

SEGURO DENTAL COLECTIVO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130564

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

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 esta.

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 descritas en este artículo pueden ser contratadas en forma conjunta como un todo, o bien, el contratante puede optar por alguna de ellas, lo que deberá expresarse 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 póliza.

Las coberturas ofrecidas para esta póliza 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°3 DEFINICIONES

Para los efectos de esta cobertura adicional se entiende por:

1. CONTRATANTE: La persona que celebra el seguro con el asegurador y sobre quién recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato y que se encuentra individualizada como tal en las Condiciones Particulares del seguro.

2. ASEGURADOS: Los trabajadores del Contratante o las personas que tengan un vínculo contractual vigente con éste, a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que sean menores de 65 años de edad, y el grupo familiar correspondiente, entendiéndose por éste él o la cónyuge menor de 65 años de edad e hijos solteros menores de 18 años de edad e hijos solteros menores de 24 años de edad que estuvieren estudiando a tiempo completo en una institución de educación superior que sea reconocida por el Ministerio de Educación, todos quienes habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la Compañía aseguradora.

También podrán ser asegurados otras personas, menores de 65 años de edad, en tanto éstas sean aceptadas como tales por la Compañía aseguradora.

3. ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO: 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 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.

6. CIRUJANO-ODONTOLOGO-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 o la definición legal que reemplace dicho precepto.

7. 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.

8. DEDUCIBLE: Es la estipulación por la que asegurador y asegurado acuerdan que éste último soportará, a todo evento, hasta el monto de la pérdida que hubiere pactado, y cuyo monto y período de acumulación se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO: Es el límite máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo esta póliza, 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.

10. PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso 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, u otro que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

ARTÍCULO N°4 EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en él, 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. Alguna de las prestaciones dentales indicadas en las coberturas Dental de Especialidad y Ortodoncia del artículo N°2 de esta póliza, salvo que se hayan contratado expresamente.

e. 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. Sin perjuicio a 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.

f. 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.

g. 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.

h. Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo musculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.

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

j. Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este adicional.

k. Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

m. Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

n. 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.

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

p. 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.

q. Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos.

r. 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.

s. 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.

t. Enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes, es decir, enfermedades, dolencias o situaciones de salud que hayan sido conocidas por el asegurado 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.

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 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. Si el siniestro no se ha producido, el asegurador, dentro del plazo de 30 días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al asegurado su decisión de rescindir el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el asegurado o el contratante en su caso, hubieren efectuado declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo de este artículo, el asegurador

quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, por la naturaleza de los riesgos hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que de acuerdo a los párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el asegurador deberá devolver al asegurado, la proporción de prima correspondiente al periodo en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

ARTICULO N°7: 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° 8: 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.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda o por cualquier otro medio, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el

siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTICULO 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 cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza, por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un siniestro, cubiertas en virtud de esta póliza, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

ARTÍCULO N° 10: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO N° 11: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto 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° 12: VIGENCIA Y MODIFICACIÓN DE LA POLIZA

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

Su renovación será automática y por períodos de (1) un año al final del período, 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.

En caso de cambios o modificaciones a las condiciones y términos del seguro, el asegurador deberá notificarlos al asegurado a través del contratante, y sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

ARTÍCULO N° 13: AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto dental reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la Compañía, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, en 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.

ARTÍCULO N° 14: 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.
- 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.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la Compañía podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTÍCULO N°15 PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

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 de emisión del documento, 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°16 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 póliza.

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 esta póliza. 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 17º: PLURALIDAD DE SEGUROS

Si el asegurado estuviera cubierto por otra u otras pólizas tomadas de buena fe por éste o por otra persona que tenga interés, al denunciar el siniestro deberá comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran. Habiendo más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro según el respectivo contrato y a cualquiera de los demás el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

El asegurador que hubiere indemnizado al asegurado tendrá derecho a repetir contra los demás aseguradores la cuota que les corresponda en la indemnización, según el monto que cubran los respectivos contratos previo al pago de la indemnización de la forma señalada en el párrafo precedente.

Cabe señalar que, en ningún caso, son adicionales los límites y montos de indemnización cuando existen dos o más contratos de seguros vigentes al mismo tiempo.

Artículo 18: PLAZO DE GRACIA

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de 30 días corridos, contado a partir de la fecha convenida para el pago de la prima.

Durante este plazo la Póliza permanecerá vigente, sin perjuicio que la Compañía podrá rebajar de cualquier beneficio que deba pagar a los asegurados, las primas vencidas y no pagadas. Si habiendo vencido el plazo de gracia para el pago de la prima ésta se encontrara impaga, la Póliza terminará en forma anticipada.

ARTÍCULO N°19: PRIMAS

a) Pago de la Prima: 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.

b) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, esta podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Financiamiento de la Prima: Según quien soporte el pago de las primas, se definen dos modalidades. Ellas son: 1) Modalidad Contributoria, cuando la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado titular; y 2) Modalidad No Contributoria, cuando la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular. La modalidad elegida deberá constar en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N°20: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados y las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, situación que será comunicada al contratante y/o al asegurado según sea el caso, para que manifieste su aceptación o no de la nueva unidad y lo comunique así a la compañía de seguros, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 21: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del contratante, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del contratante. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 22: 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 23: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio 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°24: TERMINACION

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 Cuando el asegurado titular pierda la calidad de trabajador del Contratante, o el vínculo contractual con éste;

2º A partir de la fecha en que el asegurado principal, su cónyuge u otra persona asegurada cumplan los 65 años de edad;

3º A partir de la fecha en que el hijo del asegurado cumpla 18 años de edad, o 24 años de edad cuando se trate del hijo estudiante conforme lo señalado precedentemente en la definición de asegurados de esta póliza.

4º Cuando el Contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la

Compañía aseguradora;

5º Cuando el Contratante no pague la prima correspondiente a dicho asegurado. en cuyo caso la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

6º Cuando el asegurado, a sabiendas, hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí mismo o sus dependientes que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En el primer caso la terminación se producirá cuando se declare nulo el , mientras que en el segundo, cuando el contrato sea resuelto.

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 dependientes del asegurado excluido.

II.- TERMINACION DE LA POLIZA.

Esta póliza quedará sin efecto para todos los asegurados 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 transcurrido el Período de Gracia, habiéndose procedido en los términos indicados en el número 6º del punto I anterior de este artículo;

(c) E Contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier momento, sin expresión de causa, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía

(d) Cuando el asegurador, con el consentimiento del contratante, le ponga término al contrato expresando las causas que lo justifica. La expiración del contrato se producirá una vez transcurrido el plazo de 30 días contados desde la fecha del envío de la respectiva comunicación.

(e) Si el Contratante cae en insolvencia o es declarado en quiebra; o si el Contratante inicia o se inicia en su contra un procedimiento no voluntario de quiebra o de liquidación; o si el Contratante inicia cualquier otro procedimiento destinado a liquidar sus bienes por insolvencia; o si se ha iniciado respecto al Contratante 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 25 : ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, 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° 26: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o el 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.