

CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO AD + DENTAL PLAN 1 – HEALTHATOM

LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA DE SEGUROS JUNTO CON SUS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, SEGÚN EL CÓDIGO POL 320240020 PARA LAS COBERTURAS DE PRESTACIONES DENTALES, Y POL 320170243, LETRA A PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.

EL PRESENTE SEGURO SERÁ COMERCIALIZADO A TRAVÉS DE CANAL DIGITAL DE FORMA DIRECTA DONDE CONSTARÁ DE LA ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO Y ÉSTA SE CONSIDERARÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. ASIMISMO, EN FORMA PREVIA A OBTENER SU ACEPTACIÓN, Y COMO MEDIDA DE RESPALDO A SU VOLUNTAD.

COMPAÑÍA ASEGURADORA

CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

RUT: 99.225.000-3

DIRECCIÓN: PRESIDENTE RIESCO N°5435 PISO 7, LAS CONDES

CONTRATANTE

HEALTHATOM COLLECTIONS SPA

RUT: 77.642.985-6

DIRECCIÓN: AV. APOQUINDO 5400 OF 1801, LAS CONDES

AGENTE DE VENTA

ENGINES SPA.

RUT: 76.090.231-4

DIRECCIÓN: AV. APOQUINDO 5400 OF 1801, LAS CONDES

COMISIONES

- DE RECAUDACIÓN EN FAVOR DEL CONTRATANTE: **00%** NETO + IVA POR CADA PRIMA RECAUDADA.
- DE VENTA EN FAVOR DEL AGENTE: **0%** NETO + IVA POR CADA PRIMA RECAUDADA.

ASEGURADOS

ASEGURADO TITULAR

PERSONAS NATURALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO PARTICULAR.

ASEGURADOS ADICIONALES

PUEDEN INCORPORARSE COMO ASEGURADOS ADICIONALES AL CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL, PAREJA E HIJOS DEL ASEGURADO TITULAR (MÁXIMO DE 5 ASEGURADOS ADICIONALES), CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

AVISO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE SANCIONES DE LOS EE. UU.

CHUBB ES UNA SUBSIDIARIA DE UNA COMPAÑÍA ESTADOUNIDENSE. COMO RESULTADO, CHUBB ESTÁ SUJETO A CIERTAS LEYES Y REGULACIONES DE LOS EE. UU., ADEMÁS DE LAS RESTRICCIONES DE SANCIONES NACIONALES, DE LA UE Y DE LA ONU, QUE PUEDEN PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA O PAGAR RECLAMACIONES DE SINIESTROS A CIERTAS PERSONAS O ENTIDADES O ASEGURAR CIERTOS TIPOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CIERTOS PAÍSES COMO IRÁN, SIRIA, COREA DEL NORTE, REGIÓN DE CRIMEA Y CUBA.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

ASEGURADO TITULAR, CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL O PAREJA:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 59 AÑOS Y 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 64 AÑOS Y 364 DÍAS.

HIJOS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 14 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 17 AÑOS Y 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 24 AÑOS Y 364 DÍAS.

BENEFICIARIO

ASEGURADO TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR.

DEFINICIONES – SEGURO DE GASTOS DENTALES Y MUERTE ACCIDENTAL

- GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** EL MONTO QUE HABITUALMENTE SE COBRA POR PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS DE CARÁCTER SIMILAR EN LA LOCALIDAD DONDE ÉSTAS SON EFECTUADAS; CONSIDERANDO, ADEMÁS, QUE SEAN LAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE ORDINARIAMENTE SE SUMINISTRAN PARA EL TRATAMIENTO DENTAL SEGÚN LA PATOLOGÍA PRESENTADA; LA CARACTERÍSTICA Y NIVEL DE LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS OTORGADOS; Y LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN. PARA ESTOS EFECTOS, SE TENDRÁ EN ESPECIAL CONSIDERACIÓN EL TIPO DE ATENCIÓN SUMINISTRADA Y EL VALOR REFERENCIAL DE ESTA, EL CUAL LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EN LA FORMA QUE SEÑALE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR, DENOMINADO "ARANCEL DE REFERENCIA".
- ARANCEL DE REFERENCIA:** CORRESPONDE A UN ARANCEL REFERENCIAL DETERMINADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA LAS DISTINTAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE TIENEN COBERTURA, MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECE UN VALOR MÁXIMO PARA DICHAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS, EL CUAL LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EN LA FORMA QUE SEÑALE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR.
- PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE:** CORRESPONDE A LOS ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS Y A LOS CIRUJANOS-DENTISTAS LOS CUALES LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EN LA FORMA QUE SEÑALE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR, RESPECTO DE LOS CUALES OPERARÁN LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA.
- ACCIDENTE ODONTOLÓGICO:** TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS QUE IMPACTEN DIRECTAMENTE DE FORMA BRUSCA O AGRESIVA, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO OCASIONÁNDOLE UNA O MÁS LESIONES DE TIPO ODONTOLÓGICO, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN LA CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS EN EL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES, REVELADOS POR LOS EXÁMENES DENTALES CORRESPONDIENTES.
- ENFERMEDAD ODONTOLÓGICA:** TODA ENFERMEDAD O ALTERACIÓN DE CARÁCTER ODONTOLÓGICO, QUE AFECTE AL DIENTE, ENCÍA, PERIODONTO Y HUESO ALVEOLAR, CUYO DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN SEA EFECTUADO POR UN CIRUJANO DENTISTA LEGALMENTE RECONOCIDO. NO SE INCLUYEN LAS AFECCIONES DE TIPO ESQUELÉTICA Y MUSCULARES.

- f) **CIRUJANO - DENTISTA:** TODO PROFESIONAL HABILITADO Y AUTORIZADO LEGALMENTE PARA PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA Y QUE ESTÁ CALIFICADA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO REQUERIDO, SEGÚN EL ARTÍCULO 112 DEL CÓDIGO SANITARIO O LA DEFINICIÓN LEGAL QUE REEMPLACE DICHO PRECEPTO.
- g) **GASTO DENTAL:** CORRESPONDE AL COSTO DE LA PRESTACIÓN ODONTOLÓGICA RECIBIDA POR EL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL "ARANCEL DE REFERENCIA", DESCONTANDO LAS SUMAS REEMBOLSADAS, FINANCIADAS O BONIFICADAS POR UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PREVISIONAL, FONASA O SISTEMAS DE BIENESTAR, COMO ASIMISMO OTROS SISTEMAS O INSTITUCIONES AL CUAL PERTENEZCA EL ASEGURADO Y QUE LE OTORQUE BENEFICIOS SIMILARES A LAS COBERTURAS DESCRITAS EN ESTE CONDICIONADO PARTICULAR.
- h) **DEDUCIBLE:** CORRESPONDE AL MONTO DE LOS GASTOS DENTALES CUBIERTOS POR ESTE SEGURO QUE SERÁN SIEMPRE DE CARGO DEL ASEGURADO O CONTRATANTE, Y CUYO MONTO, FORMA Y PERÍODO DE ACUMULACIÓN SE ESTABLECE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, PUDIÉNDOSE ESTABLECER UN DEDUCIBLE POR ASEGURADO, GRUPO FAMILIAR, U OTRO GRUPO DE ASEGURADOS, ASÍ COMO TAMBIÉN PARA CADA UNA DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, PRESTACIONES O GRUPOS DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS CUBIERTAS.
- i) **PERÍODO DE ACUMULACIÓN:** EL PERIODO DE TIEMPO QUE SE CONSIDERA PARA CONTABILIZAR EL MONTO MÁXIMO DEL DEDUCIBLE O DEL PAGO DIRECTO AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE, EL CUAL SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, LO CUAL PODRÁ O NO ESTAR RESTRINGIDO A UNO O MÁS BENEFICIOS.
- j) **EXÁMENES REGULARES:** SE CONSIDERAN EN ESTA CATEGORÍA LOS SIGUIENTES:
 - i. EXÁMENES ORALES RUTINARIOS: ESTO IMPLICA UNA REVISIÓN VISUAL DE LA BOCA, LOS DIENTES, LAS ENCÍAS Y OTROS TEJIDOS BUCALES PARA DETECTAR CUALQUIER SIGNO DE PROBLEMAS DENTALES, ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS U OTROS TRASTORNOS.
 - ii. RADIOGRAFÍAS DENTALES: LAS RADIOGRAFÍAS SON HERRAMIENTAS IMPORTANTES PARA EVALUAR LA SALUD DENTAL. PUEDEN AYUDAR A IDENTIFICAR CARIES, INFECCIONES, PROBLEMAS EN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES Y OTRAS AFECCIONES QUE NO SON VISIBLES A SIMPLE VISTA.
 - iii. EVALUACIÓN DE LA MORDIDA Y LA ALINEACIÓN DENTAL: SE PUEDE REALIZAR UN ANÁLISIS DE LA MORDIDA Y LA POSICIÓN DE LOS DIENTES PARA DETECTAR PROBLEMAS COMO MALOCLUSIONES O APIÑAMIENTO DENTAL.
- k) **URGENCIA DENTAL:** PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA ES EL TIPO DE ATENCIÓN DENTAL QUE SE CONSIDERA URGENTE Y/O SITUACIÓN EXTRAORDINARIA QUE REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA. ESTO PUEDE INCLUIR SITUACIONES ODONTOLÓGICAS COMO: DOLOR FUERTE, INFECCIÓN, FRACTURA DE PIEZA DENTAL, SANGRADO O CUALQUIER OTRO PROBLEMA QUE CAUSE UN DOLOR INTENSO O AFECTE LA CAPACIDAD DE COMER O HABLAR ADECUADAMENTE. ES IMPORTANTE PARA ABORDAR EL PROBLEMA DE MANERA RÁPIDA Y EVITAR COMPLICACIONES ADICIONALES.
- l) **CARENCIA:** ES EL PERIODO DE TIEMPO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO ALGUNO A INDEMNIZACIÓN. 30 DÍAS PARA LA PRESENTE PÓLIZA, EXCEPTO PARA PROTESIS REMOVIBLES, LAS CUALES TIENEN UN PERIODO DE CARENCIA DE 180 DÍAS
- m) **ENFERMEDAD:** TODA ALTERACIÓN DE LA SALUD CUYO DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN SEA EFECTUADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO. TODAS LAS ENFERMEDADES QUE EXISTAN SIMULTÁNEAMENTE, DEBIDAS A LA MISMA CAUSA O A OTRA RELACIONADAS ENTRE SÍ, SERÁN CONSIDERADAS COMO UNA MISMA ENFERMEDAD.

