO
EVALUACIÓN PREQUIRURGICA PARA
ENCERADO DIAGNOSTICO (POR MAXILAR)
IMPLANTOLOGIA - ETAPADE REHABILITACION - ESTUDIO
EVALUACIÓN REHABILITACION SOBRE IMPLANTE (PACIENTE EXTERNO)
CANTILÉVER
IMPLANTOLOGIA - ETP.DE REHAB- PROTESIS FIJA SOBRE IMPLANTE
CONTROL PROTESIS FIJA
LABORATORIO PROTESIS FIJA ATORNILLADA DIRECTA
PRÓTESIS FIJA ATORNILLADA (4 a 6 implantes)
PRÓTESIS FIJA ATORNILLADA DIRECTA
PROVISORIO SOBRE IMPLANTE
TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA FACIAL COMPLEJA
ACONDICIONADOR DE TEJIDO
IMPLANTOLOGIA - ETP.DE REHAB- PROTESIS REMOVIBLE SOBRE IMPL
AJUSTE Y RETOQUE DE PRÓTESIS
CAMBIO DE TORNILLOS PROTESICOS (cada uno)
CONTROL CIRUGIA IMPLANTOLOGIA
CONTROL PROTESIS REMOVIBLE
DESMONTAJE DE PROTESIS Y PROFILAXIS
PROGRAMA 2 IMPLANTES + PROTESIS REMOVIBLE TOTAL (por arcada)
PROGRAMA IMPLANTE UNITARIO
PROTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA (4)
PRÓTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA U O-RING (2)
RECAMBIO O-RING O CLIP PARA BARRA
TRATAMIENTO DE HERIDAS CUTANEAS FACIALES
TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA MACIZO FACIAL ABORDAJES MULTIPLES
SERVICIO ANTENEDOR DE ESPACIO FIJO
LABORATORIO ORTODONCIA
SERVICIO DISYUNTOR -
SERVICIO REPARACIONES CON SOLDADURA
SERVICIO MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE
SERVICIO MODELO DE ESTUDIO
SERVICIO PLACA DE ORTODONCIA CON UN TORNILLO:
SERVICIO PLACA DE ORTODONCIA SIN TORNILLO:
SERVICIO QUAD HELIX - ARCO TRANSPALATINO

SERVICIO REPARACIONES SIMPLES ORTODONCIA
SERVICIO SPLINT QUIRURGICO - ACTIVADOR
SERVICIO TORNILLO SIMPLE ADICIONAL:
SERVICIO COSTO LABORATORIOENCERADO DIA
LABORATORIO PRIMERA ETAPAQUIRURGICA
SERVICIO COSTO LABORATORIOGUIA QUIRURG
SERVICIO CORONA O PILAR CON TORNILLO:
LABORATORIO PROTESIS FIJA SOBRE IMPLANTE
SERVICIO CORONA O PILAR SIN TORNILLO:
SERVICIO INTERMEDIARIO:
SERVICIO LABORATORIO CANTILEVER
SERVICIO LABORATORIO CORONA CEMENTADA SOBRE IMPLANTE
SERVICIO LABORATORIOINTERMEDIARIO SOBREIMPLANTE
SERVICIO LABORATORIO PROTESIS FIJA ATORNILLADA (4 a 6 implantes)
SERVICIO LABORATORIO PROTESIS FIJA ATORNILLADADIRECTA
SERVICIO LABORATORIO PROVISORIO SOBRE IMPLANTE
SERVICIO MUÑON SOBRE IMPLANTE METAL AG-PD
SERVICIO MUÑON SOBRE IMPLANTE METAL NO PRECIOSO
SERVICIO ORO CERAMICO PARA IMPLANTES
SERVICIO TALLAR MUÑON TITANIO
SERVICIO LABORATORIOPROTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA (4)
LABORATORIO PROTESIS REMOVIBLE SOBRE IMPLANTE
SERVICIO LABORATORIO PRÓTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA U O-RING (2)
SERVICIO BARRA TIPO DOLDER
LABORATORIO REHABILITACION SOBRE IMPLANTE
SERVICIO CORONA SOBRE IMPLANTE
SERVICIO ENCERADO DIAGNOSTICO (POR PIEZA)
SERVICIO ENFILADO ESTETICO
SERVICIO GUIA MULTIFUNCIONAL
SERVICIO GUIA QUIRURGICA
SERVICIO INTERMEDIARIO SOBRE IMPLANTE
SERVICIO MUÑON SOBRE IMPLANTE
SERVICIO PROTESIS AD-MODUM BRANEMARK
SERVICIO PROTESIS AD-MPDUM NEODENT
SERVICIO PROTESIS REMOV SOBRE IMPLANTE
SERVICIO PROTESIS TOTALNEOPRONT

