

## CLÁUSULA DE GASTOS DENTALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320131535

Esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las condiciones de la póliza de Seguro Colectivo para Gastos de Salud, se regirá por las siguientes estipulaciones que son adicionales a las señaladas en la póliza principal:

### I) CONDICIONES GENERALES

#### ARTÍCULO 1° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Mediante este contrato, la compañía reembolsará los gastos dentales razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico. Los beneficios o prestaciones cubiertas o contratadas, el monto máximo de reembolso, los porcentajes de reembolso, deducible, carencias y período de acumulación, los cuales pueden o no estar restringidos a una o más personas, se detallan expresamente en Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de las condiciones particulares de la esta cláusula adicional.

Se otorgará cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados, tanto dentro como fuera del país, donde en este último caso, debe quedar expresamente incorporada en las condiciones particulares, en cuanto a porcentajes y condiciones para su otorgamiento. Se entenderá que tienen cobertura todos aquellos beneficios o prestaciones que tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso señalado en el Cuadro de Beneficios Dentales, el cual forma parte de las condiciones particulares de esta cláusula adicional y se regirá en todo lo no establecido en este adicional, por lo definido en las condiciones generales de la póliza principal, de la cual forma parte, cuyos beneficios o coberturas son:

- a) Cuidado Dental General;
- b) Ortodoncia.

Estas coberturas podrán ser contratadas como un todo o selectivamente cada una de ellas, lo que deberá quedar expresamente señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional. La definición de cada una de las coberturas que incluye este adicional, se encuentran en el punto III. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

#### ARTÍCULO 2° - EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por:

1. Gastos que se encuentren cubiertos en el seguro principal, incluidos sus excesos.
2. Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos gastos por tratamientos pagados y terminados después de la fecha de término de la vigencia del asegurado en la póliza.
3. Las exclusiones señaladas en las condiciones generales de la póliza principal, excepto la exclusión c) del artículo 3 de dicha póliza.
4. Tratamientos con fines estéticos como blanqueamiento dentario, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.
5. Gastos de materiales de oro y titanio.
6. Aplicación de bótox o equivalentes.
7. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., y no registrados en "Aranceles de Referencia".

Para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la compañía aseguradora. 8. Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en título II, artículo 4°, punto 7° de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza. Con todo, no será aplicable el consentimiento señalado, en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.

**ARTÍCULO 3° - RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA**

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 2° de este adicional, con un pago de extra-prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

**II) DISPOSICIONES GENERALES****ARTÍCULO 4° - MDEFINICIONES**

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1. **ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO** Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar.
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 y que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar.
3. **GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS** Es 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 generalmente se suministran para un tratamiento odontológico; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia de las personas encargadas de la atención, cuyo valor de referencia será el arancel odontológico del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., denominado "Aranceles de Referencia", por tanto, 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. Para efectos de algunos tratamientos cubiertos en la cobertura 2 de la "Descripción de Coberturas", se considera también autorizado para efectuar el tratamiento, a un Médico, según la definición establecida en las condiciones generales de la póliza de la cual esta cláusula forma parte como adicional.
5. **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. 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.
6. **CUADRO DE BENEFICIOS:** Corresponde al detalle de todos los beneficios, o servicios o prestaciones, a que tiene derecho de cobertura un asegurado de una determinada póliza, y que se encuentra y forma parte de las condiciones particulares de dicha póliza. Cuando en esta cláusula se utilice el término "Cuadro de Beneficios", se entiende que comprende al Cuadro de Beneficios Dentales, cuya cobertura ampara esta cláusula adicional.
7. **SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquiera enfermedad, patología, tratamiento, incapacidad, lesión, traumatismo, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado en esta cobertura adicional.

**III) DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

En virtud de este seguro las coberturas que otorga la compañía aseguradora, siempre y cuando estén expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de las condiciones particulares de este adicional, en la forma y los límites allí señalados, son:

**a) CUIDADO DENTAL GENERAL:**

1 Cuidado dental Rutinario: Es el gasto incurrido por concepto de: Consulta y estudio preliminar clínico, control y exámenes periódicos. Atención de urgencia, trepanación y pulpectomía de urgencia. Las prestaciones higiene o prófilaxis y o de la limpieza coronaria rutinaria o limpieza simple efectuada únicamente una vez como máximo al año, con el objeto de eliminar tinciones, manchas o sarro (tártaro dental) sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple, Los gastos incurridos por fluoración tópica en asegurados menores de 14 años. Los gastos por todas las técnicas de radiografías intraorales y extraorales, indicados por un cirujano-dentista con el objeto de diagnosticar cualquier terapia odontológica.

2 Cirugía Bucal: Todos los gastos incurridos por el procedimiento invasivo que se realiza con el fin de devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca, según lo definido en numeral 1 y 2 del Artículo 4°, entre estos: extracciones, apertura de abscesos, resección de frenillos, tumores, y cualquier técnica quirúrgica que necesiten de ayudante, arsenalera y pabellón.

3 Operatoria Dental: Todos los gastos incurrido para 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.

4 Endodoncia: Todo gasto incurrido referido al tratamiento del conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo. 5 Prótesis: Los gastos incurridos por el tratamiento para reponer una o más piezas dentarias usando las piezas remanentes o implantes como inserción, incluyendo todo tipo de coronas y puentes y el tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida mediante prótesis removibles, prótesis parciales o totales.

6 Odontopediatría: Los gastos incurridos por todo el tratamiento curativo en niños hasta los 14 años, por caries dentales, sus complicaciones y su prevención, a través, de la aplicación de flúor, excluyéndose bajo este ítem, los gastos por Ortodoncia.

7 Periodoncia: Todo gasto incurrido por la enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente; básicamente encías, y hueso alveolar.

8 Implantes: Incluye el tratamiento para el implante(s) dentario(s) y todos los procedimientos clínicos y de laboratorio para su indicación y ejecución.

9 Disfunción: Los gastos incurridos por el tratamiento para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación, excluyéndose los gastos de apoyo kinesiológico.

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

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, exceptuando los gastos para un tratamiento de ortodoncia, que serán cubiertos bajo su cobertura.

**b) ORTODONCIA:**

Esta cobertura incluye el tratamiento con aparatología fija o removable en cualquiera de sus técnicas, aparatos de contención, mentoneras, fuerzas extraorales y ortodoncia interceptiva. Además se incluye todos los gastos asociados al tratamiento de mantención, en este caso, laboratorio o consultas, si fuere el caso. Las coberturas señaladas en cada uno de los beneficios descritos en las letras A) y B), si en las condiciones particulares de esta cláusula a adicional se hubiere estipulado un deducible, la compañía aseguradora descontará del reembolso o del monto reclamado, el deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación y aplicación se señalan en las condiciones particulares del contrato.