- n) **ACCIDENTE:** PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO PROVOCÁNDOLE LESIONES, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURA Y DESGARRAMIENTOS PRODUCIDOS POR ESFUERZOS REPENTINOS, COMO TAMBIÉN ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN LA CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS AL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES.
- o) **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** CUALQUIER LESIÓN, ENFERMEDAD O DOLENCIA QUE AFECTE AL ASEGURADO, CONOCIDA O DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, SEGÚN CORRESPONDA.
- p) **DEDUCIBLE:** SE ENTENDERÁ POR DEDUCIBLE, AQUELLA SUMA QUE SERÁ SIEMPRE DE CARGO DEL ASEGURADO.

MATERIA ASEGURADA

PERSONAS NATURALES, USUARIOS QUE CONTRATARON LOS SERVICIOS DE LA CLINICA MENCIONADA EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA PERTENECIENTE A LA RED HEALTHATOM, QUE CONTRATEN EL PRESENTE SEGURO Y QUE SE PUEDAN VER AFECTADOS POR LOS RIESGOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA.

DEDUCIBLE

EL DEDUCIBLE APLICABLE ES DE UF 0,5 POR ASEGURADO Y POR AÑO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA. UNA VEZ APLICADOS LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS, SE APLICA EL DEDUCIBLE A LA SUMA DE LOS MONTOS INDEMNIZABLES.

RESUMEN DE COBERTURAS

COBERTURAS	ACTIVACIÓN DE COBERTURAS	POL	LÍMITE DE COBERTURA
GASTOS DENTALES	PARA URGENCIAS DESDE LAS 24 HORAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA Y OTRAS PRESTACIONES DESDE EL DÍA 31 DESDE EL INICIO DE VIGENCIA. PROTESIS REMOVIBLES, SE ACTIVA DESDE EL DÍA 18o DESDE EL INICIO DE VIGENCIA.	POL 320240020	LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO DE HASTA UF 40 POR CADA ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	DURANTE LOS 2 PRIMEROS MESES	POL 320170243, ALTERNATIVA A	UF 200

NOTA: LAS UF 40 CONSTITUYEN EL TOPE ANUAL POR ASEGURADO. ES IMPORTANTE DESTACAR QUE UNA VEZ UTILIZADAS LAS UF 40 EN UN AÑO DE VIGENCIA, EL ASEGURADO QUEDARÍA SIN COBERTURA EN LA PÓLIZA HASTA EL PERÍODO DE RENOVACIÓN SIGUIENTE.

COBERTURAS

GASTOS DENTALES (POL 320240020)

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGARÁ DIRECTAMENTE AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE, LOS GASTOS DENTALES RAZONABLES, ACOSTUMBRADOS E INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DE LAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE SE DETALLAN EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE.

LAS COBERTURAS ASOCIADAS A ESTE SEGURO SE APLICARÁN SOLO EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE ODONTOLÓGICO, CON LA EXCEPCIÓN DE LAS PRESTACIONES QUE NO TENGAN ESTE ORIGEN Y SE INDIQUEN CUBIERTAS EN EL ANEXO 3 DE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR. ADEMÁS, ES NECESARIO

QUE LAS PRESTACIONES HAYAN SIDO OTORGADAS Y PRESCRITAS POR UN CIRUJANO-DENTISTA PREFERENTE, DE ACUERDO CON LOS PORCENTAJES Y LÍMITES ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE COBERTURAS CONTRATADO, SEGÚN EL ARANCEL DE REFERENCIA DENTAL. LAS PRESTACIONES QUE NO ESTÉN INCORPORADAS EN EL ARANCEL DE REFERENCIA NO TENDRÁN COBERTURA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O EL PROVEEDOR DEL SERVICIO DENTAL PODRÁ ESTABLECER EL ÁMBITO TEMPORAL Y TERRITORIAL DE LA COBERTURA SIN QUE ELLO AFECTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA MEDIANTE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR. ES DECIR, PODRÁ DEFINIR HORARIOS, DÍAS Y ZONAS GEOGRÁFICAS ESPECÍFICAS EN LAS QUE OTORGARÁ LA COBERTURA, ASÍ COMO AQUELLAS EN LAS QUE NO OPERARÁ ESTA COBERTURA. LA COBERTURA DEL SEGURO SOLO SE OTORGARÁ EN TERRITORIO CHILENO.

SE CONSIDERARÁ, PARA EFECTOS DEL PAGO AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE QUE EMITA LA COMPAÑÍA, EL 100% DEL VALOR DE ACUERDO CON EL ARANCEL DE REFERENCIA DENTAL, MONTO SOBRE EL CUAL SE APLICARÁN LOS PORCENTAJES DE PRESTACIÓN, DEDUCIBLE Y TOPES DEFINIDOS EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

EN CASO DE QUE EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD ESPECÍFICAMENTE DESIGNADO PARA LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA SUSPENDA TOTAL O PARCIALMENTE SUS OPERACIONES, SE GARANTIZARÁ LA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS.

EN TALES SUPUESTOS, EL ASEGURADO Y SUS BENEFICIARIOS PODRÁN ACCEDER A LAS COBERTURAS OTORGADAS POR ESTA PÓLIZA A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS PRESTADORES DE SALUD DENTAL QUE INTEGREN LA RED VIGENTE DE LA COMPAÑÍA, MANTENIÉNDOSE INALTERADAS LAS CONDICIONES, COBERTURAS, LÍMITES, EXCLUSIONES Y BENEFICIOS ORIGINALMENTE PACTADOS. ESTA SUSTITUCIÓN NO IMPLICARÁ COSTOS ADICIONALES, APLICACIÓN DE NUEVOS DEDUCIBLES NI IMPOSICIÓN DE PERÍODOS DE CARENIA.

LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA OCURRENCIA DEL HECHO QUE ORIGINE EL REEMPLAZO DEL PRESTADOR PARA GARANTIZAR EL ACCESO EFECTIVO A UN NUEVO PRESTADOR HABILITADO DENTRO DE LA RED.

SI, DEBIDO A RAZONES DE ÍNDOLE GEOGRÁFICA O DE DISPONIBILIDAD, NO EXISTIERE EN LA RED DE LA COMPAÑÍA OTRO PRESTADOR HABILITADO EN LA ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL ASEGURADO, ÉSTE PODRÁ, CON PREVIA AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LA COMPAÑÍA, RECIBIR ATENCIÓN EN UN PRESTADOR EXTERNO, CASO EN EL CUAL LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS INCURRIDOS, HASTA EL MONTO QUE HABRÍA CORRESPONDIDO CUBRIR EN UN PRESTADOR DE SU RED.

LA COMPAÑÍA INFORMARÁ OPORTUNAMENTE AL ASEGURADO RESPECTO DEL CAMBIO DE PRESTADOR Y DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA ACCEDER A LAS PRESTACIONES CONTINUADAS BAJO ESTA PÓLIZA

EL PRESTADOR DENTAL Y SU FUNCIONAMIENTO ESTARA DETALLADO EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA.

DETALLE DE PRESTACIONES CONTENIDAS EN LA COBERTURA DE GASTOS DENTALES:

ESPECIALIDAD	% DE COBERTURA	% DE COPAGO
URGENCIA	70%	30%
ACCIONES GENERALES		
ODONTOPEDIATRÍA		
OPERATORIA		
PERIODONCIA		
RADIOLOGIA		
CIRUGIA MAXILOFACIAL		

ENDODONCIA		
PROTESIS REMOVIBLE		

1. **ATENCIÓN URGENCIA PRIORITARIA:** TIPO DE ATENCIÓN DENTAL QUE SE CONSIDERA URGENTE Y QUE REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA. ESTO PUEDE INCLUIR SITUACIONES ODONTOLÓGICAS COMO: FUERTE DOLOR, INFECCIÓN AGUDA, FRACTURA, SANGRADO O CUALQUIER OTRO PROBLEMA QUE CAUSE UN DOLOR INTENSO O AFECTE LA CAPACIDAD DE COMER O HABLAR ADECUADAMENTE. ES IMPORTANTE PARA ABORDAR EL PROBLEMA DE MANERA RÁPIDA Y EVITAR COMPLICACIONES ADICIONALES. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES DIRÍJASE AL ANEXO 3, ALTERNATIVA A.

2. **ACCIONES GENERALES:** PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA LAS ACCIONES GENERALES CONSIDERARÍAN LAS SIGUIENTES PRESTACIONES;
 - i. PROVISIÓN DE EXÁMENES REGULARES PARA EVALUAR EL ESTADO DENTAL DE LOS ASEGURADOS.
 - ii. PROPORCIONAR UN PLAN DE TRATAMIENTO DETALLADO JUNTO CON UN PRESUPUESTO ESTIMADO PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO NECESARIO.
 - iii. APLICACIÓN DE FLUORURO PARA FORTALECER EL ESMALTE DENTAL Y PREVENIR LA FORMACIÓN DE CARIES. ESTAS PRESTACIONES AYUDARÁN A MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL Y PREVENIR PROBLEMAS DENTALES A LARGO PLAZO.
 - iv. LIMPIEZA DENTAL: PROCEDIMIENTO DENTAL REALIZADO POR UN DENTISTA PARA REMOVER LA PLACA BACTERIANA Y EL SARRO QUE SE ACUMULA EN LOS DIENTES Y ENCÍAS. ES NECESARIA PARA ELIMINAR LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y SARRO QUE NO SE PUEDE ELIMINAR FÁCILMENTE CON LA HIGIENE ORAL DIARIA.

PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA B.

3. **ODONTOPEDIATRÍA:** ES UNA ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE CENTRA EN EL CUIDADO ORAL DE LOS NIÑOS DESDE SU INFANCIA HASTA LOS 14 AÑOS Y 364 DÍAS. EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA ODONTOPEDIATRÍA ES PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN DENTAL ESPECIALIZADA Y ADECUADA A LOS MENORES, CON EL FIN DE MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL Y PREVENIR POSIBLES PROBLEMAS DENTALES A LARGO PLAZO. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA C.

4. **OPERATORIA DENTAL:** SE ENFOCA EN EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y AFECCIONES DE LOS DIENTES. SU OBJETIVO PRINCIPAL ES RESTAURAR LA FUNCIÓN UTILIZANDO DIFERENTES TÉCNICAS Y MATERIALES. LA OPERATORIA DENTAL INCLUYE PROCEDIMIENTOS COMO OBTURACIONES DENTALES PARA TRATAR LAS CARIES, PARA MEJORAR EL ASPECTO DE LOS DIENTES INVOLUCRA TRATAMIENTOS DE BLANQUEAMIENTO DENTAL Y REPARACIÓN DE FRACTURAS DENTALES. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA D.