SERVICIO PROVISORIO SOBRE IMPLANTE
CARILLA ESTETICA (ART-GLASS O CERÁMICA):
LABORATORIO REHABILITACION SOBRE IMPLANTES ZAHNEN
CERAMICA ALUMINOSA ANTERIOR O POSTERIOR
CORONA PERIFERICA CON PERNO MUÑON COLADO:
CORONA PERIFERICA CON PERNO MUÑON PLATA-PALADIO:
DUPLICADO DE PROTESIS TRANSPARENTE (zahnen)
EN METAL NO NOBLE:
INCRUSTACION EN TITANIO (zahnen)
INCRUSTACION ESTETICA (ART-GLASS O CERÁMICA) :
LABORATORIOCORONA CEMENTADA SOBRE IMPLANTE
LABORATORIOPROTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA (4)
LABORATORIOPROVISORIO SOBRE IMPLANTE
PERNO MUÑON EN TITANIO (zahnen)
PERNO PASANTE TITANIO (zahnen)
PREPARACION DE PILAR METALICO (zahnen)
PROTESIS PROVISIONAL SOBRE IMPLANTES (zahnen)
PROTESIS TIPO ADMODUM TERMINADA (zahnen)
PROVISORIO SOBRE IMPLANTE (zahnen)
PUENTE EN TITANIO POR CORONA (zahnen)
PUENTES DE ZIRCONA (POR PIEZA)
TABLILLAS DE DIENTE IVOCLAR C/U (zahnen)
TRAMO DE BARRA DOLDER EN TITANIO PREFORM. Y SO
ADITAMENTO PROVISIONAL MÚLTIPLE QUICK TEMPORARY INMEDIATO AL IMPLANTE CON CAP
MATERIALES CLINICOS Y ADITAMENTOS
ADITAMENTOS PROTESIS FIJA ATORNILLADADIRECTA (pilar oro plástico)
ADITAMENTOS PROTESIS FIJA ATORNILLADADIRECTA (pilar ucla plástico)
ADITAMENTOS PROTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA (4)
ADITAMENTOS PRÓTESIS REMOVIBLE SOBRE BARRA U O-RING (2)
ADITAMENTOS PROVISORIO SOBRE IMPLANTE
ADITAMENTOS TI 1 Y 3 ALT.CORONA CEMENTADA SOBRE IMPLANTE
ARTROSCOPIA
CAPSULA CERAMICA EASY ABUTMENT (con o sin hexágono)
CAPSULA COLABLE (con o sin hexágono)
CILINDRO ORO PLASTICO
CITOLOGIA EXFOLIATIVA

