

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía de seguros, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, reembolsará los Gastos Dentales Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado con posterioridad al período de Carencia, siempre que se hayan originado por prestaciones y/o atenciones dentales derivadas de una enfermedad diagnosticada o accidente ocurrido durante su vigencia en este contrato de seguro, realizadas por un cirujano-dentista dentro del territorio de la República de Chile, conforme al Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los reembolsos de los Gastos Dentales Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, serán efectuados por la compañía de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el asegurado; límites y topes diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada gasto derivado de las prestaciones y/o atenciones dentales incluidas en esta cobertura, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Dentales Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros seguros contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos Sistemas, seguros, instituciones o entidades. La compañía reembolsará los gastos dentales antes señalados, siempre que se cumpla copulativamente con lo siguiente:

- 1) Que se haya incurrido en esos gastos durante la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro colectivo con posterioridad al período de Carencia, siempre que se hayan originado por prestaciones y/o

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

atenciones dentales realizadas durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro colectivo y que deriven de una enfermedad diagnosticada o accidente ocurrido también durante la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro colectivo;

- 2) Que estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 6 de estas Condiciones Generales;
- 3) Que estos gastos superen el Deducible señalado y determinado conforme al Artículo 18 de estas Condiciones Generales;
- 4) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al Asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro colectivo, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables definido en el Artículo 30, letra j) de estas Condiciones Generales.

Cada Asegurado tendrá un Monto Máximo de Gastos Reembolsables aplicable durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

La cobertura de reembolso de Gastos Dentales Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, se otorgará sólo respecto de aquellas prestaciones y/o atenciones dentales que hayan sido efectivamente realizadas al Asegurado, por lo tanto no se reembolsan aquellos gastos que habiendo sido incurridos por el Asegurado correspondan a prestaciones y/o atenciones dentales que no estén efectivamente realizadas al Asegurado a la fecha del denuncia del siniestro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía.

Los gastos dentales incurridos por el Asegurado y susceptibles de ser reembolsados, en virtud de este contrato de seguro colectivo, son los que derivan de las siguientes prestaciones y/o atenciones dentales:

- a) **CONSULTA DENTAL:** El gasto incurrido por concepto de la respectiva consulta a un cirujano-dentista, con el objeto de efectuar una evaluación y un diagnóstico inicial. Esta atención sólo considera el examen realizado por el cirujano-dentista.
- b) **RADIOLOGÍA:** Considera todas las técnicas radiográficas indicadas por un cirujano dentista para el tratamiento odontológico e incluye las técnicas de Radiología Intraoral y Extraoral tales como radiografías bitewing, retroalveolares, oclusales, panorámicas, teleradiografías, Tomografías y Scanner maxilofaciales.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- c) **CIRUGIA DENTOMAXILAR:** Todo procedimiento invasivo que se realiza con el fin de devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca, entre estos: extracciones simples de piezas temporales o permanentes, incluida la extracción de piezas semi-incluidas o incluidas, apertura de abscesos, resección de frenillos, osteotemías maxilares, controles post operatorios.
- d) **OPERATORIA (OBTURACIONES):** El tratamiento de las caries o lesiones dentales para devolver a la pieza dental su forma y sus funciones, utilizando diversos materiales, tales como amalgamas y composite de piezas temporales o permanentes anteriores y posteriores, como cemento temporal en estas mismas.
- e) **IMPLANTOLOGIA:** Incluye corona sobre implante, implante óseo integrado, reconstrucción de rebordes con injertos y los honorarios del cirujano-dentista por la realización del implante.
- f) **PROTESIS FIJAS:** Considera el tratamiento para reparar una pieza dentaria o reponer piezas dentarias faltantes, usando las piezas remanentes naturales. Están incluidas las coronas y puentes.
- g) **PROTESIS REMOVIBLES:** Tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida mediante prótesis movibles. Están incluidas las prótesis parciales o totales.
- h) **ENDODONCIA:** Tratamiento del conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo.
- i) **PERIODONCIA:** Incluye los tratamientos de limpieza coronaria rutinaria y todos los tratamientos que traten la enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente, tales como encías, periodonto y hueso alveolar.
- j) **ODONTOPEDIATRIA:** Tratamiento odontológico curativo de caries, gingivitis y sus complicaciones mediante todo tipo de obturaciones y tratamientos de higiene bucal, en menores desde los 3 a 18 años de edad. No está incluida en esta categoría la ortodoncia.
- k) **URGENCIA DENTAL:** Se entiende por Urgencia Dental a la primera atención dental que recibe un Asegurado que ha sufrido un accidente o presenta un cuadro agudo de alguna enfermedad de origen odontológico y consiste en solucionar la situación de urgencia presentada por el Asegurado. La atención dental en el servicio de urgencia de una clínica o centro odontológico puede terminar con la limpieza, cubrimiento o sutura de la herida, con la extracción o trepanación de un diente, con la inmovilización de una fractura de hueso o diente, con la medicación que alivia la fase aguda de la enfermedad o con el traslado del Asegurado a otra institución o centro odontológico especializado que pueda brindar una atención definitiva y más adecuada al Asegurado de acuerdo a los requerimientos clínicos del momento.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