5. **PERIODONCIA:** DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, QUE AFECTAN LOS TEJIDOS QUE SOPORTAN LOS DIENTES COMO: ENCÍAS, HUESO ALVEOLAR Y LIGAMENTOS PERIODONTALES. EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA PERIODONCIA ES MANTENER LA SALUD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, PREVENIR LA PROGRESIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y TRATAR LAS CONDICIONES EXISTENTES PARA RESTAURAR LA FUNCIÓN Y ESTABILIDAD DE LOS DIENTES.

EJ: LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES MÁS COMUNES SON LA GINGIVITIS, QUE ES UNA INFLAMACIÓN REVERSIBLE DE LAS ENCÍAS, Y LA PERIODONTITIS, UNA AFECCIÓN QUE PUEDE LLEVAR

A LA PÉRDIDA DE DIENTES SI NO SE TRATA ADECUADAMENTE. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA E.

6. **RADIOLOGÍA:** TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EXAMINAR Y DIAGNOSTICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS DIENTES, LOS HUESOS Y LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA. ESTAS TÉCNICAS INCLUYEN RADIOGRAFÍAS DIGITALES, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS (TC) Y ESCÁNERES INTRAORALES. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA F.
7. **CIRUGÍA DENTAL MAXILOFACIAL (SIMPLE O COMPLEJA):** LA CIRUGÍA DENTAL SIMPLE HACE REFERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DENTALES DE MENOR COMPLEJIDAD QUE SE REALIZAN EN LA CONSULTA DEL DENTISTA. ESTOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN INCLUIR EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE), EXTRACCIÓN DE DIENTES PERMANENTES CON UNA ERUPCIÓN PARCIAL O TOTAL.

POR OTRO LADO, LA CIRUGÍA DENTAL COMPLEJA ES UN PROCEDIMIENTO MÁS COMPLEJO QUE INCLUYE PROCEDIMIENTOS COMO LA EXTRACCIÓN DE DIENTES IMPACTADOS, EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES (MUELAS DEL JUICIO), INJERTOS ÓSEOS, QUE NO SON REALIZADOS A NIVEL HOSPITALARIO.

TANTO LA CIRUGÍA DENTAL SIMPLE COMO LA COMPLEJA REQUIEREN EL USO DE ANESTESIA LOCAL Y SON REALIZADAS EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA Y NO EN CENTROS HOSPITALARIOS. LA DECISIÓN SOBRE QUÉ TIPO DE CIRUGÍA DENTAL SE NECESITA SE BASA EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA REALIZADA POR EL DENTISTA. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA G.

8. **ENDODONCIA:** DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL TEJIDO PULPAR DE LOS DIENTES, COMÚNMENTE CONOCIDO COMO EL "NERVIO DEL DIENTE". EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA ENDODONCIA ES SALVAR LOS DIENTES NATURALMENTE CUANDO HAN SIDO COMPROMETIDOS POR LESIONES, INFECCIONES O CARIES PROFUNDAS QUE HAN LLEGADO A AFECTAR LA PULPA DENTAL. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA H.
9. **PROTESIS REMOVIBLES:** INCLUYE EL TRATAMIENTO PARA REPONER PARCIAL O TOTALMENTE LA DENTADURA PERDIDA MEDIANTE PRÓTESIS REMOVIBLES SOPORTADAS EN MUCOSA O DIENTES NATURALES. ESTÁN INCLUIDAS LAS PRÓTESIS REMOVIBLES PARCIALES O TOTALES. ESTÁN EXCLUIDAS LAS REHABILITACIONES SOBRE IMPLANTES Y SUS COSTOS DE INSUMOS Y LABORATORIO.

MUERTE ACCIDENTAL (POL 320170243, ALTERNATIVA A)

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, EL ASEGURADOR PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO DE UF 200, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES COBERTURA DE GASTOS DENTALES (POL 320240020)

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ DIRECTAMENTE AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE, NI REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS DENTALES, CUANDO ELLOS PROVENGAN O SE ORIGINEN POR:

- A. LESIONES AUTO INFERIDAS, ATENTADOS CONTRA SU PROPIA VIDA, AUTOMUTILACIÓN O AUTOLESIÓN.
- B. PROCEDIMIENTOS DENTALES REALIZADOS POR PERSONAS O CIRUJANOS-DENTISTAS NO HABILITADOS NI AUTORIZADOS LEGALMENTE PARA PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA HUMANA.

C. GASTOS DENTALES QUE NO ESTÉN EXPRESAMENTE INDICADOS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DETALLADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

D. CUALQUIER GASTO POR CONCEPTO DE UN TRATAMIENTO DENTAL CUYA FINALIDAD SEA DE EMBELLECIMIENTO, ESTÉTICA O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.

E. CUALQUIER GASTO DENTAL POR CONCEPTO DE UNA PRESTACIÓN Y/O ATENCIÓN QUE SE HAYA INICIADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO O, CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE TÉRMINO DE DICHA VIGENCIA.

F. CUALQUIER GASTO DENTAL POR CONCEPTO DE UN REEMPLAZO DE DENTADURA NATURAL, EXCEPTO EN EL CASO EN QUE TALES DENTADURAS SEAN NECESARIAS PARA REEMPLAZAR PIEZAS DENTALES EXTRAÍDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR ESTA COBERTURA.

G. CUALQUIER GASTO DENTAL POR CONCEPTO DE AQUELLAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE TENGAN LUGAR A CONSECUENCIA DE LA OCUPACIÓN DEL ASEGURADO, CUBIERTA POR LA LEGISLACIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

H. ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN).

EN DEFINITIVA, ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES

NO OBSTANTE, ESTA SI ENTREGA COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE BLANQUEAMIENTO DENTAL, EL CUÁL ES UN TRATAMIENTO DE EMBELLECIMIENTO ESTÉTICO.

EXCLUSIONES COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (POL 320170243, ALTERNATIVA A)

RIGEN EXCLUSIONES DEL ARTÍCULO 3º DEL POL320170243 Y QUE SE RESUMEN A CONTINUACIÓN:

1) EFECTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.

2) ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO COMETIDOS, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR EL ASEGURADO, POR UN BENEFICIARIO O POR QUIEN PUDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN; ASÍ COMO TAMBIÉN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTOS DE REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO

3) SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, INTOXICACIONES O HERIDAS CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.

4) PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO.

5) PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

6) ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

- 7) DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.
- 8) RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- 9) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- 10) INFECCIONES BACTERIANAS, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA A LA ALTERNATIVA DE COBERTURA ALTERNATIVA L DEL ARTÍCULO SEGUNDO INCISO NÚMERO II.- DE ESTE CONDICIONADO GENERAL.
- 11) HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.
- 12) TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- 13) HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.
- 14) EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.
- 15) CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESITADA POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL QUE OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- 16) CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA.
- 17) CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.
- 18) UNA INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA, O UN NEOPLASMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE LA MUERTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO SUFRÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR: "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COPIA DE DICHA DEFINICIÓN ESTÁ ARCHIVADA EN LAS OFICINAS PRINCIPALES DE LA COMPAÑÍA EN SANTIAGO, CHILE. INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICOBACTERIANA DISEMINADA. NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE AL SARCOMA DE KAPOSÍ, AL LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O A OTRAS AFECCIONES MALIGNAS YA CONOCIDAS O QUE PUEDAN CONOCERSE COMO CAUSAS INMEDIATAS DE MUERTE EN PRESENCIA DE UNA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).
- 19) ENFERMEDADES, LESIONES O CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO A LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA.
- 20) LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PLÁSTICOS, DENTALES, DE ORTODONCIA, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- 21) TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- 22) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- 23) EPIDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS.
- 24) PARA LA COBERTURA DESCRITA EN LA ALTERNATIVA J, DEL ARTÍCULO SEGUNDO INCISO NÚMERO II, QUEDAN EXCLUIDAS LAS FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS U OSTEOPOROSIS, ASÍ COMO TAMBIÉN FRACTURAS PATOLÓGICAS EN ASEGURADOS CON CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES DE BASE QUE CAUSEN DEBILITAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA DENSIDAD ÓSEA Y QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- 25) PARA LA COBERTURA DESCRITA EN LA ALTERNATIVA J DEL NUMERAL II, SE EXCLUYE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR TRATAMIENTOS KINESIOLÓGICOS.
- 26) PARA LAS COBERTURAS DESCRITAS EN LAS ALTERNATIVAS K, DEL ARTÍCULO SEGUNDO, INCISO NÚMERO II, QUEDAN EXCLUIDAS LAS QUEMADURAS OCASIONADAS POR FUEGOS ARTIFICIALES,

EXCEPTO SI EL ACCIDENTE OCURRE POR EVENTOS EN LUGARES DEBIDAMENTE ACREDITADOS POR LAS AUTORIDADES.

27) ADEMÁS, ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN).

CLÁUSULA ESPECIAL – BENEFICIO DE PRIMERA VISITA DE DIAGNÓSTICO SIN COSTO
 EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO Y COMO BENEFICIO ADICIONAL PARA EL ASEGURADO, SE INCORPORA LA SIGUIENTE COBERTURA ESPECIAL:

LA PÓLIZA INCLUYE UNA (1) VISITA DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA SIN COSTO PARA EL ASEGURADO, LA CUAL DEBERÁ SER REALIZADA EXCLUSIVAMENTE EN LA CLÍNICA DENTAL DESIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

ESTA VISITA COMPRENDE UNA REVISIÓN CLÍNICA GENERAL POR PARTE DE UN PROFESIONAL HABILITADO, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR EL ESTADO BUCODENTAL DEL ASEGURADO. NO SE INCLUYEN DENTRO DE ESTE BENEFICIO PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, TRATAMIENTOS, NI EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, LOS CUALES SE REGISTRAN POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL SEGURO.

ESTE BENEFICIO NO ESTARÁ SUJETO A DEDUCIBLE NI COPAGO Y PODRÁ SER UTILIZADO UNA ÚNICA VEZ POR ASEGURADO DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA ANUAL.