COFIA DE IMPRESIÓN PARA MULTI-UNIT
COFIA DE TRANSFERENCIA
COSTO FRASCO BIO-OSS (cada uno)
COSTO IMPLANTE BRANEMARK MAQUINADO (cada uno)
COSTO IMPLANTE PROVISIONAL IPI
COSTO IMPLANTE REPLACE CON SUPERFICIE O RECUBIERTO
COSTO PILAR DE CICATRIZACION
GLOSOPLASTIA
GUIDE PIN MULTI-UNIT
HEALING CAP PARA MULTI-UNIT
LLAVE PARA O`RING (ODONTIT)
MENTOPLASTIA
MUÑÓN DE TITANIO ANGULADO 15° - 25° CON TORNILLO (ODONTIT)
MUÑÓN DE TITANIO CON HEXAGONO Y TORNILLO (ODONTIT)
MUÑÓN DE TITANIO CON HOMBRO, HEXAGONO Y TORNILLO (ODONTIT)
MUÑÓN PROTESICO CALCINABLE TIPO UCLA CON HEXAGONO Y TORNILLO (ODONTIT)
MUÑÓN PROTESICO CALCINABLE TIPO UCLA SIN HEXAGONO Y TORNILLO (ODONTIT)
OSTEOTOMIA MANDIBULAR EN CUERPO
PILAR ANGULADO 15 (ALPHABIO)
PILAR CEMENTABLE EASY ABUTMENT (incluye pilar, tornillo, cofia, inyector de material)
PILAR CERAMICO 1 Y 3 ALT.
PILAR DE CICATRIZACION (ODONTIT)
PILAR MULTI-UNIT ANGULADO
PILAR MULTI-UNIT RECTO
PILAR TEMPORAL
PILAR ZIRCONIA
PROTESIS O`RING. SISTEMA O`RING 2 - 4 MM. (ODONTIT)
REPLICA DE PILAR MULTI-UNIT (paquete de 5)
REPLICA PILAR MULTI-UNIT UNITARIO
TEST DE AZUL DE TOLUIDINA
TOMA DE MUESTRA EXAMENES MICROBIOLÓGICOS
TRATAMIENTO DE CONTENCIÓN (VALOR MENSUAL)
BIO-OSS ESPONJOSO 0,25-1mm, 0,25 Grs. (3 i)
MATERIALES CLINICOS Y ADITAMENTOS (3 i)
BIO-OSS ESPONJOSO 0,5 Grs. (3 i)
CILINDRO ORO CON TORNILLO DE ORO P.CONICO (3 i)

COFIA IMPRESIÓN PARA IMPLANTES Y PILAR CÓNICO (3 I)
COFIA IMPRESIÓN PROVIDE (3 I)
COMBO MEMBRANA PERIO Y BIO-OSS COLÁGENO (3 I)
GEISTLICH MEMBRANA 13 X 25 MM (3 I)
GEISTLICH MEMBRANA 25 X 25 MM (3 I)
HEALING CAP PILAR CONICO Y PROVIDE (3 i)
INTERCONSULTE LA ESPECIALIDAD CIRUGIA
OSTEOTOMIA MANDIBULAR EN RAMA
PILAR CÓNICO (3 I)
PILAR DE CICATRIZACIÓN (3 I)
PILAR GINGIHUE Y/O PILAR PROVIDE CON TORNILLO DE ORO (3 I)
PILAR PROVISORIO (3 I)
TRATAMIENTO CON APARATOFIJO PRIMER AÑO (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTO CON APARATOFIJO QUIRURGICO PRIMER AÑO (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTO CON APARATOFIJO SEGUNDO AÑO (VALOR MENSUAL)
WAXING SLEEVE SINGLE O MÚLTIPLE PROVIDE (3 I)
APARATOS REMOVIBLE (COSTO POR CADA ARCO)
MATERIALES CLINICOS Y ADITAMENTOS (B&W)
CONSULTE LA ESPECIALIDAD PATOLOGIA B.M.F.
ESTUDIO CEFALOMETRICO
MENTONERA O CASQUETE FUERZA EXTRA ORAL
MUÑON TRANSF. CONEXIÓN INTERNA / EXTERNA (B&W)
PILAR CICATRIZACION CONEXION INTERNA/INTERNA (B&W)
PILAR RECTO TITANIO CONEXIÓN INTERNA / EXTERNA (B&W)
PILAR UCLA CALCIBLE CONEXIÓN INTERNA / INTERNA (B&W)
PLAR ANGULADO CONEXIÓN EXTERNA / INTERNA (B&W)
PRE ESTUDIO CON MODELOS PARA CIRUGIA ORTOGNATICA
APARATOFIJO CERAMICO, TECNICA ARCO RECTO
MATERIALES CLINICOS Y ADITAMENTOS (BIOHORIZONS)
CAMISAS (BIOHORIZONS)
CILINDRO PLÀSTICO (BIOHORIZONS)
CILINDRO PLÀSTICO BASE MET. (BIOHORIZONS)
CILINDRO TEMPORAL TITANIO (BIOHORIZONS)
CIRUGIA A.T.M.
COMFORT CUP (BIOHORIZONS)
DISYUNTOR CEMENTADO

