

CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA ODONTOLOGÍA

ARTÍCULO N°1 DESCRIPCION DE COBERTURA

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

Las coberturas contratadas, el monto máximo de reembolso, los porcentajes de reembolso, límites, deducible, carencias y período de acumulación, los cuales pueden o no estar restringidos a una o más personas, se detallan expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorga cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados, tanto dentro como fuera del país.

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

Las coberturas descritas en el 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.

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

Las coberturas 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 el número máximo de limpiezas indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, con el objeto de eliminar tinciones, manchas o sarro (tártaro dental) sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple.

- 3) ENDODONCIA : Incluye la especialidad que trata el conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo. Están cubiertos los tratamientos de endodoncia de todas las piezas dentales.
- 4) ODONTOPEDIATRIA : Incluye todo el tratamiento odontológico curativo en niños de caries dentales, y sus complicaciones, así como todos los tratamientos para su prevención. No esta 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 no 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, y cualquier técnica quirúrgica que necesiten de ayudante, arsenalera y pabellón.
- 5) DISFUNCIÓN : Incluye todo tratamiento para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación y apoyo kinesiológico.

- 6) **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) **TRATAMIENTOS CON FINES SOLO ESTETICOS** : Blanqueamiento dentario en piezas vitales, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.
- 11) **LABORATORIO DENTAL** : Incluye todos los procedimientos y materiales de apoyo para la ejecución de todo tipo de restauraciones, prótesis e implantes dentales ejecutadas por un laboratorista dental bajo la indicación y supervisión de un Cirujano-Dentista.

C. ORTODONCIA :

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

ARTÍCULO N°2 DEFINICIONES

Para los efectos de esta cobertura adicional se entiende por:

1. ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLOGICO

Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.

2. ACCIDENTE

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas.

3. 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 "Aranceles de Referencia".

La compañía de seguros 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.

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

4. CIRUJANO-DENTISTA

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

5. GASTO DENTAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO

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

6. DEDUCIBLE

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

7. MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

Es el límite máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo este adicional, hasta el cual la compañía de seguros reembolsará por un asegurado a causa de una o más prestaciones de gastos dentales. El monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

8. PERIODO DE ACUMULACION

Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso de esta cobertura adicional, y será siempre el período de vigencia de la póliza principal, u otro que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. CARENCIA

Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional, y siempre y cuando se encuentre estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

ARTÍCULO N°3 EXCLUSIONES

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

- a) alguna de las prestaciones dentales indicadas en las coberturas “Dental de Especialidad” y “Ortodoncia” del artículo N°1 de este adicional, salvo que se hayan contratado expresamente.
- 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) alguna de las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de la póliza principal.
- d) 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.
- e) Cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- f) Cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

ARTÍCULO N°4 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Sin perjuicio a lo dispuesto en las Condiciones Generales de la póliza principal, se establece que cada vez que el asegurado incurra en un gasto dental, deberá presentar a la compañía de seguros dentro del plazo de 30 días contados desde la fecha en que se efectuó el gasto, el formulario de reclamo destinado para estos efectos, junto con los antecedentes que acreditan dicho gasto, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados, o si se establece un plazo distinto en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento de que así no lo hiciese, cesará la obligación de la compañía de seguros de otorgar cobertura por el gasto dental no presentado dentro del plazo estipulado.

Presentación de gastos dentales y requisitos para solicitar reembolso:

- a) Entregar a la compañía de seguros el formulario de reembolso dental, que la compañía de seguros 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 compañía de seguros no reembolsará sobre presupuestos dentales.
- c) Si en el curso del tratamiento o para el diagnóstico inicial se toman radiografías, éstas se deben adjuntar a la solicitud de reembolso, por ejemplo radiografías Bitewing o retroalveolares.
- d) La entrega a la compañía de seguros de los originales extendidos a nombre del asegurado que acrediten los gastos incurridos y su cancelación.
- e) Con todo, la compañía de seguros 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 compañía de seguros podrá citar al asegurado a una contraloría clínica dental quien deberá presentarse al examen clínico en un plazo no superior a los 15 días desde la fecha de notificación.

Si no se cumplen los requisitos enumerados anteriormente, la compañía de seguros quedará liberada de efectuar cualquier reembolso sobre los gastos presentados.

ARTÍCULO N°5 DUPLICACION DE BENEFICIOS

El asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros, 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 compañía de seguros, 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 compañía de seguros 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°6 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 de uno o más gastos dentales que se produzcan con posterioridad a esa fecha, debiendo la compañía de seguros restituir las primas pagadas en exceso, valores que serán entregados al contratante de la póliza.

ARTÍCULO N°7 PRIMA

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