EL BENEFICIO ES PERSONAL, INTRANSFERIBLE, Y SOLO PODRÁ SER UTILIZADO POR QUIENES FIGUREN COMO BENEFICIARIOS INDIVIDUALES DE LA PÓLIZA, NO SIENDO VÁLIDO PARA FAMILIARES, TERCEROS U OTRAS PERSONAS NO ASEGURADAS

PRIMA MENSUAL

TRAMO DE EDAD: HASTA LOS 39 AÑOS							
Nº	COBERTURAS	TITULAR	TITULAR + 1	TITULAR + 2	TITULAR + 3	TITULAR + 4	TITULAR + 5
1	GASTOS DENTALES	0,442	0,884	1,336	1,783	2,231	2,678
2	MUERTE ACCIDENTAL	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019
PRIMA NETA MENSUAL		0,461	0,903	1,355	1,802	2,250	2,697
IVA		0,084	0,168	0,254	0,339	0,424	0,509
PRIMA BRUTA MENSUAL		0,545	1,070	1,608	2,141	2,674	3,206

TRAMO DE EDAD: DESDE LOS 40 HASTA LOS 59 AÑOS							
Nº	COBERTURAS	TITULAR	TITULAR + 1	TITULAR + 2	TITULAR + 3	TITULAR + 4	TITULAR + 5
1	GASTOS DENTALES	0,519	1,038	1,488	1,940	2,392	2,844
2	MUERTE ACCIDENTAL	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019

PRIMA NETA MENSUAL	0,538	1,057	1,507	1,959	2,411	2,863
IVA	0,099	0,197	0,283	0,369	0,454	0,540
PRIMA BRUTA MENSUAL	0,636	1,254	1,790	2,328	2,866	3,403

TRAMO DE EDAD: DESDE LOS 60 HASTA LOS 65 AÑOS							
Nº	COBERTURAS	TITULAR	TITULAR + 1	TITULAR + 2	TITULAR + 3	TITULAR + 4	TITULAR + 5
1	GASTOS DENTALES	0,554	1,108	1,557	2,009	2,462	2,914
2	MUERTE ACCIDENTAL	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019
	PRIMA NETA MENSUAL	0,573	1,127	1,576	2,028	2,481	2,933
	IVA	0,105	0,211	0,296	0,382	0,468	0,554
	PRIMA BRUTA MENSUAL	0,678	1,338	1,872	2,410	2,948	3,487

FORMA DE PAGO DE PRIMA

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ MENSUAL Y SE CARGARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN LA TARJETA DE CRÉDITO BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR U OTRO EMISOR DE TARJETAS DE CRÉDITO DE LA CUAL SEA TITULAR O ADICIONAL.

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE POR LAS OMISIONES O FALTAS DE DILIGENCIA QUE PRODUZCAN ATRASO EN EL PAGO DE LA PRIMA, AUNQUE ÉSTE SE EFECTÚE MEDIANTE EL CARGO CONVENIDO.

EL ATRASO EN MÁS DE 60 DÍAS EN EL PAGO DE LA PRIMA GENERARÁ LA POSIBILIDAD DE QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS RESUELVA EL CONTRATO DE SEGURO.

NOTAS:

- LA PRIMA SE HA CALCULADO EN BASE A TODO EL PERÍODO EFECTIVO DE COBERTURA INDIVIDUAL, CONSIDERANDO QUE ALGUNAS DE LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA TIENEN UN PERIODO DE CARENIA, COMO QUEDA CLARAMENTE ESPECIFICADO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. EN CASO DE RENUNCIA O CANCELACIÓN VOLUNTARIA CUYA FECHA SEA POSTERIOR AL PERÍODO DE RETRACTACIÓN, PROCEDERÁ LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA PROPORCIONAL AL TIEMPO NO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL TIEMPO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DE CARENIA
- LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO DENTAL NO SE VERÁ AFECTADA POR CAMBIOS EN EL TRAMO DE EDAD DEL ASEGURADO TITULAR. EL VALOR ACORDADO EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN SE MANTENDRÁ CONSTANTE A LO LARGO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE LA PRIMA PODRÍA CAMBIAR SI SE MODIFICA EL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO.
- PARA EFECTOS DE LA DETERMINACIÓN DE LA PRIMA MENSUAL A PAGAR SE CONSIDERAN CONJUNTAMENTE AMBAS COBERTURAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIN PERJUICIO DE QUE LA COBERTURA DENTAL SE ENCUENTRA SUJETA A CARENIA.

LA PRIMA DE ESTE SEGURO SE DETERMINA DE ACUERDO CON EL ASEGURADO TITULAR DE MAYOR EDAD DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, SIENDO ESTE EL ASEGURADO TITULAR. LA PRIMA MENSUAL ASÍ DETERMINADA NO CAMBIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO TITULAR DE MAYOR EDAD SE MANTENGA Y SEA EL MISMO.

EN NINGÚN CASO, EL PAGO Y RECEPCIÓN DE LA PRIMA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DESPUÉS DE HABER TERMINADO LA COBERTURA CORRESPONDIENTE A ESTA PÓLIZA, DARÁ DERECHO AL PAGO DEL BENEFICIO ASOCIADO A LA COBERTURA. EN TAL CASO LA PRIMA SERÁ DEVUELTA AL ASEGURADO TITULAR EN LA MONEDA CORRIENTE Y SIN INTERESES AL VALOR QUE TENGA LA MONEDA DE ESTA PÓLIZA AL DÍA DE LA DEVOLUCIÓN EFECTIVA, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 (TREINTA) DÍAS.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

CHUBB ES UNA SUBSIDIARIA DE CHUBB LIMITED, QUE ES UNA ENTIDAD QUE COTIZA EN LA BOLSA DE NUEVA YORK. POR CONSIGUIENTE, CHUBB ESTÁ SUJETA A CIERTAS LEYES Y REGULACIONES [ADEMÁS DE LAS RESTRICCIONES DE SANCIONES DE LA UNIÓN EUROPEA, LAS NACIONES UNIDAS Y NACIONALES] DE ESTADOS UNIDOS, QUE PUEDEN PROHIBIR LA PRESTACIÓN DE COBERTURA O EL PAGO DE SINIESTROS A DETERMINADAS PERSONAS O ENTIDADES O ASEGURAR CIERTOS TIPOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON DETERMINADOS PAÍSES COMO IRÁN, SIRIA, COREA DEL NORTE, SUDÁN DEL NORTE Y CUBA O QUE LA EXPONGA A CUALQUIER SANCIÓN ECONÓMICA Y COMERCIAL, LEY O REGULACIÓN APLICABLE.

EL ASEGURADOR NO PROPORCIONARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGUNA RECLAMACIÓN O PROPORCIONAR NINGÚN BENEFICIO SEÑALADO EN LA PÓLIZA, EN LA MEDIDA EN QUE LA DISPOSICIÓN DE DICHA COBERTURA, EL PAGO DE DICHA RECLAMACIÓN O LA DISPOSICIÓN DE DICHO BENEFICIO EXPONGA AL ASEGURADOR A CUALQUIER SANCIÓN ECONÓMICA Y COMERCIAL, LEY O REGULACIÓN APLICABLE.

DERECHO A RETRACTACIÓN DEL SEGURO

EL CONTRATANTE O ASEGURADOS PODRÁN, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI PENALIZACIÓN ALGUNA, RETRACTARSE DEL SEGURO CONTRATADO DENTRO DEL PLAZO DE 35 DÍAS, CONTADO DESDE QUE RECIBA LA PÓLIZA. DICHA RETRACTACIÓN DEBERÁ COMUNICARSE, A LA COMPAÑÍA O A LA CORREDORA, POR CUALQUIER MEDIO QUE PERMITA LA EXPRESIÓN FEHACIENTE DE DICHA VOLUNTAD.

VIGENCIA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA

LA PRESENTE PÓLIZA COLECTIVA TENDRÁ VIGENCIA DESDE 01 DE JUNIO DE 2025 HASTA EL 31 DE MAYO DE 2026 Y SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR PERIODOS IGUALES Y SUCESIVOS.

SE ENTENDERÁ RENOVADA AUTOMÁTICAMENTE, BAJO LAS MISMAS CONDICIONES, LA PÓLIZA POR UN NUEVO PERÍODO DE IGUAL DURACIÓN, SI NINGUNA DE LAS PARTES AVISASE A LA OTRA DE SU DECISIÓN DE NO RENOVAR CON UNA ANTICIPACIÓN DE A LO MENOS 60 DÍAS, A LA FECHA DE TÉRMINO DE CADA PERÍODO MEDIANTE CARTA CERTIFICADA ENVIADA A LA DIRECCIÓN O CORREO ELECTRÓNICO DE LA OTRA PARTE.

VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

- a) LA VIGENCIA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO COMENZARÁ A REGIR A PARTIR DE LA FECHA INDICADA EN LA PROPUESTA DE INCORPORACIÓN Y SERÁ ANUAL, DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR NUEVOS PERÍODOS MENSUALES LAS PRESTACIONES DENTALES POR URGENCIAS INICIARÁN SU VIGENCIA PASADAS 24 HORAS DESDE SU CONTRATACIÓN.
- b) LA PÓLIZA INDIVIDUAL PODRÁ TERMINAR ANTICIPADAMENTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:
 1. EL SEGURO TERMINARÁ A LA FECHA DE LA PRÓXIMA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL DEL AÑO EN QUE EL ASEGURADO TITULAR CUMPLA LOS 70 AÑOS DE EDAD ESTO CONSIDERA QUE LA PÓLIZA COLECTIVA SE HAYA MANTENIDO VIGENTE A ESTA DICHA ÉPOCA Y EL ASEGURADO TITULAR SE MANTENGA AL DÍA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS.
 2. POR NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA COLECTIVA CON PREVIO AVISO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADO. EL PLAZO DE AVISO ES DE 30 DÍAS ANTES DE LA RENOVACIÓN.

EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER TERMINADO ANTICIPADAMENTE Y DE FORMA UNILATERAL POR LA COMPAÑÍA O EL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

LA COMPAÑÍA PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADAMENTE AL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONCURRIR UNA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

TERMINARÁ LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL(LOS) ASEGURADO(S) EN CASO DE NO PAGO DE PRIMA, DE ALCANZAR LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES. ASIMISMO, SE PONDRÁ TÉRMINO A LA PÓLIZA O A LA COBERTURA INDIVIDUAL EN EL CASO QUE EL INTERÉS ASEGURABLE NO LLEGARE A EXISTIR O CESARE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, O BIEN CUANDO EL CONTRATANTE O ASEGURADO PUSIERA TÉRMINO AL CONTRATO O A SU COBERTURA COMUNICÁNDOLO ASÍ AL ASEGURADOR EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES.

EN CUALQUIERA DE ESTOS CASOS, LA TERMINACIÓN SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO DÉCIMOSEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES.

A SU TURNO, EL ASEGURADO PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO AL CONTRATO, SALVO LAS EXCEPCIONES LEGALES, COMUNICÁNDOLO AL ASEGURADOR EN LA FORMA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO DÉCIMOSEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES.