EDUCACION HIGIENE ORAL POR SESION
EXTENSOR FRESA (BIOHORIZONS)
FRESAS (BIOHORIZONS)
HEALING (BIOHORIZONS)
HEALING (BIOLOK) (BIOHORIZONS)
HUESO GRAF JERIN BOTE 0,25CC 2PACK BIOHO
HUESO GRAFTON MATRIX PLUGOS 5PACK BIOHO
HUESO GRAFTON PUTTY, BOTE 0,5CC (BIOHO)
HUESO GRAFTON PUTTY, BOTE 1CC (BIOHO)
HUESO GRAFTON PUTTY, BOTE 2,5CC (BIOHO)
IMPLANTE TAPERED SIN PILAR TRX (BIOHORIZONS)
IMPRESIÓN
LLAVE 0'50 (BIOHORIZONS)
MOVER PIEZA EN MORDIDA INVERTIDA A NORMAL
O´RING (BIOHORIZONS)
OSTEOTOMIA TOTALDE MAXILA TIPO LE FORT 1
PILAR ANGULAR 15º-20º (BIOHORIZONS)
PILAR CERAMICO (BIOHORIZONS)
PILAR MULIT UNIT ANGULADO (BIOHORIZONS)
PILAR MULTI UNIT RECTO (BIOHORIZONS)
PILAR TEMPORAL (BIOHORIZONS)
PILARES (BIOHORIZONS)
PREDICCION QUIRURGICA CIRUGIA ORTOGNATICA
PULPECTOMIA EN PIEZA TEMPORAL
RACHET (BIOHORIZONS)
RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO PIEZA PERMANENTE
RETIRO APARATOSFIJOS
TAPAAÑÀLOGO (BIOHORIZONS)
TAPADE HIGIENE (BIOHORIZONS)
TOMA DE BIOPSIA TEJIDOS BLANDOS
TORNILLO BOLA IMPRESIÓN CUBETA CERRADA (BIOHORIZONS)
TORQUÍMETRO (BIOHORIZONS)
TRANSFER CUBETA ABIERTA (BIOHORIZONS)
TRANSFERENCIA (BIOLOK) (BIOHORIZONS)
TRANSFERENCIA MULTI UNIT (BIOHORIZONS)
TRATAMIENTOFRACTURA DENTOALVEOLARCADA SEGMENTO

TRATAMIENTO ORTOPEDICO FRACTURA MAXILAR O MANDIBULA
UCLA BASE TITANIO (BIOHORIZONS)
UCLAS PLÁSTICO COMPLETO CON HEXÁGONO (BIOLOK) (BIOHORIZONS)
UCLAS PLÁSTICO COMPLETO SIN HEXÁGONO (BIOLOK) (BIOHORIZONS)
APARATOFIJO TECNICA ARCO LINGUAL (COSTO POR CADA ARCO)
MATERIALES CLINICOS Y ADITAMENTOS (KEYSTONE)
COFIA DE TRANSFERENCIA (KEYSTONE)
OSTEOTOMIA SEGMENTARIA MAXILAR O MANDIBULA
PILAR CICATRIZACION (KEYSTONE)
TRATAMIENTO APARATOFIJO TECNICA LINGUAL (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTO CON APARATOREMOVIBLE (VALOR MENSUAL)
BLOQUE 10X10X10 MM
MATERIALES CLINICOS Y ADITAMENTOS (OSEOTEC)
BLOQUEO ANESTÉSICO
APARATOFIJO CERAMICO, TECNICA ARCO RECTO
ORTODONCIA
APARATOFIJO STANDARD (COSTO POR CADA ARCO)
APARATOFIJO TECNICA ARCO LINGUAL (COSTO POR CADA ARCO)
APARATOFIJO TECNICA ARCO RECTO (COSTO POR CADA ARCO)
APARATOREMOVIBLE (COSTO POR CADA ARCO)
ARCO TRANSPALATINO O LINGUAL (INSTALACIÓN)
BANDA SEGÚN MOLAR
CONFECCION Y AJUSTE DE PLANO DE PROGRAMADOR
COSTO LABORATORIO GUIA QUIRURG
DISYUNTOR CEMENTADO
ESTUDIO CEFALOMETRICO
ESTUDIO FOTOGRAFICO ORTODONCIC
ESTUDIO INICIAL Y PLAN DE TRATAMIENTO
FUERZA EXTRAORAL
HIGIENIZACION
IMPRESIÓN
MASCARA DE DELAIRE
MENTONERA O CASQUETE FUERZA EXTRA ORAL
MONTAJE MODELOS EN ARTICULADOR
MOVER PIEZA EN MORDIDA INVERTIDA A NORMAL
ORTODONCIA INTEGRAL 1° AÑO ADULTO