Se entenderán como Urgencia Dental, las siguientes:

- i. Urgencias odontológicas:** Tratamiento del dolor y de la infección; extracciones, trepanaciones, tratamiento de Infecciones bucales, hemorragias, fracturas dentarias, suturas de tejidos blandos, reparación de prótesis fracturadas, reposición de obturaciones con materiales temporales, o cementación de prótesis fija.
 - ii. Urgencias máxilo - faciales:** Atención de las fracturas de los huesos faciales y suturas de herida de la cara.
 - iii. La atención de Urgencia Dental incluye los honorarios del cirujano-dentista;** los medicamentos e insumos utilizados por el cirujano-dentista durante la atención de urgencia; y una atención dental de control posterior a la atención de la urgencia dental.
- l) ORTODONCIA:** Esta cobertura incluye el tratamiento con aparatología fija o removible en cualquiera de sus técnicas, aparatos de contención, mentoneras, fuerzas extraorales y ortodoncia interceptiva, con el objeto de corregir la posición de los dientes y de los maxilares y corregir la función articular.
- m) PRESTACIÓN DE PREVENCIÓN E HIGIENE POR PERIODO DE VIGENCIA EN LA PÓLIZA:** En menores hasta los 18 años de edad incluye las indicaciones de técnicas de cepillado, el control de higiene, aplicación de sellantes y administración de fluor. Desde los 18 años de edad incluye un control preventivo y las indicaciones sobre prevención de caries y enfermedad periodontal, mediante enseñanza de técnicas de cepillado e higiene bucal. Los sellantes se cubrirán por pieza dentaria, una vez por cada período de vigencia de la cobertura individual del Asegurado en este contrato. La prestación de prevención e higiene considera un control dental preventivo dentro de cada período de vigencia de la cobertura individual del Asegurado en este contrato.
- n) LABORATORIO DENTAL:** Incluye todos los procedimientos y materiales de apoyo para la ejecución de todo tipo de restauraciones, prótesis e implantes dentales ejecutadas por un laboratorista dental bajo la indicación y supervisión de un Cirujano-Dentista.
- o) MEDICAMENTOS:** Antibióticos, analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para un tratamiento dental.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

ARTÍCULO 3: CARENIA.

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, contado desde:(a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos Asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos Asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 13 de estas Condiciones Generales, según corresponda.

La compañía no reembolsará los gastos incurridos por prestaciones y/o atenciones dentales realizadas durante el período de Carencia.

Además de un período de carencia por gasto, se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o por enfermedad que origine el gasto dental.

ARTÍCULO 4: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el asegurado; límites y topes diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada gasto derivado de las prestaciones y/o atenciones dentales incluidas en esta cobertura, lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, el presente contrato de seguro contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indique para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
- b) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en conformidad al arancel, plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- c) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados hayan dado lugar a una bonificación, aporte y/o reembolso que porcentualmente resulte menor al porcentaje mínimo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
- d) En el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se podrán establecer porcentajes, límites y topes diferenciando por atenciones o prestaciones; por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; por integrantes del grupo familiar del asegurado; por el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el asegurado; que se establezcan para cada gasto derivado de las prestaciones y/o atenciones dentales incluidas en esta cobertura, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Gastos Reembolsables indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 5: ASEGURADOS

Se consideran Asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, podrán ser Asegurados, en calidad de Asegurados Dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los Asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6: EXCLUSIONES