EN CASO DE TÉRMINO ANTICIPADO, LA PRIMA SE REDUCIRÁ EN FORMA PROPORCIONAL AL PLAZO CORRIDO, PERO EN CASO DE HABER OCURRIDO UN SINIESTRO, SE ENTENDERÁ DEVENGADA TOTALMENTE.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS DE SEGURO DENTAL CON PRESTADOR PREFERENTE:

SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO N° 12 DEL CONDICIONADO GENERAL (POL 3 2024 0020), EL PAGO DE LOS MONTOS QUE POR APLICACIÓN DE ESTA COBERTURA DEBAN EFECTUARSE, SE REALIZARÁN EN FORMA DIRECTA AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE CONFORME A LOS PORCENTAJES DEL PLAN CONTRATADO SEGÚN LA PRESTACIÓN SOLICITADA.

PARA TALES CASOS, EL ASEGURADO Y/O CARGAS DEBEN ASISTIR A PRESTADOR DENTRO DE LA RED, INDICAR SU RUT PARA VALIDAR LA CALIDAD DE ASEGURADO. EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR DE LA RED PREFERENTE BONIFIQUE DE FORMA AUTOMÁTICA, EL ASEGURADO NO DEBERÁ PRESENTAR FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES.

SOLO EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ REALIZAR EL DENUNCIO DEL SINIESTRO VÍA FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES. EN LOS CASOS QUE SEA EL ASEGURADO EL QUE TRAMITE SU REEMBOLSO, SE RESPETARÁ EL PORCENTAJE DE COBERTURA DEFINIDO PARA PRESTADORES PREFERENTES.

NOTA: ES IMPORTANTE DESTACAR QUE, EN CASO DE PRESENTARSE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA, ERRÓNEA O UNA MERA RETICENCIA POR PARTE DEL ASEGURADO, EXISTE EL RIESGO DE QUE SE INVALIDE LA COBERTURA DEL SINIESTRO. EN OTRAS PALABRAS, SI EL ASEGURADO PROPORCIONA INFORMACIÓN INCORRECTA, OMITIENDO DATOS CRUCIALES O DEFRAUDA A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, ESTO PUEDE RESULTAR EN LA ANULACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

DENUNCIA DE SINIESTRO

PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL INTERESADO DEBERÁ COMUNICARLO AL ASEGURADOR TAN PRONTO SEA POSIBLE. SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR DEBIDAMENTE JUSTIFICADA, CASO EN EL CUAL DEBERÁ NOTIFICARLO CUANDO TOMA CONOCIMIENTO DE ÉSTE.

EL INTERESADO O RECLAMANTE DEBERÁ DENUNCIAR EL SINIESTRO EN EL SIGUIENTE LINK [HTTPS://WWW.CHUBB.COM/CL-ES/SINIESTROS/REPORTA-UN-SINIESTRO.HTML](https://www.chubb.com/cl-es/siniestros/reporta-un-siniestro.html); DONDE SE LE INSTRUIRÁ PARA DAR CURSO AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN.

PARA TENER DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN EL INTERESADO O RECLAMANTE DEBERÁ ACREDITAR LA SITUACIÓN INVOCADA, CON LOS ANTECEDENTES JUSTIFICATIVOS DE LA MISMA. SE ENTENDERÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA CADA UNA DE LAS COBERTURAS LA SIGUIENTE:

MUERTE ACCIDENTAL: FECHA DEL ACCIDENTE QUE OCASIONÓ EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

NOTA: DENUNCIA DE SINIESTRO APLICA SOLO PARA MUERTE ACCIDENTAL.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL:

- A) CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL DEL ASEGURADO;
- B) FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO O CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL;
- C) INFORME MÉDICO;
- D) PARTE POLICIAL Y ALCOHOLEMIA (SI CORRESPONDIESE);
- E) OTROS ANTECEDENTES TALES COMO: INFORMES, DECLARACIONES Y CERTIFICADOS DESTINADOS A ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SUS CIRCUNSTANCIAS.

NOTA: LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE ESTIME NECESARIO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

EL PAGO DE INDEMNIZACIONES SERÁ EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL ASEGURADO (DENTAL) O BENEFICIARIO(S) (MUERTE ACCIDENTAL), CONTANDO PARA ELLO CON UN PLAZO MÁXIMO DE 6 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE RECEPCIÓN DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE QUE SEÑALE LA PROCEDENCIA DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

COMUNICACIONES

CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA EFECTUAR EL ASEGURADOR AL CONTRATANTE O EL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ EFECTUARSE ENVIANDO LA COMUNICACIÓN A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO O TRAVÉS DE MENSAJE DE TEXTO AL TELÉFONO CELULAR, QUE HAYA INDICADO EL ASEGURADO EN LA PROPUESTA O SOLICITUD DE INCORPORACION, SALVO QUE ÉSTE NO DISPUSIERE DE CORREO ELECTRÓNICO O DISPUSIERE OTRA FORMA DE NOTIFICACIÓN AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

EN CASO DE DESCONOCERSE SU CORREO ELECTRÓNICO O DE RECIBIR UNA CONSTANCIA DE QUE DICHO CORREO NO FUE ENVIADO O RECIBIDO EXITOSAMENTE, O SI NO CUENTA CON TELÉFONO CELULAR, LAS COMUNICACIONES DEBERÁN EFECTUARSE MEDIANTE EL ENVÍO DE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO DEL CONTRATANTE O EL ASEGURADO.

DOMICILIO

PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO LA CIUDAD DE SANTIAGO.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

PARA CUALQUIER CONSULTA Y/O RECLAMO, EL ASEGURADO PUEDE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE AL FONONO (800 800 068) DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. EL HORARIO DE ATENCIÓN ES DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS. NO HAY ATENCIÓN LOS FINES DE SEMANA NI DÍAS FERIADOS.

NOTAS:

- LA COMPAÑÍA TENDRÁ SIEMPRE EL DERECHO DE SOLICITAR, YA SEA AL ASEGURADO, CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE O DOCUMENTO QUE SE NECESITE, O QUE ESTIME NECESARIO, ADEMÁS Y SIN PERJUICIO DE LOS YA CITADOS, PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO Y EL AJUSTE CORRESPONDIENTE SI PROCEDIERE.
- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON SELLO SERNAC DEL ART. 55 DE LA LEY 19.496.
- SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.

ANEXO N.º 1: INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERÁN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGÍTIMOS INTERESADOS O SUS MANDATARIOS.

LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADAS EN TODAS LAS OFICINAS DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PÚBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRÓNICOS, O TELEFÓNICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN. EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA COMISION DE MERCADOS FINANCIEROS, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS N° 1449, PISO 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.CMFCHILE.CL.

CHUBB SEGUROS CHILE S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUYO PROPÓSITO ES PROPENDER AL DESARROLLO DEL MERCADO DE LOS SEGUROS, EN CONSONANCIA CON LOS PRINCIPIOS DE LIBRE COMPETENCIA Y BUENA FE QUE DEBE EXISTIR ENTRE LAS EMPRESAS, Y ENTRE ÉSTAS Y SUS CLIENTES.

COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. Y EN WWW.AACH.CL.

ASIMISMO, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE A LA INSTITUCIÓN DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO DEPENDIENTE DEL CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUANDO LOS CLIENTES LE PRESENTEN RECLAMOS EN RELACIÓN A LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON ELLA. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS ANTE EL DEFENSOR DEL ASEGURADO UTILIZANDO LOS FORMULARIOS DISPONIBLES EN LAS OFICINAS DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL.”

ANEXO N°2: PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS (CIRCULAR N° 2106 COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO)**1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN**

LA LIQUIDACIÓN TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTÁ CUBIERTO EN LA PÓLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DETERMINADA, Y CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR. EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTÁ SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMÍA PROCEDIMENTAL, DE OBJETIVIDAD Y CARÁCTER TÉCNICO Y DE TRANSPARENCIA Y ACCESO.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

LA LIQUIDACIÓN PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISIÓN DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO.

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE Oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un liquidador de seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la compañía. LA COMPAÑÍA DEBERÁ DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICIÓN.

4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADO, POR ESCRITO, EN FORMA

SUFICIENTE Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRÓNICO (INFORMADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO) O POR CARTA CERTIFICADA (AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA DENUNCIA DE SINIESTRO), DE LAS GESTIONES QUE LE CORRESPONDE REALIZAR, SOLICITANDO DE UNA SOLA VEZ, CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, TODOS LOS ANTECEDENTES QUE REQUIERE PARA LIQUIDAR EL SINIESTRO.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN

EN AQUELLOS SINIESTROS EN QUE SURGIEREN PROBLEMAS Y DIFERENCIAS DE CRITERIOS SOBRE SUS CAUSAS, EVALUACIÓN DEL RIESGO O EXTENSIÓN DE LA COBERTURA, PODRÁ EL LIQUIDADOR, ACTUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERÁ PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA PODRÁN HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE-INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESDE SU CONOCIMIENTO.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN

DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE **45 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE;

A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: **90 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: **180 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERÍODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA SUPERINTENDENCIA, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRÓRROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN ÍNTEGRA DE LOS ARTÍCULOS 26 Y 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S. DE HACIENDA N° 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012),

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN

RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACIÓN, LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, ESTE DERECHO SÓLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO. IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

ANEXO N°3: PRESTACIONES DENTALES POR ESPECIALIDAD

ARANCELES DE LAS ESPECIALIDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS. ESTOS VALORES SON SOLO REFERENCIALES Y PUEDEN SER REAJUSTADOS POR INFLACIÓN.