ORTODONCIA INTEGRAL 1° AÑO INFANTIL
PRE ESTUDIO CON MODELOS PARA CIRUGIA ORTOGNATICA
PREDICION QUIRURGICA CIRUGIA ORTOGNATICA
REPOSICION DE BRAQUETS SIN MODIFICACION
RETIRO APARATOSFIJOS
TRATAMIENTOAPARATOFIJO TECNICA LINGUAL (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTOCON APARATOFIJO PRIMER AÑO (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTOCON APARATOFIJO QUIRURGICO PRIMER AÑO (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTOCON APARATOFIJO QUIRURGICO SEGUNDO AÑO (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTOCON APARATOFIJO SEGUNDO AÑO (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTOCON APARATOREMOVIBLE (VALOR MENSUAL)
TRATAMIENTODE CONTENCIÓN (VALOR MENSUAL)
APLICACIÓN FLUOR GEL TOTALNIÑOS
PATOLOGIABUCO MAXILO FACIAL
CITOLOGIA EXFOLIATIVA
COLGAJO REPOSICIONADO POR GRUPO
INFORME DE ANATOMO PATOLOGO
TOMA DE BIOPSIA TEJIDOS BLANDOS

ANEXO N°2

ARANCELES INTEGRAMEDICA

El "arancel Integramédica" sobre el que se aplican las coberturas, se encuentra publicado en el sitio web www.integramedica.cl, a disposición de los asegurados y del público en general.

ANEXO N°3

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA

En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES

El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de;

- a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;
- b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012),

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación

ANEXO N°4

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N°2131 de la Superintendencia de Valores y Seguros de 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado o beneficiarios, o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada en la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

SEGURO DE ASISTENCIA DENTAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320150508

ARTICULO N°1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO N°2: DESCRIPCION DE COBERTURA

Mediante este Seguro de Asistencia Dental, y contra el pago de una prima mensual, la Compañía se obliga a gestionar todas las prestaciones dentales que se detallan en las Condiciones Particulares de esta póliza y que tengan su causa en una enfermedad o accidente odontológico que afecte a los asegurados.

Para los efectos de este Seguro de Asistencia Dental, recibirán cobertura todas aquellas prestaciones que se enumeran en las Condiciones Particulares de la póliza, conforme a los planes de cobertura progresivos, porcentajes y topes que allí se indicarán.

Asimismo, la cobertura de los tratamientos e intervenciones odontológicas que se deriven de este Seguro de Asistencia Dental se prestarán en el o los Centros Odontológicos señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N°3: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. **ASEGURADOS:** Para los efectos de esta póliza, se entiende que quedan protegidas por la cobertura del seguro las siguientes personas, en tanto cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, y que habiendo solicitado su incorporación a la misma, hayan sido aceptados por la Compañía:
 - a) La persona que aparezca como asegurado titular según las Condiciones Particulares de la póliza y;
 - b) El cónyuge, ascendientes y descendientes de la persona señalada en la letra a) anterior.

