

CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA ODONTOLOGÍA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320240009

ARTÍCULO 1: DESCRIPCIÓN 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 o pagará directamente al prestador odontológico, en adelante también llamados pagos directos, los gastos dentales razonables y acostumbrados incurridos por los asegurados a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, 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. Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios según tipología especificadas en el artículo 2 siguiente, recetados al Asegurado por cirujano-dentista tratante, durante el periodo de vigencia de esta cláusula adicional, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se entenderá que tienen cobertura todas aquellas prestaciones que figuren en el Arancel de Referencia que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y que, además, tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso a la fecha de otorgamiento de las prestaciones.

Las coberturas descritas en el artículo N°2 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.

La Compañía para cada una de las coberturas contratadas podrá otorgar: 1) distintos porcentajes de reembolsos o pagos directos por prestador odontológico, 2) tope de números de prestaciones dentales, 3) montos asegurados diferenciados, 4) distintos aranceles de prestaciones dentales de referencia, todos los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos dentales incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiendo en ambos casos establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos dentales incurridos ante cualquier prestador odontológico o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En razón de lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá, a petición expresa del Contratante, limitar la aplicación de esta cobertura en relación al ámbito territorial de la póliza o a un determinado número de prestadores odontológicos, sin que ello afecte la vigencia de ésta, lo cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares. Es decir, podrá definir zonas geográficas, ciudades específicas y prestadores definidos tanto en Chile como en el extranjero, en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Tratándose de cobertura por gastos dentales incurridos fuera del país y siempre que esta haya sido contratada, 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.

Del mismo modo, según sea acordado con el contratante, la póliza podrá establecer limitaciones o restricciones a las coberturas contratadas en razón de la edad de los asegurados, al prestador o centro odontológico en que se realicen las prestaciones, lo cual deberá constar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

El pago directo se efectuará con aquellos prestadores odontológicos con los que la compañía haya celebrado un convenio para tal efecto. El pago directo se realizará una vez que el asegurado se identifique en tal condición ante el prestador odontológico, quien hará efectiva la cobertura del seguro de manera directa ante la compañía. En estos casos, los asegurados deberán pagar al prestador odontológico sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la compañía.

ARTÍCULO 2: DESCRIPCIÓN 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

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) CONSULTA DENTAL: El gasto dental incurrido por concepto de la respectiva consulta dental, los exámenes no radiológicos de diagnóstico clínico visual, planificación de tratamiento y controles derivados de ésta.

2) RADIOLOGIA INTRAORAL: Incluye solo las técnicas radiografías Bitewing y Retroalveolares sean estas simples o totales, indicadas por un cirujano-dentista.

3) HIGIENIZACIÓN 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.

4) ODONTOPEDIATRÍA: Incluye el tratamiento odontológico curativo en niños hasta los 13 años, de caries dentales y sus complicaciones, así como 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 directos en sus distintas variedades y tipos, vidrios ionómeros y todos los insumos para efectuar estos procedimientos.

No están incluidas en esta categoría las obturaciones que utilizan materiales como aleaciones metálicas o porcelanas, tratamientos con 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.

7) 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.

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) **RADIOLOGÍA ORAL COMPLETA:** Incluye todas las técnicas, radiografías intraorales y extraorales indicados por un cirujano-dentista con el objeto de diagnosticar una 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 las técnicas y materiales de procedimientos restauradores de operatoria que implique o no el uso de laboratorio convencional.
- 3) **PERIODONCIA:** Incluye los tratamientos de limpieza coronaria rutinaria y 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) **CIRUGÍA 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) **PRÓTESIS FIJA:** Incluye el tratamiento para reponer una o más piezas dentarias usando las piezas remanentes como inserción. Están incluidas todo tipo de coronas y puentes de cualquier material.
- 7) **PRÓTESIS REMOVIBLE:** Incluye el tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida mediante prótesis movibles. Están incluidas las prótesis parciales o totales de cualquier material.
- 8) **IMPLANTES DENTALES:** Incluye el tratamiento de implantes dentarios y los procedimientos clínicos y de laboratorio para su indicación y ejecución, como las rehabilitaciones realizadas sobre dichos implantes.
- 9) **MEDICAMENTOS:** Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para tratar o dar apoyo al tratamiento dental.