PARA CONOCER LOS VALORES REAJUSTADOS VISITAR EL LINK DE HEALTHATOM <https://contenido.software dentalink.com/arancel-plan-vital-care>

a) URGENCIAS		
Código	Prestación	Arancel de referencia
35001	Urgencia: Restauraciones Composite posterior	\$39.884
35002	Urgencia: Restauraciones Composite anterior	\$39.884
35003	Urgencia: Recementación de Prótesis fija e incrustaciones	\$32.940
35004	Urgencia: Reparación de prótesis con o sin impresión	\$57.216
35005	Urgencia Laboratorio: Reparación de prótesis con o sin impresión	\$40.071
35006	Urgencia: Coronas provisorias	\$47.390
35007	Urgencia Laboratorio: Coronas Provisorias	\$15.757
35008	Urgencia: Exodoncia piezas incluidas (incluye control post tratamiento y retiro de suturas)	\$109.154
35009	Urgencia: Exodoncias simples	\$25.390
35010	Urgencia: Exodoncias a colgajo (incluye control post tratamiento y retiro de suturas)	\$50.907
35011	Urgencia: Radiografía retroalveolar	\$4.133
35012	Urgencia: Radiografía panorámica de urgencia	\$15.417
35013	Urgencia: Trepanación de urgencia	\$27.123
35014	Urgencia: Tratamiento inicial (1 sesión)	\$11.962
35016	Urgencias a domicilio	\$21.698
35017	Urgencias en hospital	\$21.698
35018	Urgencia endodóntica (1 sesión)	\$16.144
35019	Urgencia periodontal (1 sesión)	\$16.144
35020	Urgencia Ortodóncica (1 sesión)	\$16.144
35021	Urgencia Odontopediatría (1 sesión)	\$16.144
35022	Urgencia: Trepanación en pieza temporal	\$27.123
35023	Urgencia: Trepanación en pieza permanente joven	\$27.123
35024	Urgencia de Cirugía (1 sesión)	\$16.144
35025	Urgencia por Implante (1 sesión)	\$16.144
35026	Urgencia trastorno temporomandibular	\$16.144
35027	Otras urgencias	\$39.872

b) ACCIONES GENERALES		
Código	Prestación	Arancel de referencia
1001	Examen inicial, plan de tratamiento y presupuesto	\$19.936
1002	Control y examen de rigor	\$19.936
1003	Interconsulta con informe escrito (1 sesión)	\$21.930
1007	Estudio preliminar clínico, radiográfico y de modelos	\$21.930
1008	Informes periciales	\$32.894
1009	Consultoría y estudios profesionales: 1 hora	\$32.894
2001	Higiene y profilaxis en adultos	\$21.930

2003	Instrucción y control higiene oral adultos	\$12.360
2005	Aplicación Flúor en colutorios (tratamiento)	\$12.360
2006	Aplicación Flúor Gel total niños y adultos	\$22.926
2007	Aplicación Flúor barniz silano total en adultos	\$63.795
2009	Aplicación de sellantes en pieza definitiva	\$19.936
2013	Preventivo #1: Diagnóstico inicial, Presupuesto, Radiografías, etc.	\$43.859
2014	Preventivo #2: Diagnóstico inicial, Presupuesto, Radiografías, Flúor, Destartraje, etc	\$87.718
2015	Estudio Clínico digital 3D (con o sin escaneo)	\$199.958

Estos procedimientos son preventivos motivo por el cual la compañía indemnizará los gastos generados de conformidad con lo estipulado en este contrato de seguro.

C)ODONTOPEDIATRÍA		
Código	Prestación	Arancel de referencia
13001	Educación en Colegios o institución (hora pedagógica)	\$32.894
13002	Higiene y profilaxis en niños	\$25.917
13003	Instrucción y control higiene oral en niños	\$16.447
13004	Aplicación Flúor barniz silano total en niños	\$59.808
13005	Aplicación de sellantes en pieza temporal	\$17.145
13007	Destartraje supragingival y limpieza coronaria	\$32.894
13008	Resina infiltrante lesión incipiente en piezas permanentes	\$27.412
13009	Consulta odontopediátrica	\$21.930
13010	Adaptación a la atención odontológica	\$34.437
13011	Control niño sano	\$19.936
13012	Consulta urgencia odontopediátrica	\$23.923
13013	Educación en salud oral	\$21.930
13015	Asesoramiento dietético para control de caries	\$10.965
13016	Inactivación de caries en cavidad bucal (cuatro cuadrantes)	\$21.930
13017	Obturaciones de mínima intervención (Técnica ART)	\$32.894
13018	Obturación de vidrio ionómero en piezas temporales y permanentes	\$29.505
13019	Restauración fotocurado pieza temporal: Simple Anterior o posterior	\$53.229
13020	Restauración fotocurado pieza temporal: Compuesta Anterior o posterior	\$66.586
13021	Restauración de fractura coronaria con resina compuesta pieza temporal	\$32.894
13022	Restauración de fractura coronaria con resina compuesta pieza permanente	\$43.859
13025	Pulpotomía en pieza temporal	\$40.179
13026	Recubrimiento pulpar directo o indirecto en pieza permanente joven o definitiva	\$27.412
13028	Inmovilización en traumatismo	\$54.824
13029	Exodoncia piezas temporales	\$29.904
14001	Interconsulta con odontopediatria	\$27.412
14002	Adaptación y preparación de pacientes con necesidades especiales (por sesión)	\$32.894
14003	Adaptación y preparación de pacientes de difícil manejo (por sesión)	\$17.145
14004	Atención con sedación (máximo 4 sesiones) por sesión	\$34.358
14005	Atención con óxido nitroso (por sesión)	\$119.616
14006	Atención con anestesia general	\$209.328

14007	Programa terapeutico para pacientes de alto riesgo cariogenico	\$76.754
14008	Programa de remineralización de caries incipientes por sesión (incluye radiografías diagnósticas - máximo 4 sesiones)	\$21.930
14009	Coronas de resinas con anclaje sector anterior en pieza temporal	\$32.894
14010	Corona metalica preformada en pieza temporal	\$54.824
14011	Protesis en niños (incluye laboratorio)	\$76.754
14013	Pulpectomia en pieza temporal anterior	\$27.412
14014	Pulpectomia en pieza temporal posterior	\$28.839
14015	Tratamiento conducto pieza temporal desvitalizada anterior	\$32.894
14016	Tratamiento conducto pieza temporal desvitalizada posterior	\$43.859
14022	Desgaste interferencias cuspideas	\$27.412
14023	Mantenedor de espacio fijo o removible (no incluye laboratorio)	\$43.859
14025	Tratamiento de mordida invertida con o sin aparatos (no incluye laboratorio)	\$80.211
14026	Estudio del paciente para ortodoncia interceptiva (modelo - radiografías - fotografías)	\$43.859
14027	Tratamiento de mordida abierta o cruzada lateral (no incluye laboratorio)	\$80.211
14028	Fenestración mucosas	\$91.640
14029	Fenestración óseas	\$76.754
14030	Resección de frenillos	\$76.754
14031	Exodoncia supernumerario incluido	\$91.042
14032	Aplicación tópica de barniz de clorhexidina	\$43.859

d) OPERATORIA DENTAL		
Código	Prestación	Arancel de referencia
5001	Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Operatoria	\$21.930
5002	Sellantes de resina o vidrio Ionomero	\$21.930
5003	Sensibilidad cervical sin cavidad con vidrio Ionómero y/o barnices	\$31.898
5004	Restauración composite Simple Posterior (Clase I - una cara)	\$49.840
5005	Restauración composite Compuesta Posterior (Clase II - dos caras)	\$55.821
5006	Restauración composite Compleja Posterior (Clase II - tres caras)	\$61.802
5007	Restauración composite Simple Anterior (Clase III o V)	\$49.840
5008	Restauración composite Compuesta Anterior (Clase IV)	\$55.821
5009	Restauración composite Compleja Anterior (Clase IV) compromiso 2 ángulo en borde incisal	\$61.802
5011	Amalgama Simple (Clase I - una cara)	\$32.894
5012	Amalgama Compuesta (Clase II - dos caras)	\$38.377
5013	Amalgama Compleja (Clase III)	\$49.342
5016	Incrustación Inlay metálico	\$52.499
5017	Incrustación Onlay u Overlay metálico	\$82.236
5018	Reobturación de piezas antes de un año	\$16.447
5019	Recementación de incrustación sin correcciones	\$21.930
5020	Recementación de incrustación con ajuste operatorio	\$68.779
5021	Recubrimiento pulpar indirecto con o sin obturación temporal	\$32.894
5022	Recementación de incrustación tipo Inlay	\$65.789

5023	Recementación de incrustación tipo Onlay u Overlay	\$76.754
5024	Incrustación Inlay (Cerómero, cerámica y/o porcelana)	\$91.042
5025	Incrustación Onlay u Overlay (Cerómero, cerámica y/o porcelana)	\$139.552
5027	Cierre de diastema (por sesión)	\$43.859
5028	Carillas directas	\$119.616
5029	Ferulización de un diente	\$32.894
5030	Ferulizaciones de más de un diente (por pieza)	\$27.412
5031	Reconstitución de parcial de coronas o carillas, provisoria o definitivas	\$38.377
5032	Remodelación de pieza dentaria con corona atípica	\$54.824
5033	Recuperación de guía canina por pieza	\$43.859
5044	Reconstrucción provisoria de corona perdida	\$57.350
5045	Cementación y colocación de perno técnica adhesiva	\$54.824
5046	Confección de muñon de resina	\$63.795
5047	Corona de ceromero muñon vital	\$104.166
5050	Tratamiento de Remineralización, hipocalcificadas medicamentosa (por sesión)	\$32.894
5052	Blanqueamiento dentario por cuadrante	\$398.720
5054	Laboratorio de operatoria	\$1.395.520
5065	Blanqueamiento dentario con Cubetas (por arcada - estético)	\$398.720
5066	Blanqueamiento dentario con Laser (ambas arcadas - estético)	\$398.720
5067	Obturación de vidrio ionómero en pieza permanente	\$43.859
5068	Aplicación sellantes fotocurado pieza definitiva (4 molares)	\$91.706
5901	Laboratorio: cubeta o estampado Superior o Inferior (por arcada)	\$79.744
5902	Laboratorio: Incrustación cualquier material o tipo por pieza (Inlay, Onlay u Overlay)	\$209.328
5903	Laboratorio: Plano o placa de alivio oclusal (cualquier tipo y por arcada)	\$199.360

e) PERIODONCIA		
Código	Prestación	Arancel de referencia
9005	Destartraje supragingival y limpieza coronaria (por sextante)	\$17.344
9006	Tratamiento de absceso periodontal	\$28.642
9010	Examen de patología disfuncional	\$21.930
9012	Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Periodoncia	\$21.930
9013	Interconsulta con informe periodontal escrito (1 sesión)	\$21.930
9014	Toma de muestra placa bacteriana y/o interpretación examen microbiológico	\$21.930
9015	Examen y estudio periodontal: radiografías, modelos, fotografías, examen de laboratorio, presupuesto, etc.	\$43.859
9016	Examen periodontal y confección de periodontograma	\$38.377
9017	Desgaste selectivo Dentario o de Plano (por sesión)	\$54.493
9018	Plano de relajación o de alivio oclusal (no incluye laboratorio)	\$83.067
9020	Sesión de motivación, enseñanza y adiestramiento en técnicas de higiene oral (por sesión)	\$38.377

