

COBERTURA DE ODONTOLOGÍA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320131600

ARTÍCULO N° 1: REGLAS APLICABLES A LA PRESENTE COBERTURA

Esta cobertura corresponde a un riesgo adicional, conforme se establece en las presentes Condiciones Generales para esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza principal de la cual es accesoria, y como tal se rige por las normales legales imperativas establecidas en el Título VIII del Libro II del Código de Comercio y por las estipulaciones siguientes.

La presente cláusula adicional se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el contratante a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante, respecto a las condiciones de cobertura, términos y modalidades del seguro, ya sea a través una cotización o una propuesta, según sea el caso, antecedentes y documentos todos que se entienden forman parte integrante de la cobertura dada en la presente póliza o contrato de seguro.

ARTÍCULO N° 2: COBERTURA

La aseguradora, mediante el pago de la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza y en las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar directamente al prestador odontológico, en adelante también llamados como los pagos directos, 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 periodo en que se encuentren amparados por este adicional y siempre que la póliza principal y este adicional se encuentren vigentes a esa fecha.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, el monto máximo, los porcentajes de reembolso, límites, deducible, carencias y periodo de acumulación, los cuales pueden o no estar restringidos a una o más personas, todos los cuales se detallan expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, esta cobertura está sujeta a las limitaciones de cobertura señaladas en las exclusiones de las Condiciones Generales de la póliza principal, y de las señaladas en el artículo N° 5 del presente adicional.

La aseguradora podrá para cada una de las coberturas contratadas, las cuales deberán constar por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza, otorgar distintos porcentajes de reembolsos o pagos directos por prestador de salud, tope de números de prestaciones médicas o montos asegurados y/o arancel de prestaciones médicas a los señalados anteriormente, todos los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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 los gastos dentales, en conformidad a esta cláusula adicional.

Las coberturas descritas en el artículo N° 3, Descripción de las Coberturas, del presente adicional, podrán ser contratadas como un todo o selectivamente cada una de ellas, las cuales se dejan expresamente establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos o los pagos directos de los gastos dentales que correspondan por las prestaciones en que se hayan sido efectivamente realizadas durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que ésta cobertura 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 o los pagos señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para los efectos del pago directo al prestador odontólogo, la aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador odontólogo podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un asegurado de la aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la aseguradora para dichos asegurados. En estos casos, los asegurados deberán pagar al prestador odontólogo sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al prestador odontólogo, será requisito que la institución de salud previsual haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condición Generales y Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 3: DESCRIPCION 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:

Esta cobertura incluye las siguientes prestaciones:

- 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 un máximo de dos (2) limpiezas por cada periodo de acumulación u otra cantidad indicada 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 ionomeros 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.

B) DENTAL DE ESPECIALIDAD:

Esta cobertura incluye las siguientes prestaciones:

- 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, Cirugías Maxilofaciales y cualquier técnica quirúrgica que necesiten de ayudante, arsenalera y pabellón.

5) DISFUNCIÓN: Incluye un máximo de un (1) tratamiento por cada periodo de acumulación u otra cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación y apoyo kinesiológico.

6) PROTESIS 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) PROTESIS 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) 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 N° 4: 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. 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 del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., denominado "Arancel de Referencia".

La aseguradora considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% 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. Se tendrá en consideración la calificación como especialista acreditado en el Conaceo (Corporación Nacional de Especialidades) del cirujano-dentista para la aplicación del valor de la prestación según el arancel de los odontólogos con especialidad o general.

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.

3. CIRUJANO-DENTISTA: Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que esté calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

4. 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 al presente adicional.

5. DEDUCIBLE: Es el monto de los gastos cubiertos por esta cobertura adicional que será siempre de cargo del asegurado y cuyo monto y periodo de acumulación se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO: Es el valor máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo esta cobertura adicional, hasta el cual la aseguradora reembolsará o pagará por un asegurado a causa de una o más prestaciones de gastos dentales. El monto y periodo de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

7. PERIODO DE ACUMULACIÓN : Es el periodo de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible, los límites y el monto máximo de reembolso de esta cobertura adicional, y será siempre el periodo de vigencia de la póliza principal, u otro que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

8. CARENCIA: Periodo de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización, reembolso o pago directo bajo el presente adicional, y siempre y cuando se encuentre estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza, durante este periodo de tiempo se deberán pagar las primas establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

El periodo 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 periodo de carencia se dará por satisfecho para aquellos asegurados que hayan cumplido dicho periodo de carencia en la vigencia anterior de la póliza.