Esta póliza no reembolsará los gastos dentales efectivamente incurridos por el Asegurado, cuando ellos provengan o se originen por:

- a) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al Asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

- b)** Lesión producida por la participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
- c)** Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- d)** Cualquier tratamiento dental a causa de lesiones o enfermedades producidas por actos de guerra, declarada o no, o a consecuencia de un motín, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, huelga o conmoción civil.
- e)** Procedimientos dentales realizados por personas o dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- f)** Compra de medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
- g)** Cualquier prestación y/o atención dental con fines de embellecimiento, fines estéticos o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades diagnosticadas o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado en el contrato de seguro colectivo.
- h)** Cualquier prestación y/o atención dental 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. Sin perjuicio a lo anterior, se reembolsarán los gastos por prótesis fijas y removibles, definidas en la letra f) y g) del Artículo 2 precedente, enviadas por el cirujano-dentista a confeccionar antes del término de la cobertura del Asegurado y que fueren entregados dentro de los 30 días corridos siguientes del término de su cobertura.
- i)** El reemplazo o pérdida de cualquier prótesis, a menos que ésta haya sido elaborada o instalada a lo menos 5 años antes del reemplazo y en opinión del cirujano-dentista, no pueda restaurarse.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- j) Los empastes de oro o materiales empleados con fines cosméticos o de embellecimiento. Las obturaciones que utilizan materiales preciosos como aleaciones de oro o porcelanas, carillas, incrustaciones de resina o porcelana.
- k) El 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.
- l) Procedimientos de prevención e higiene, salvo el señalado en la letra m) del Artículo 2.
- m) Lesiones o enfermedades producidas como consecuencia de epidemias oficialmente declaradas o fenómenos de la naturaleza declarados como catástrofe nacional, como también accidentes por experimentos de energía atómica o nuclear.
- n) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- o) Por enfermedades o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o Asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

ARTÍCULO 7: RIESGOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo 6 de estas Condiciones Generales, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía, dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación. En estos casos se acordará la prima adicional que corresponda.

ARTÍCULO 8: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- 3) Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- 4) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 9: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO.

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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 de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

ARTÍCULO 10: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El monto de la Prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

- a) Pago de Primas:** El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la compañía aseguradora.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la compañía aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

- b) No pago de la prima:** La falta de pago de la prima, en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 25 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Contratante, y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la compañía aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- c) **Impuestos:** Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 11: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de este contrato de seguro serán los asegurados titulares por aquellos gastos dentales incurridos por ellos mismos, como también por los gastos dentales incurridos por sus asegurados dependientes.

En el caso que corresponda efectuar un reembolso al asegurado titular y éste haya fallecido, el pago de dicho reembolso será efectuado a los herederos legales de conformidad con la ley.

ARTÍCULO 12: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovado por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 13: INCORPORACION Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de ser aceptada la solicitud, la compañía aseguradora cubrirá el riesgo desde la fecha de inicio de vigencia indicada en este artículo o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS.

En caso que el Asegurado incurra en un gasto dental susceptible de ser reembolsado en virtud de este contrato de seguro, el Asegurado deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

conocimiento de la ocurrencia del gasto dental, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el gasto dental pueda ser notificado a la compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto dental incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita.

ARTÍCULO 15: REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el monto de los gastos dentales susceptibles de ser reembolsados, los siguientes:

- a) Formulario proporcionado por la compañía de seguros, con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el cirujano-dentista tratante, cuando corresponda.
- b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos dentales susceptibles de ser reembolsados.
- c) Originales de boletas y facturas cuando corresponda, comprobantes de reembolso, bonos, órdenes de atención, programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto dental incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar por cualquier entidad o institución de las mencionadas en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de Antibióticos, analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para un tratamiento dental, el Asegurado deberá presentar una receta médica válidamente emitida de acuerdo con la legislación aplicable, a nombre del Asegurado. El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar el gasto y determinar el monto de Gastos Reembolsables. En el mismo sentido, la Compañía

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. El Asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los Gastos Reembolsables.

En el evento que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 16: CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.

El Asegurado, conforme a la letra b) del artículo 15, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados.