9021	Sesión de control higiene oral (eliminación de pigmentos y manchas de esmalte)	\$11.631
9022	Destartraje supragingival y limpieza coronaria (por sesión)	\$41.268
9023	Eliminación mecánica de factores etiológicos secundarios (por sesión)	\$43.859
9024	Evaluación post-térapeutica (con periodontograma final e índices)	\$38.377
9025	Tratamiento químico del saco periodontal (por sextante)	\$43.859
9026	Pulido radicular: periodontitis Incipientes (por sesión o sextante)	\$59.808
9027	Pulido radicular: periodontitis Moderadas (por sesión o sextante)	\$65.789
9028	Pulido radicular: periodontitis Avanzadas y complejas (por sesión o sextante)	\$76.423
9029	Ferulización (no incluye material ni laboratorio)	\$57.284
9030	Tratamiento de infección periimplantaria (por sesión)	\$73.763
9031	Gingivoplastia en pacientes sin compromiso general (por sextante)	\$176.567
9032	Gingivoplastia en pacientes con compromiso general (por sextante)	\$115.130
9034	Diseción quirúrgica del injerto en zona donante	\$54.824
9035	Injerto gingival libre por zona a injertar	\$104.199
9036	Colgajo periodontal de acceso (por sitio quirúrgico)	\$76.754
9037	Colgajo reposicionado desplazado lateral, coronario o apical	\$91.905
9038	Colgajo para preservación de papila	\$98.683
9040	Cirugía ósea resectiva (por sextante)	\$87.718
9041	Curetaje o debridamiento subgingival (por grupo)	\$76.754
9042	Cobertura o placa acrílica palatina post tratamiento	\$54.824
9043	Control de especialidad (Periodoncia): post quirúrgico o no y con o sin retiro de sutura.	\$23.923
9044	Tratamiento de complicaciones post-quirúrgica (por sesión)	\$54.824
9045	Técnica de tunelización para cubrimiento radicular (por grupo)	\$115.762
9046	Injertos óseos	\$109.648
9047	Injertos aloplásticos	\$54.824
9048	Cirugía periimplantaria de tejidos blandos (por sitio)	\$98.683
9049	Regeneración tisular guiada (por sitio)	\$109.648
9050	Frenectomía	\$76.754
9051	Avance de colgajo, incisión perióstica	\$87.718
9052	Tunelización radicular en compromiso de furca	\$109.648
9054	Tratamiento de hipersensibilidad dentaria post-terapia (por sesión)	\$43.859
9055	Refuerzo de técnicas de higiene y motivación	\$40.071
9057	Terapia de mantención periodontal en enfermedad inactiva (por sesión)	\$57.284
9058	Terapia de mantención periodontal con pulido radicular y tratamiento de infección	\$79.744
9059	Terapia de mantención de implantes (por sesión)	\$61.802
9060	Otras cirugías mucogingivales	\$76.754
9061	Injerto de tejido conectivo (por zona)	\$97.421
9062	Laboratorio de periodoncia	\$1.395.520
9063	Destartraje subgingival por sextante	\$17.344
9064	Destartraje subgingival por sesión	\$69.776
9065	Limpieza coronaria (eliminación de pigmentos y manchas de esmalte)	\$41.866
9071	Cirugía de Ancho biológico	\$279.104
9072	Osteotomía (por sitio quirúrgico)	\$398.720

f) RADIOLOGÍA		
Código	Prestación	Arancel de referencia
3001	Radiografía retroalveolar (cualquier técnica)	\$6.180
3002	Radiografía retroalveolar total	\$45.853
3003	Radiografía bitewing bilateral adulto (aleta mordida)	\$24.721
3004	Radiografía bitewing unilateral adulto (aleta mordida)	\$14.254
3005	Radiografía bitewing bilateral niños (aleta mordida)	\$14.952
3006	Radiografía bitewing unilateral niños (aleta mordida)	\$7.127
3007	Radiografía oclusal	\$10.965
3008	Panorámica	\$23.923
3009	Telerradiografía	\$15.949
3010	Lateral de mandibula	\$15.899
3011	Senos maxilares	\$15.899
3012	Senos paranasales	\$32.894
3013	ATM transcraneal	\$25.319
3014	Tomografía computarizada o Conebeam de ATM (una o dos posiciones)	\$89.712
3015	Tomografía computarizada o Conebeam por zona	\$59.808
3016	Cavum rino faringeo	\$15.899
3017	Sialografía	\$127.192
3018	Atlas axis	\$15.899
3019	Radiografía de mano	\$15.285
3020	Análisis cefalometrico computarizado	\$15.949
3021	Set de fotos clinicas	\$35.885
3022	Digitalización	\$65.789
3023	Tomografía computarizada o Conebeam de ambos maxilares	\$89.712
3024	Resonancia magnética de ATM	\$518.336
3025	Resonancia magnética de glándulas	\$518.336
3026	Ecografía glandulas salivales	\$259.168
3027	Reimpresión de radiografía	\$10.965
3028	Tomografía computarizada o Conebeam de Maxilar o Mandíbula (una arcada)	\$69.776

g) CIRUGÍA MAXILOFACIAL		
Código	Prestación	Arancel de referencia
16001	Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Cirugía maxilofacial	\$21.930
16002	Interconsulta con informe escrito de cirugía maxilofacial	\$32.894
16003	Control de especialidad (Cirugía): post quirúrgico o no y con o sin retiro de sutura.	\$29.904
16005	Recargo por tratamiento fuera de lugar u horario habitual	\$43.859
16006	Exodoncia simple	\$35.885
16007	Exodoncia a colgajo	\$59.808
16008	Exodoncia de piezas incluidas o de implantes previamente instalados	\$95.693
16009	Exodoncia Compleja	\$398.720
16010	Tratamiento de pericoronaritis, alveolorrágica y/o alveolitis	\$35.885
16011	Alveoloplastia (no incluye exodoncias)	\$109.648

16012	Tratamiento de comunicación bucosinusal inmediata a exodoncia	\$87.718
16013	Cirugía complementaria a exodoncia complicada (remoción de agujas u otros c/e)	\$175.437
16014	Plastía de comunicación bucosinusal o retiro de cuerpo extraño en seno maxilar	\$219.296
16015	Reconstrucción de rebordes con injerto (auto, homo o heteroinjerto) o elementos haloplásticos	\$219.296
16018	Reconstrucción de mandibula post resección compleja	\$438.592
16019	Reconstrucción de mandibula post resección bilateral	\$877.184
16020	Toma de injerto de cartilago o de tejidos blandos (piel, mucosa)	\$219.296
16021	Toma de injerto óseo intraoral	\$219.296
16022	Toma de injerto óseo extraoral	\$328.944
16024	Implante haloplástico (malar, mentón, frontal)	\$328.944
16025	Infiltraciones no estéticas de fármacos (esclerosantes, esteroides, colágeno, etc.)	\$115.629
16026	Punciones aspirativas (hematoma, etc)	\$109.648
16029	Tratamiento médico del dolor (cada sesión)	\$32.894
16030	Infiltraciones tronculares intraorales	\$43.859
16031	Infiltraciones tronculares extraorales	\$65.789
16033	Tratamiento de la disfunción dolorosa de ATM (por sesión)	\$32.894
16035	Artrocentesis	\$199.360
16036	Artroscopia	\$219.296
16037	Condilectomia mandibular	\$383.768
16038	Condilectomia temporal	\$383.768
16039	Coronoidectomia	\$219.296
16040	Meniscopexia	\$383.768
16041	Tratamiento quirúrgico de la anquilosis ATM	\$438.592
16042	Reconstrucción de la ATM	\$438.592
16043	Reconstrucción de la ATM con reemplazo total	\$603.064
16044	Tratamiento quirúrgico de la fractura de cóndilo uni o bilateral	\$438.592
16045	Estudio de trismus (clínico - imagenología - interconsultas)	\$164.472
16046	Resección o plastía de frenillos, bridas o sinequias	\$55.821
16047	Vestibuloplastía simple	\$109.648
16048	Vestibuloplastía compleja (con injerto u otros sistemas de contención)	\$285.085
16049	Plastía de rebordes alveolares, paladar duro, turberosidad y otros	\$219.296
16050	Implante cigomático y otros extra alveolares	\$328.944
16051	Abordaje submentoniano para intubación submental	\$131.578
16052	Cirugía apical y pararradicular con / sin relleno a retro (incisivos o caninos)	\$87.718
16053	Cirugía apical y pararradicular con / sin relleno a retro (premolares o molares)	\$114.606
16054	Fenestración simple	\$76.754
16055	Fenestración compleja	\$87.718
16057	Osteotomía correctora del cigoma	\$219.296
16058	Osteotomía Segmentaria del maxilar	\$328.944
16059	Osteotomía le Fort I	\$932.008
16060	Osteotomía segmentaria de mandíbula	\$328.944
16061	Osteotomía mandibular en el cuerpo	\$548.240
16063	Osteotomía vertical de rama mandibular	\$767.536
16064	Osteotomía sagital de rama mandibular	\$767.536

16065	Osteotomía de rama: abordaje cutáneo	\$877.184
16066	Genioplastía	\$328.944
16067	Cirugía ortognática combinada (doble)	\$1.315.776
16068	Distracción osteogénica alveolar	\$274.120
16069	Distracción osteogénica mandibular	\$383.768
16070	Distracción osteogénica maxilar	\$328.944
16071	Distracción osteogénica del recién nacido	\$383.768
16072	Distracción osteogénica craneofacial	\$383.768
16073	Glosoplastía	\$219.296
16074	Cierre primario de fisura lateral (macrostomía)	\$274.120
16075	Cierre primario de fisura maxilopalatina (1er tiempo)	\$328.944
16076	Cierre primario de fisura maxilopalatina o cierre maxilar (2do tiempo)	\$219.296
16077	Cierre secundario o fisura maxilopalatina	\$328.944
16078	Cierre labio fisurado unilateral primario	\$328.944
16079	Cierre labio fisurado unilateral secundario	\$274.120
16080	Cierre labio fisurado bilateral primario	\$438.592
16081	Cierre labio fisurado bilateral secundario	\$328.944
16082	Gingivoperiostioplastía unilateral	\$220.731
16083	Cierre fistula buconasal	\$164.472
16084	Faringoplastía	\$328.944
16085	Uvuloplastía	\$219.296
16086	Plastía nasal parcial	\$328.944
16087	Vestibuloplastía	\$109.648
16088	Osteotomía Le Fort II	\$986.832
16089	Osteotomía Le Fort III	\$986.832
16090	Cirugía de las craneosinostosis	\$986.832
16091	Exodoncia pieza semi incluida	\$87.718
17001	Biopsia de mucosa (no incluye laboratorio)	\$43.859
17002	Biopsia de piel (no incluye laboratorio)	\$54.824
17003	Biopsia ósea	\$87.718
17004	Biopsia por punción (no incluye laboratorio)	\$43.859
17005	Biopsia ósea mas instalación de collera (descompresión)	\$219.296
17006	Enucleación de quiste o tumor simple	\$154.504
17007	Enucleación de quiste o tumor, con tratamiento del lecho operatorio	\$275.848
17008	Resección marginal quiste o tumor con reconstrucción (no incluye toma de injerto)	\$493.416
17009	Resección radical quiste o tumor con reconstrucción (no incluye toma de injerto)	\$657.888
17010	Maxilectomía con reconstrucción (no incluye toma de injerto)	\$877.184
17011	Hemimandibulectomía con reconstrucción (no incluye toma de injerto)	\$877.184
17012	Mandibulectomía con reconstrucción (no incluye toma de injerto)	\$1.315.776
17013	Exeresis de mucocele	\$110.314
17014	Exeresis de calculos salivales (intraoral)	\$197.366
17015	Exéresis de glándulas sublingual	\$328.944
17016	Exéresis de glándulas submandibular	\$657.888
17017	Tratamiento quirúrgico de fistula salival	\$197.366
18001	Toma de muestra para cultivo	\$22.914