En los casos en que Compañía Aseguradora otorgue cobertura a través de la provisión de los medicamentos:

- a) Ello se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares, las cuales proveerán de los medicamentos a los Asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta cláusula adicional.
 - b) La Compañía Aseguradora no será responsable de la existencia de stock de los medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacias, en cuyo caso el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.
- 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 las 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 sus distintas técnicas, aparatos de contención, mentoneras, fuerzas extraorales y ortodoncia interceptiva.

ARTÍCULO 3: 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 odontológicas
3. GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Para estos efectos, se tendrá en consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de ésta, de acuerdo al arancel indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza denominado Arancel de Referencia.

La Compañía de Seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% del valor asignado para esa prestación en el Arancel de Referencia, 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 calificado para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto.
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: La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Tratándose de esta Cobertura Adicional, corresponde al monto de los gastos dentales cubiertos por ésta 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, o por una combinación de estos, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores dentales o por solicitud de reembolso, por la edad del asegurado u otros criterios de tarificación, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.
7. MONTO MÁXIMO 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, por grupo

familiar o por una combinación de ellos, 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. PRESTADOR ODONTOLÓGICO: Corresponde al conjunto de Centros Odontológicos y/o Cirujanos Odontólogos/Dentistas que la Compañía mantiene a disposición de los Asegurados para que puedan acceder a las respectivas prestaciones dentales.

9. PERÍODO DE ACUMULACIÓN: Es 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 estar o no restringido a uno o más beneficios, y será siempre el período de vigencia de la póliza principal, u otro que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

10. CARENIA: 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. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto dental.

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 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 cláusula adicional será a partir de su fecha de incorporación

ARTÍCULO 4: 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 1 de este adicional, salvo que se hayan contratado expresamente, debiendo constar en las Condiciones Particulares.
- 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 correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo muscular esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo.
- d) cualquier gasto originado por otras terapias reembolsados por otra cobertura de la presente póliza.
- e) cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este adicional o prestaciones dentales no incluidas en el Arancel de Referencia indicado en el Condicionado Particular de la póliza.
- f) gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- g) cualquier procedimiento dental realizado por Cirujanos-Dentistas no habilitados ni autorizados legalmente

para practicar la odontología humana.

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

i) 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.

j) Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los seis (6) meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.

k) Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos, a excepción de los requeridos en prestaciones de odontopediatría.

l) Las exclusiones señaladas en las Condiciones Generales de la póliza principal en cuanto sean aplicables.

ARTÍCULO 5. BENEFICIARIOS.

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

ARTÍCULO 6. 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 y que le otorgue beneficios similares a la presente Cláusula Adicional.

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

Por lo anterior, no se reembolsarán bajo esta cobertura los gastos dentales incurridos por el asegurado respecto de prestaciones dentales que no hayan sido efectivamente pagadas y otorgadas durante el período en que se encontraba amparado por esta Cláusula Adicional.

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.

Sin perjuicio de la regulación aplicable en caso de pluralidad de seguros establecida en la póliza principal,

los beneficios de esta Cláusula Adicional no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro sistema o institución que otorgue beneficios médicos o dentales, 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 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 7. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO.

El monto máximo de reembolso por persona o por grupo familiar, o por una combinación de éstos, según se indique 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 anual por persona o grupo familiar o por una combinación de éstos 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 o franquicia que se hubiere estipulado

ARTÍCULO 8: 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 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.

En caso que el Asegurado incurra en un gasto dental susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del Gasto Dental Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

- 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) 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) 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) Las prestaciones dentales deben estar realizadas y los gastos originados pagados. Tanto la realización de las prestaciones como el pago de ellas deben haberse efectuado durante el período en que el asegurado se encontraba amparado por esta Cláusula Adicional.
- e) Acompañar las radiografías de diagnóstico y de control final de tratamiento en los casos que corresponda y según se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- f) Las prestaciones dentales deben ser realizadas por Cirujanos Odontólogos/Dentistas y/o en Centros Odontológicos que correspondan a los prestadores odontológicos en convenio con la Compañía, salvo que las Condiciones Particulares no lo contemplen.
- g) Concurrir personalmente, cuando la compañía lo solicite y dentro del plazo estipulado en las Condiciones Particulares, a contraloría dental en los centros que la compañía determine.

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 dentales al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos dentales.

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

ARTÍCULO 9: 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 solo 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 10: 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.