

CLÁUSULA DE COBERTURA DENTAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320130235

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, la presente Cláusula Adicional, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1 COBERTURA

La Compañía de Seguros reembolsará o pagará los gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, sólo si las prestaciones son otorgadas y prescritas por un odontólogo o dentista, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en el plan de coberturas definido en las Condiciones Particulares, y siempre que haya transcurrido el periodo de carencia y que la póliza se encuentre vigente.

Se otorgará cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados tanto dentro como fuera de Chile.

Las coberturas descritas en el Artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, pueden ser contratadas en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las cuales se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para efectos de que opere la cobertura es condición necesaria que las prestaciones dentales hayan sido efectivamente realizadas al asegurado a la fecha del denuncia del siniestro.

ARTÍCULO N° 2 DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

Los beneficios dentales que contempla la Cláusula Adicional podrán ser contratados en forma conjunta o individual, y deberán quedar expresamente señalados en el plan de coberturas establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago ahí determinados para cada una de ellas:

A. DENTAL BÁSICA

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

- 1) RADIOLOGIA INTRAORAL: Incluye solo las técnicas radiografías Bitewing y Retroalveolares sean éstas simples o totales, indicadas por un cirujano-dentista.
- 2) HIGIENIZACION O LIMPIEZA: Incluye solo la limpieza coronaria rutinaria o limpieza simple hasta el número máximo de limpiezas indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, con el objeto de eliminar tinciones, manchas o sarro (tártaro dental) sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple.
- 3) ENDODONCIA: Incluye la especialidad que trata el conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo. Están cubiertos los tratamientos de endodoncia de todas las piezas dentales.
- 4) ODONTOPEDIATRIA: Incluye todo el tratamiento odontológico curativo en niños de caries dentales, y sus complicaciones, así como todos los tratamientos para su prevención. No está incluida en esta categoría la ortodoncia.

5) OPERATORIA DENTAL SIN LABORATORIO: Es el tratamiento de las caries o lesiones dentales para devolver a la pieza dentaria su forma y sus funciones. Están cubiertos sólo 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, 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 sólo las extracciones dentarias simples indicadas por cualquier motivo o diagnóstico. Están excluidos gastos de pabellón, arsenalera, ayudante y extracciones a colgajo o incluidas.

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

B. DENTAL DE ESPECIALIDAD:

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

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

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

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

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

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

6) 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 ESTÉTICOS: Blanqueamiento dentario en piezas vitales, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.

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

C. ORTODONCIA:

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

ARTÍCULO N° 3 DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

a) GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad; considerando además, que sean las prestaciones que ordinariamente se suministran para el tratamiento dental; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para estos efectos, se tendrá en especial consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de esta, de acuerdo al arancel odontológico, del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile A.G. denominado "Arancel de Recomendación".

b) ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLOGICO: Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, incluyéndose las afecciones de tipo esquelética.

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

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

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

f) **CARENCIA:** Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, por un plazo determinado y especificado en las Condiciones Particulares. Se podrán establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

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

h) **MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO:** El límite máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo esta Cláusula Adicional, hasta el cual la Compañía pagará por un asegurado a causa de una o más prestaciones de gastos dentales. El monto y periodo de acumulación se establecen en las Condiciones Particulares.

i) **PERÍODO DE ACUMULACION:** El período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible, el monto máximo de reembolso o pago, o ambos a la vez, lo cual podrá o no estar restringido a uno o más beneficios y será siempre el período de vigencia de la póliza. La Compañía no indemnizará los gastos dentales razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado originados con ocasión de un evento ocurrido en ese período.

j) **SITUACIÓN, DOLENCIA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

ARTÍCULO N° 4 EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas para la cobertura principal, esta Cláusula Adicional no reembolsará los gastos incurridos cuando ellos provengan o se originen por:

- a) Cualquiera de las prestaciones dentales indicadas en las coberturas "Dental de Especialidad" y "Ortodoncia", del artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, salvo que se hayan contratado expresamente, lo cual deberá quedar expresamente establecido en las Condiciones Particulares.
- b) Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- c) Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este Adicional.
- d) Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- e) Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
- f) 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.
- g) Cualquier tratamiento dental iniciado con posterioridad a la fecha de término de su cobertura. Sin perjuicio de lo anterior, se reembolsarán los gastos por prótesis ordenadas antes del término de la cobertura del asegurado y que fueren entregados dentro de los 30 días siguientes del término de su cobertura.

h) 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.

i) Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.

j) Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos.

k) Prótesis e implantes dentarios.

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

No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación dental excluida mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios.

ARTÍCULO N° 5 RIESGOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

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

ARTÍCULO N° 6 CARENIA

La Compañía Aseguradora podrá establecer en las Condiciones Particulares un período de carencia el cual se entiende como un periodo de tiempo en el cual el Contratante o el Asegurado, según corresponda, paga primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la Cláusula hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 7 BENEFICIARIOS

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

ARTÍCULO N° 8 GASTOS DENTALES EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

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

La presente cobertura de reembolso de gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, se otorgará sólo respecto de aquellas prestaciones dentales que hayan sido efectivamente realizadas al asegurado, para lo cual el asegurado deberá entregar a la Compañía aseguradora un certificado emitido por el dentista informando sobre el avance actualizado del tratamiento.

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

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

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

ARTÍCULO N° 9 MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso por persona indicado en las Condiciones Particulares será anual y cubrirá todos los siniestros ocurridos bajo su vigencia hasta agotar dicho monto. Así en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser

cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto dental cubierto no agota el monto máximo de reembolso, los siniestros siguientes se pagarán en la medida del monto que resta para completar el monto máximo por persona anual indicado en las Condiciones Particulares.

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

ARTÍCULO N° 10 DENUNCIA DE SINIESTROS

Efectuado un gasto dental reembolsable en virtud de la presente Cláusula Adicional, el asegurado deberá informarlo a la Compañía, dentro del plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares de la póliza, utilizando para ello el formulario especial que la Compañía facilitará al efecto.

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

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

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros,

sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la Compañía de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

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

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

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

ARTICULO Nº 11: CLÁUSULAS APLICABLES

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