18002	Tratamiento de absceso submucoso (vestibulo, paladar)	\$55.821
18003	Tratamiento de absceso submucoso (piso de boca, periamigdaliano)	\$114.791
18004	Tratamiento de absceso cutáneo	\$68.767
18005	Tratamiento de estomatitis infecciosas (guna, etc)	\$55.821
18006	Secuestrectomia y/o aseo quirúrgico de pericoronaritis, osteomielitis u osteorradionecrosis	\$131.578
18007	Tratamiento de infección periimplantaria (por sesión)	\$74.495
18009	Tratamiento medico de celulitis (flegmon) cervicofacial	\$160.445
18010	Tratamiento médico-quirurgico de celulitis (flegmon) cervicofacial unilateral	\$219.296
18011	Tratamiento médico-quirurgico de celulitis (flegmon) cervicofacial bilateral	\$328.944
18012	Tratamiento quirúrgico de paraflegmones	\$548.240
18013	Tratamiento de heridas de la mucosa bucal (simples)	\$43.859
18014	Tratamiento de heridas de la mucosa bucal (complejas o bajo anestesia general)	\$87.718
18015	Tratamiento de heridas faciales simples (hasta 5 cms. o que solo comprometen piel)	\$65.789
18016	Tratamiento de heridas faciales complejas (más de 5 cm. o que comprometen músculos, nervios o conductos)	\$175.437
18017	Reducción e inmovilización de luxación dentaria simple (hasta 2 piezas)	\$54.824
18018	Reducción e inmovilización de luxación dentaria compleja (por segmento)	\$109.648
18019	Tratamiento de fractura dentaria (manejo de urgencia)	\$43.859
18020	Reimplante dentario único	\$65.789
18021	Reimplante dentario múltiple	\$109.648
18022	Tratamiento de fractura mandibular cerrada	\$219.296
18023	Reducción cerrada de fractura (mandibula, maxilar o cigoma)	\$219.296
18024	Reducción y OTS única de fractura (mandibula, maxilar o cigoma)	\$328.944
18025	Reducción y OTS múltiples de fractura (2 o mas) (mandíbula, maxilar o cigoma)	\$438.592
18026	Reducción y reparación de fractura orbitaria (blow out) (con implantes o injertos)	\$438.592
18027	Reducción y OTS de fracturas extendidas tipo Le Fort (con abordajes múltiples)	\$548.240
18028	Reducción y OTS de fracturas panfaciales con abordaje coronal y/u otros en conjunto con equipos quirurgicos. Tiempo facial	\$767.536
18029	Reconstrucción de partes duras y blandas de la cara mediante abordajes múltiples, hemicoronal o bicoronal	\$877.184
18030	Remoción de arcos o elementos de contención	\$76.754
18031	Remoción de elementos de síntesis	\$109.648
18032	Reducción cerrada de fractura nasal	\$87.718
18033	Taponamiento nasal anterior	\$32.894
18034	Taponamiento nasal posterior	\$87.718
18035	Pabellón 25%	\$1.096.480
18036	Anestesista 30%	\$1.096.480
18037	Ayudante 1° 25%	\$1.096.480
18038	Ayudante 2° 20%	\$717.696
18039	Arsenalera 7%	\$39.886
18040	Laboratorio de Cirugía	\$1.993.600
18041	Medicamentos e insumos Cubiertos	\$1.096.480
18042	Medicamentos o Insumos básicos no cubiertos	\$1.096.480
18043	Urgencia de Cirugía (1 sesión)	\$39.872
18901	Laboratorio: Plasma rico en Fibrina o en Plaquetas (PRF o PRP)	\$239.232

18902	Laboratorio Cirugía: Membrana Regenerativa	\$627.984
-------	--	-----------

h) ENDODONCIA		
Código	Prestación	Arancel de referencia
8001	Diagnóstico con vitalometría	\$16.447
8002	Trepanación de urgencia	\$28.642
8003	Vaciamiento de abscesos	\$34.384
8006	Desobturación parcial de conductos para anclaje	\$17.942
8007	Endodoncia en incisivos y caninos vitales	\$91.706
8008	Endodoncia en incisivos y caninos no vitales sin lesión	\$99.680
8009	Endodoncia en incisivos y caninos no vitales con lesión	\$109.648
8010	Endodoncia premolares vitales	\$103.667
8011	Endodoncia premolares no vitales sin lesión	\$109.648
8012	Endodoncia premolares no vitales con lesión	\$115.629
8013	Endodoncia premolares trirradiculares (sin lesión)	\$149.520
8014	Endodoncia premolares trirradiculares (con lesión)	\$173.443
8015	Endodoncia en molar superior vital	\$149.520
8016	Endodoncia en molar inferior vital	\$139.552
8017	Endodoncia en molar superior no vital sin lesión	\$175.437
8018	Endodoncia en molar superior no vital con lesión	\$195.373
8019	Endodoncia en molar inferior no vital sin lesión	\$171.450
8020	Endodoncia en molar inferior no vital con lesión	\$179.424
8021	Retratamiento incisivos y caninos sin lesión	\$180.919
8022	Retratamiento incisivos y caninos con lesión	\$186.402
8023	Retratamiento premolares sin lesión	\$191.884
8024	Retratamiento premolares con lesión	\$202.849
8025	Retratamiento premolares trirradiculares sin lesión	\$230.261
8026	Retratamiento premolares trirradiculares con lesión	\$241.226
8027	Retratamiento molar superior o inferior sin lesión apical	\$241.226
8028	Retratamiento molar superior e inferior con lesión apical	\$263.155
8029	Control de especialidad (Endodoncia)	\$23.923
8030	Diagnóstico pulpar	\$21.930
8032	Recubrimiento pulpar directo o indirecto	\$33.891
8033	Pulpotomía en pieza permanente joven (parcial o total)	\$54.824
8034	Inducción al cierre apical mediata (por sesión)	\$32.894
8035	Inducción al cierre apical inmediata (por sesión - incluye MTA)	\$54.824
8036	Tratamiento de revascularización (valor por cada sesión)	\$54.824
8037	Sesión de medicación intraconducto	\$36.882
8038	Trepanación de incrustaciones y férulas	\$22.926
8039	Desobturación para repetir tratamiento	\$23.923
8040	Conducto Calcificado (por sesión)	\$34.358
8041	Sellado de perforaciones y falsas vías	\$45.853

8042	Instrumentación mecanizada	\$36.882
8043	Retiro de instrumento fracturado del conducto	\$22.926
8044	Retiro de espiga colada o preformada del conducto	\$49.342
8045	Obturación con técnicas termoplásticas	\$43.859
8046	Aislación unitaria compleja	\$11.497
8047	Reconstrucción para aislamiento	\$32.894
8048	Doble sellado post Endodoncia	\$27.412
8049	Gingivectomía unitaria para aislamiento	\$22.926
8050	Apicectomía	\$91.706
8051	Apicectomía y obturación a retro (incluye MTA)	\$171.450
8052	Radectomía y/o hemisección	\$87.718
8053	Blanqueamiento de pieza desvitalizada: tratamiento químico intra cameral (por sesión)	\$45.853
8054	Ferulización por grupo (por traumatismo dentoalveolar)	\$109.648
8055	Radiografía retroalveolar de conductometría	\$5.981
8056	Radiografía retroalveolar control obturación	\$5.981
8057	Radiografía retroalveolar control de desobturación parcial o total	\$5.981
8058	Microscopía	\$54.824

i) PROTESIS REMOVIBLE		
Código	Prestación	Arancel de referencia
7001	Protesis total superior de acrílico	\$212.027
7002	Protesis total inferior de acrílico	\$212.027
7003	Juego de protesis totales superior e inferior acrílico	\$418.656
7004	Prótesis Parcial de base Acrílica superior o inferior	\$171.902
7005	Prótesis Parcial de base Metálica superior o inferior	\$206.298
7006	Prótesis Unilateral de base Acrílica superior o inferior	\$165.549
7007	Prótesis Unilateral de base Metálica superior o inferior	\$183.371
7008	Protesis inmediata	\$199.360
7009	Rebasado total	\$57.310
7010	Reparación de prótesis con toma de impresión	\$34.384
7011	Reparación de prótesis sin toma de impresión	\$22.914
7012	Artificios de anclaje para protesis de complementación	\$40.099
7013	Laboratorio de protesis removible	\$1.395.520
7027	Laboratorio: Rebasado con acondicionador de tejido	\$40.000
7030	Prótesis total superior o inferior en maxilares con reabsorción extrema	\$264.870
7031	Control de especialidad (prótesis removible)	\$23.923
7032	Prótesis Cucharita	\$76.754
7901	Laboratorio: Prótesis Parcial Metálica (por arcada)	\$259.168
7902	Laboratorio: Prótesis Parcial Acrílica (por arcada)	\$199.360
7903	Laboratorio: Prótesis cucharita	\$99.680
7904	Laboratorio: Prótesis total (por arcada)	\$199.360
7905	Laboratorio: Reparación prótesis con o sin toma de impresión (por arcada)	\$99.680
7906	Laboratorio: Prótesis Valplast	\$199.360

7907	Laboratorio: Rebasado Total (por prótesis)	\$139.552
7908	Laboratorio: Cubeta Individual	\$39.872
7909	Laboratorio: Placa de Altura	\$39.872
7910	Laboratorio: Prótesis inmediata	\$239.232