Para los efectos de este contrato de seguro, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los gastos dentales, razonables y acostumbrados a causa de una enfermedad o accidente y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

ARTÍCULO 17: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

Presentados los documentos que acrediten los gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará el reembolso de los Gastos Dentales Razonables y Acostumbrados de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

El pago de este reembolso de gastos se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía y ponga a disposición del Asegurado o sus herederos legales.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables por Asegurado se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía. Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en el artículo 4 de estas Condiciones Generales.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje, límite y tope señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura por los gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado. El pago de los eventuales reembolsos se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N°1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

ARTÍCULO 18: APLICACION DEL DEDUCIBLE

El Deducible será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura.

La aplicación del Deducible, se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por este contrato de seguro, 2°) Aplicación de los porcentajes, límites y topes de reembolso que se indican en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, sobre el monto determinado conforme al número anterior y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCION

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva.

Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 20: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la fecha de vigencia inicial de la cobertura individual del Asegurado en el contrato de seguro colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 21: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del Contratante, en los siguientes casos:

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 24 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 25 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 22: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un Asegurado Titular, en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por su fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura;
- e) Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal. Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un Asegurado Dependiente, en los siguientes casos:
 - a) Por todas las causas de término anticipado del contrato de seguro respecto del Asegurado Titular;
 - b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
 - c) Por su fallecimiento;
 - d) A las 24 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura;
 - e) Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente;
 - f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
 - g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 23: IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia del contrato de seguro y que afecten al presente contrato, serán de cargo del Asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 24: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Todos los montos de este contrato de seguro, se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas y reembolsos, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía de seguros dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 25: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía de Seguros al Contratante o al Asegurado con motivo de este contrato de seguro, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el Asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza y en el Certificado de Cobertura o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo. La Compañía de Seguros deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán indicados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 26: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 27: SOLUCION DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el Asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

ARTÍCULO 28: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 29: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del contrato de seguro, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 30: DEFINICIONES:

- a) **CONTRATANTE:** La persona natural o jurídica individualizada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

- b) **ASEGURADOS:** Se consideran asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que habiéndose solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - i. **ASEGURADO TITULAR:** La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante.

 - ii. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas al Asegurado Titular o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

Los Asegurados Dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

 - iii. **ASEGURADOS:** Cuando en esta póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

- c) **GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** El monto que habitualmente se cobra por prestaciones y/o atenciones dentales de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad; considerando además, que sean las prestaciones que ordinariamente se suministran para el tratamiento dental; la característica y nivel de los tratamientos y atenciones otorgados; y la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para estos efectos, se tendrá en especial consideración el tipo de prestación y/o atención suministrada y el valor máximo de referencia de ésta, de acuerdo al arancel odontológico, del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile A.G. denominado "Arancel de Referencia".

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

- d) **ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO:** Toda enfermedad que afecta al diente, periodonto, encía y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelética.
- e) **ACCIDENTE:** Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como Accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se consideran como Accidentes los suicidios, ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- f) **CIRUJANO-DENTISTA:** Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que está calificado para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto.
- g) **REEMPLAZO DE UNA PROTESIS:** Sustitución de una corona o funda, puente fijo, prótesis totales o parciales removibles, que haya sido usada, no usada o perdida al momento de ser substituida y su elaboración o instalación se haya efectuado a lo menos 5 años antes al reemplazo, y en la opinión del odontólogo no se puedan restaurar.
- h) **GASTO DENTAL EFECTIVAMENTE INCURRIDO POR EL ASEGURADO:** El costo de la prestación y/o atención dental, 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 otorgue beneficios similares al presente contrato de seguro. El gasto se entiende efectivamente incurrido en la misma fecha de la prestación y/o atención dental dado que en esa fecha se genera la obligación de pago.
- i) **DEDUCIBLE:** Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, que será siempre de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 17

Poliza de Seguro Colectivo de Gastos Dentales



EuroAmerica

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131553

y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 18, ambos de estas Condiciones Generales. El Deducible se aplicará por cada Asegurado y/o por prestación.

- j) MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES:** Corresponde a la cantidad máxima de gastos, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular por los Gastos Reembolsables correspondientes a una o más prestaciones y atenciones dentales y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.
- k) CARENCIA:** Corresponde al período durante el cual el Asegurado paga prima, pero no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Durante el período de carencia, el Asegurado no tiene derecho a percibir reembolsos por los gastos derivados de prestaciones y/o atenciones dentales que cubre esta póliza. La aplicación de la Carencia se detalla en el Artículo 3 de estas Condiciones Generales.
- l) ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.