Cada vez que en esta póliza se use la expresión "asegurado", se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en este artículo.

2. **SINIESTRO:** Toda enfermedad o accidente odontológico que afecte a los asegurados.
3. **ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLOGICO:** Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.

4. 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 físicas que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas.
5. GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Para estos efectos, se tendrá en consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de esta, de acuerdo al Arancel Odontológico incluido en las Condiciones Particulares.
6. CIRUJANO ODONTOLOGO 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.
7. COPAGO: Es la estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan que éste último soportará, a todo evento, hasta el monto del valor de la prestación dental que hubiere pactado, y cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.
8. PREEXISTENCIA: Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por el asegurado o quien contrate a su favor con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de su vigencia inicial de incorporación a la póliza.
9. CENTRO ODONTOLÓGICO: Institución legalmente establecida como tal destinada a prestar servicios de Diagnóstico, Fomento, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud Odontológica.
10. FORMULARIO DE INCORPORACIÓN: Documento mediante el cual los asegurados se incorporan al Seguro, realizan una declaración personal de salud, incorporan a sus familiares, etc.
11. PLANES DE COBERTURA PROGRESIVOS: Cobertura de asistencia dental en base a planes progresivos descritos en las condiciones particulares, asociados al transcurso de la vigencia de la póliza, mediante el pago de una prima mensual nivelada.
12. PRIMA NIVELADA: Prima que permanece constante durante la vigencia del seguro, sin perjuicio de los ajustes que pueda experimentar en las renovaciones, si procede.

ARTÍCULO N°4: EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios aquí estipulados, cuando se originen por:

- a) Lesiones autoinferidas por el asegurado o por terceros con su consentimiento cualquiera sea la época en que ocurra y cualquiera sea la causa que lo origine, aun cuando el asegurado hubiera actuado privado de razón.
- b) Lesión producida por participación en actos calificados como delitos por la Ley.
- c) Cualquier tratamiento a causa de intento de suicidio; lesiones o enfermedades producidas por actos de guerra, declarada o no, o a consecuencia de un motín, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, huelga o conmoción civil.
- d) 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.

- e) El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del odontólogo, no pueda restaurarse.
- f) Los empastes de oro o materiales empleados con fines cosméticos o de embellecimiento. El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.
- g) Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo músculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.
- h) Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- i) Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- j) Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
- k) 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.
- l) Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
- m) Lesiones o enfermedades producidas como consecuencia de epidemias oficialmente declaradas o fenómenos de la naturaleza declarados como catástrofe nacional, como también accidentes por experimentos de energía atómica o nuclear.
- n) Los accidentes del trabajo previstos en la Ley 16.744 o en el texto legal que la reemplace y los accidentes del tránsito protegidos por la ley N° 18.490, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Circulación de Vehículos Motorizados o en el texto legal que la reemplace, hasta el monto que éstas cubran.
- o) Enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes, es decir, enfermedades, dolencias o situaciones de salud que hayan sido conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor, o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.

ARTICULO N°5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias

que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo. En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos;

- e) Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro;
- f) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y
- g) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTICULO N°6: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

ARTICULO N°7: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía de seguros, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía de seguros evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

ARTICULO N°8: TOPE ANUAL DE COBERTURA

La cobertura de que da cuenta esta póliza tendrá un tope máximo anual, tanto por persona, como por tipo de prestaciones dentales, según se indica en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N°9: VIGENCIA Y MODIFICACIÓN DE LA POLIZA

Esta póliza tendrá una duración de un (1) año, contado desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de la renovación de la póliza, la compañía de seguros deberá enviar al contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta a la propuesta por parte del contratante o éste no aceptase las condiciones de renovación antes del término de la vigencia de la póliza, ésta se entenderá no renovada, llegando a su término en la fecha prevista en las Condiciones Particulares.

