

## CLAUSULA DE URGENCIA DENTAL

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320230403

### ARTICULO 1: DEFINICION DE LA COBERTURA

Mediante el pago de la prima, y en las condiciones y términos que a continuación se establecen, el asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones que más adelante se detallan a consecuencia del tratamiento de las prestaciones dentales de urgencia, realizadas en presencia de dolor o pérdida funcional, que se presenten en los asegurados de esta cláusula adicional que se encuentren señalados en las condiciones particulares de la póliza, de acuerdo con una de las modalidades definidas a continuación.

Modalidades:

A) Atención en instituciones designadas por la Compañía:

#### A.1. Cobertura

Bajo esta modalidad el asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones cubiertas por esta cláusula adicional y que se detallan en las condiciones particulares de la póliza, siempre que estos gastos se realicen por intermedio de la o las instituciones que el asegurador determine en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de cobertura establecido en el condicionado particular como límite de beneficio anual por beneficiario. En el evento que la Institución designada por la Compañía deje por cualquier causa de prestar los servicios establecidos bajo esta póliza, la Compañía tendrá un plazo de 30 días para nominar una nueva institución que continúe con el tratamiento.

El asegurado no podrá exigir al asegurador el cambio de institución o la designación de otra para iniciar o continuar el tratamiento iniciado o realizar determinadas prestaciones. Bajo esta modalidad se entiende que la cláusula adicional ha sido contratada en consideración a la institución prestadora de los servicios médicos que designa el asegurador en forma previa al tratamiento.

El asegurador tiene la facultad de modificar la o las instituciones prestadoras en cualquier momento y sin

expresión de causa según lo estime pertinente.

Si durante el tratamiento seguido de acuerdo a esta modalidad, el asegurado decide continuarlo en otra institución distinta a la designada por la Compañía, ésta pagará el monto único señalado en las Condiciones Particulares de la póliza para la modalidad de libre elección, en cuyo caso la cláusula adicional terminará automáticamente para el asegurado bajo tratamiento liberando a la compañía de toda responsabilidad.

## A.2. Obligaciones del asegurado

El asegurado para poder recibir los beneficios de esta cláusula adicional en la institución designada por la Compañía deberá cumplir estrictamente las siguientes normas,

Constituye requisito para optar al Plan:

a) Que la prestación odontológica correspondiente se encuentre incluida en las condiciones particulares de la póliza y fuese realizada como Urgencia Dental bajo el concepto de dolor o pérdida funcional de una o más piezas dentales que requiera atención profesional en dependencias del Prestador, según lo establecido en las condiciones particulares de la póliza

b) Que la cobertura se encuentre vigente para cada beneficiario.

c) Que no se hubiese consumido el límite de servicio anual por beneficiario.

El asegurador ni el prestador asumirán responsabilidad alguna por los gastos que se generen cuando:

a) el Beneficiario fuere atendido en otros centros asistenciales o fuera de las dependencias del Prestador

b) La atención haya sido recibida en cualquier dirección que no corresponda a las dependencias del Prestador

c) Por deficiencias en la continuidad operativa de IMED. Este beneficio sólo se obtiene mediante IMED.

Asimismo, la obligación del asegurador se encontrará delimitada por el límite de cobertura señalado en las condiciones particulares, pudiendo existir un valor de pago que deberá solventar el asegurado con el prestador designado. El valor del copago corresponde a la diferencia entre los gastos totales en que incurran el beneficiario en prestaciones realizadas en las dependencias del Prestador y el monto de cobertura y reembolso del sistema de salud previsual del beneficiario, otros seguros y otras coberturas de salud a que tenga derecho.

En la eventualidad de que el porcentaje de financiamiento anual acumulado por beneficiario sobre el copago supere el Límite de Servicio anual indicado en las Condiciones Particulares, el exceso debe ser pagado directamente por el beneficiario a al Prestador.

## B) Atención en Libre Elección:

### B.1. Cobertura

Bajo esta modalidad la Compañía pagará por una sola vez el monto único señalado en las Condiciones Particulares. Con el referido pago se causará el término inmediato y automático de la cláusula adicional, liberando a la compañía de toda responsabilidad por los gastos que demande el tratamiento del asegurado afectado. En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo esta modalidad.

### B.2. Obligaciones del Asegurado

El asegurado para poder recibir los beneficios de esta cláusula adicional bajo la modalidad de libre elección, deberá cumplir estrictamente las siguientes normas:

a) Dar aviso por escrito a la compañía dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha de la prestación de urgencia dental.

b) Proporcionar a la compañía aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al tratamiento, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder; autorizar a la compañía aseguradora para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes que ellos posean; y dar las facilidades y someterse a los exámenes que la compañía aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la prestación. El costo de éstos será de cargo de la compañía aseguradora.

El incumplimiento o el cumplimiento extemporáneo de las obligaciones establecidas en este artículo, hará perder el derecho al beneficio establecido en la presente cláusula adicional, salvo en caso de impedimento por fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

Si el asegurado decide hacer su tratamiento bajo la modalidad de libre elección, la cláusula adicional terminará automática e inmediatamente respecto del asegurado afectado y en ningún caso tendrá derecho a los beneficios establecidos bajo la modalidad señalada en la letra A) anterior.

## ARTICULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

**Atención en Libre Elección:** Son todas aquellas atenciones y prestaciones médicas dentales distintas a las señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza y/o efectuadas por cualquier institución diferente a la señalada por la Compañía en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Asegurados:** Aquel a quien afectan los riesgos que se transfieren al Asegurador y que se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza. Podrán ser asegurados de esta cláusula adicional, la persona que solicita la cobertura, su cónyuge, los hijos de ambos y también otras personas que el asegurado desee incorporar. No obstante, la solicitud de incorporación será calificada por la Compañía.

**Carencia:** Período durante el cual los asegurados no tienen derecho a percibir los beneficios de esta cobertura que se encuentra establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Deducible:** Es el monto de los gastos cubiertos por esta cláusula adicional que serán siempre de cargo del asegurado y cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares.

**Prestaciones dentales:** Prestaciones cuyo origen es una enfermedad o accidente odontológico, y que hayan sido otorgadas y prescritas por un cirujano-dentista. El detalle de las prestaciones incluidas en la presente cobertura se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

**Enfermedad de origen odontológico:** Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.

Prestador: Corresponde al Prestador de Salud indicado en las condiciones particulares de esta póliza en donde exclusivamente se realizarán las prestaciones individualizadas en la presente cobertura.

Beneficiario o beneficiarios: Para los efectos de esta cobertura, se entiende como beneficiarios a las personas individualizadas en las condiciones particulares en tanto cumplan con los requisitos de ingreso y permanencia establecidos en la presente cobertura:

a) Beneficiario Titular

b) Beneficiarios Dependientes: cónyuge, conviviente civil, ascendientes y descendientes de la persona señalada en la letra a) anterior, hijos, padres y otros.

Cirujano-odontólogo-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.

Gasto dental incurrido por el beneficiario: El costo de la prestación, hasta el límite establecido como gasto dental razonable y acostumbrado, descontando las sumas reembolsadas, financiadas por un Sistema de Salud Previsional, como asimismo otros sistemas o Instituciones al cual pertenezca el beneficiario y que le otorgue beneficios similares al presente adicional.

Arancel de referencia: Corresponde a un arancel referencial para las distintas prestaciones odontológicas de la presente cobertura.

### ARTICULO 3: EXCLUSIONES

No estarán cubiertos por esta cláusula adicional:

a) Gastos incurridos por medicamentos,

b) Prestaciones que no se encuentren detalladas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

#### ARTICULO 4: CARENIA

Esta cobertura tendrá un período de carencia de tres meses contados a partir de su fecha de vigencia inicial o desde su rehabilitación o desde la incorporación de un asegurado. Por lo tanto, no estarán cubiertos por esta cláusula adicional las prestaciones que ocurran durante el período antes indicado.

Para efectos de las renovaciones, a partir del primer aniversario de esta cobertura, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

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

#### ARTICULO 5: DEDUCIBLE

La presente cláusula adicional estará afecta a un deducible de cargo del asegurado que será indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### ARTICULO 6: EXTENSION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional que contemple exoneración de pago de primas por invalidez o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- c) Cuando en la renovación de la Póliza, se verifique que el asegurado cumplió la edad máxima de

permanencia establecida en las condiciones particulares.

d) Por el mal uso de esta cobertura por parte del Beneficiario (es decir, utilizar la cobertura para fines distintos a los regulados en el mismo) o la suplantación de la identidad del Beneficiario, en cuyo caso éste no tendrá derecho a las coberturas que otorga esta cláusula adicional. Asimismo, el Prestador se reserva el derecho de rechazar la inclusión en futuros planes de accidentes a quienes hayan hecho mal uso de la cobertura, sin perjuicio de ejercer las acciones legales correspondientes.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cobertura, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro principal, al día de pago.

## ARTICULO 7: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Al momento de contratarse la cláusula adicional, el asegurado por él y por las demás personas aseguradas deberá declarar por escrito al asegurador, todos los hechos y circunstancias, que permitan apreciar el riesgo y que puedan influir en las condiciones de esta cláusula adicional. El asegurador se reserva la facultad de exigir la comprobación de lo declarado.

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 en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales 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.

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

#### ARTICULO 8: DURACION DE ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional tendrá una duración de un año, contado desde la fecha de su vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de comunicación escrita dada a la otra parte, con a lo menos un mes de anticipación a la fecha del vencimiento de esta cláusula adicional.

#### ARTICULO 9: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El asegurado podrá poner término a la cobertura en cualquier momento enviando un correo electrónico al correo del prestador indicado en las condiciones particulares, indicando nombre completo y Rut del beneficiario titular.

#### ARTICULO 10: PAGO DE PRIMAS

La prima de esta cláusula adicional podrá ser ajustada, previo aviso a través de los canales de comunicación establecidos en las condiciones generales de este adicional, y bajo aceptación expresa del contratante. Este aviso deberá ser enviado con al menos 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de la vigencia que se renueva. En caso de no recibir respuesta por parte del contratante dentro del mismo plazo antes señalado, las partes convienen en no renovar este adicional por un nuevo período.

Cualquier ajuste propuesto deberá expresarse en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante una vez sea aceptado por el contratante, y deberá pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

## ARTICULO 11: IMPUESTOS

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las primas, intereses o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato, serán de cargo del contratante, salvo que por ley fuesen de cargo del asegurador.

**ARTICULO 12: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS** 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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496. No obstante, lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión del Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.