El periodo 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.

ARTÍCULO N° 5: EXCLUSIONES

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

a) Todas las prestaciones dentales indicadas en las coberturas "Dental de Especialidad" y "Ortodoncia" del artículo N° 3, Descripción de las Coberturas, de este adicional, salvo que se hayan contratado e indicado expresamente en las condiciones particulares de la póliza.

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 estético y/o blanqueamiento a las piezas dentarias.

d) Alguna de las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

e) Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo que se hayan considerado con anterioridad a la fecha de

vigencia inicial del asegurado en esta cobertura adicional.

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

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

La aseguradora se obliga a preguntar en los documentos o formularios proporcionados al asegurado, y solicitarle antecedentes médicos y/o efectuar exámenes médicos al asegurado, como así también a sus dependientes, acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades de origen odontológico que hayan tenido o tengan, y estará facultada para excluirlas al momento de la contratación, y por ello dichas situaciones así excluidas no tendrán derecho a ninguna indemnización en virtud de esta cobertura adicional.

Asimismo, el asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, según lo dispuesto en el artículo N° 524, N° 8 del Código de Comercio.

ARTÍCULO N° 6: PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

El procedimiento para efectuar los denuncios de siniestros y exigir los derechos que el otorga la póliza y este adicional a los asegurados, se regirán por lo señalado para estos efectos en las Condiciones Generales de la póliza principal.

Presentación de gastos dentales y requisitos para solicitar reembolso:

- a) Entregar a la aseguradora el formulario de reembolso dental, que la aseguradora proporcionará para estos efectos, con la información que en él se indique, completada de puño y letra del Cirujano-Dentista tratante, indicando el detalle del tratamiento efectuado, números de piezas tratadas y tipo de tratamiento efectuado, fecha de ejecución, costo unitario y costo total. Se deben indicar los valores clínicos unitarios.
- b) Que el tratamiento dental debe encontrarse ejecutado, de alta clínica y los gastos originados cancelados, dado que la aseguradora no reembolsará sobre presupuestos dentales.
- c) Si en el curso del tratamiento, para el diagnóstico inicial o como control final del tratamiento se toman radiografías, éstas se deben adjuntar a la solicitud de reembolso, por ejemplo radiografías Bitewing o retroalveolares.
- d) La entrega a la aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado que acrediten los gastos incurridos y su cancelación.
- e) Con todo, la aseguradora queda facultada para solicitar al Cirujano-Dentista tratante los antecedentes como radiografías de diagnóstico y de alta, modelos de diagnósticos, ficha clínica y los documentos adicionales que estime necesario, además podrá pedir a su costo exámenes y control dental antes, durante o después del tratamiento dental en cuestión. De ser necesario, la aseguradora podrá citar al asegurado a una contraloría clínica dental quien deberá presentarse al examen clínico en un plazo no superior a los 15 días corridos desde la fecha de notificación.

Si no se cumplen los requisitos enumerados anteriormente, la aseguradora quedará liberada de efectuar cualquier reembolso o pagos directos sobre los gastos presentados.

ARTÍCULO N° 7: NO DUPLICACION DE BENEFICIOS

Dado que este seguro es de carácter patrimonial e indemnizatorio, el asegurado tendrá la obligación de informar a la aseguradora, al momento de suscribir la propuesta o solicitud de seguro, de la existencia de otros beneficios legales o contractuales, adicionales a su plan previsional de salud contratado con una Institución de Salud Previsional, que cubran la totalidad o alguno de los beneficios contratados por la

presente cláusula adicional.

A fin de determinar el gasto incurrido que reembolsará la aseguradora, se seguirá el siguiente procedimiento: En primer lugar deberán utilizarse las coberturas que le otorgan al asegurado la Institución de Salud Previsional, bienestar u otra institución a la cual se encuentra afiliado y que cubra la totalidad o parte de los beneficios contratados de este adicional. Posteriormente, la aseguradora pagará dentro de los topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, aquella parte de los gastos dentales que no hubieran sido cubiertos por la o las otras instituciones médicas o similares que otorguen dichos beneficios dentales.

ARTÍCULO N° 8: TERMINO 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 o pago directo de uno o más gastos dentales que se produzcan con posterioridad a esa fecha, debiendo la aseguradora restituir las primas pagadas en exceso, valores que serán entregados al contratante de la póliza.

ARTÍCULO N° 9: PRIMA

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