Si la compañía aseguradora no enviase al contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada automáticamente la póliza en las mismas condiciones vigentes, por un nuevo período de un (1) año, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario por escrito con una anticipación mínima de 30 días a la fecha de vencimiento.

ARTÍCULO N°10: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El monto asegurado y el de la prima se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la unidad de fomento, o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de prima y siniestros, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía de seguros dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO N°11: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

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, dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la ocurrencia del siniestro, y sin perjuicio de la información adicional que pueda solicitar la Compañía.
- b) Que la prestación odontológica correspondiente se encuentre contemplada en el Arancel incluido en las Condiciones Particulares;
- c) Que la prestación odontológica sea requerida y realizada en el Centro Odontológico indicado en las Condiciones Particulares;
- d) Que la prima se encuentre debidamente pagada por los asegurados;
- e) Que no se hubiese consumido el tope máximo de cobertura estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza;
- f) Que la prestación odontológica se encuentre amparada de conformidad con los planes progresivos de cobertura descritos en las condiciones particulares y vigente.
- g) Que el asegurado haya pagado el respectivo copago de las prestaciones dentales realizadas.

ARTÍCULO N°12: COPAGO

La Compañía cubrirá las prestaciones odontológicas que fueren requeridas y efectivamente realizadas al asegurado en el Centro Odontológico y hasta un tope por prestación, según se detalla en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El asegurado, por su parte, deberá soportar el pago del monto no cubierto por la Compañía por cada prestación en los porcentajes que se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N°13: PRIMAS

Sin perjuicio de los planes de cobertura progresivos, la presente póliza considera una prima nivelada durante toda la vigencia del contrato.

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina de la compañía de seguros o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. La compañía de seguros no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de las primas cualquiera sea el medio de pago o procedimiento utilizado por el contratante.

Al momento de la renovación de la vigencia de la póliza, la Aseguradora podrá reajustar la prima de la póliza contratada.

ARTÍCULO N°14: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado o contratante según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

ARTÍCULO N°15: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de la cobertura individual del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTICULO N°16: TERMINACIÓN

I. TERMINACION ANTICIPADA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en cada uno de los siguientes casos:

- 1º A partir de la fecha en que el asegurado principal, su cónyuge u otra persona asegurada cumplan los 75 años de edad;
- 2º Cuando el Contratante excluya a algún familiar de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la Compañía aseguradora;
- 3º Cuando el Contratante no pague la prima correspondiente a dicho asegurado.

4º Cuando el asegurado, a sabiendas, hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí mismo o sus familiares que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión.

Del mismo modo, en el caso que termine el seguro del asegurado titular y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los familiares del asegurado excluido.

II. TERMINACION DE LA POLIZA.

Las partes acuerdan expresamente que esta póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

- (a) A partir de la fecha de término de vigencia de la póliza señalada en sus Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, de acuerdo a lo establecido en las presentes Condiciones Generales.
- (b) Por no pago de la prima, lo que producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado, dando derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial.
- (c) Cuando el asegurador le ponga término anticipado al contrato expresando las causas que lo justifican. La expiración del contrato se producirá una vez transcurrido el plazo de 30 días contados desde la fecha del envío de la respectiva comunicación.
- (d) Si el asegurado titular cae en insolvencia o es declarado en quiebra; o si el asegurado titular inicia o se inicia en su contra un procedimiento no voluntario de quiebra o de liquidación; o si el asegurado titular inicia cualquier otro procedimiento destinado a liquidar sus bienes por insolvencia; o si se ha iniciado respecto al asegurado titular un procedimiento de convenio extrajudicial, o un convenio preventivo o judicial de quiebra, de acuerdo a la Ley de Quiebras chilena o de cualquiera otra jurisdicción

Terminada la vigencia de la póliza, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Asimismo, se conviene que en caso que se excluya un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de la exclusión o de término de la póliza.

El eventual pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a solicitar el pago de la indemnización generado por un siniestro. En tal caso sólo se generará la obligación de la Compañía aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad posterior.

ARTICULO N°17: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre los asegurados y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO N°18: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.