

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 1 de 17

Contratante

Nombre	TRANSELEC S.A.	R.U.T.	76.555.400-4
Dirección	ORINOCO 90 PISO 14		
Comuna	LAS CONDES	Ciudad	SANTIAGO
Teléfono	0	Fecha Inicio Cobertura	01-03-2021
		Fecha Término Cobertura	28-02-2022

Coberturas

N°	Cobertura	Código Condicionado	Gasto Máximo Anual por Beneficiario [UF]	Edad Máxima de Ingreso (Años)	Edad Máxima de Cobertura (Años)
1	COMPLEMENTARIO SALUD DENTAL	POL320131553	20,00	64	70

Tarifas del Seguro

Prima Mensual [UF] Titulares con n Cargas

N°	Grupo	+0	+1	+2	+3	+4	>5
	1	0,3329	0,5401	0,6878	0,6878	0,6878	0,6878

La Prima Mensual [UF] No incluye Impuesto al Valor Agregado (IVA)

Deducible Anual

+0	+1	+2	+3	+4	>5	Deducible
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	SIN DEDUCIBLE

Periodicidad de Pago de la Prima

Periodicidad Cobranza	MENSUAL
-----------------------	---------

Comisión

Intermediario	AON RISK SERVICES CHILE S.A.	R.U.T.	93.783.000-9	Comisión del Corredor	10.00% de la prima neta
La solicitud de seguro y la cotización forman parte integrante de la póliza, la que se emite en función de los antecedentes en ellos consignados, y de cuya veracidad es responsable el contratante del seguro.		EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO			

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 2 de 17

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa solo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos NO SE PAGARA ESTE SEGURO.
 - Los requisitos para cobrar el seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

Este seguro:

NO contempla renovación garantizada.

SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.

SI considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

NO cubre preexistencias.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas, con el código POL 3 2013 1553 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

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 presentes Condiciones Particulares, son los empleados con contrato vigente que pertenezcan a la entidad identificada como contratante, los cuales hayan sido debidamente informados a la Compañía y previa aceptación de su incorporación por parte de esta.

Asegurado titular, la edad máxima del ingreso al seguro será de 64 años y permanencia 65 años.

También podrán ser asegurados, en calidad de como asegurados dependientes, los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos:

*Cónyuge del asegurado titular, la edad máxima del ingreso al seguro será de 64 años y permanencia 65 años.

*Los Hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan un de los siguientes requisitos:

-Ser menor de dieciocho (18) años de edad .

-Ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 3 de 17

sus padres.

-Los Hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza.

Se estipula un plazo máximo de 60 días corridos desde la fecha de nacimiento, para presentar la documentación referente a la incorporación del recién nacido, en caso que tenga derecho a cobertura desde el primer día de su nacimiento. En caso contrario, la incorporación se ajustará a los plazos normales y definidos para la incorporación de nuevos asegurados

Cobertura

Seguro Colectivo de Gastos Dentales (POL 3 2013 15 53)

La Compañía de Seguros, bajo las condiciones y términos del presente contrato de seguro, 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 Plan de Beneficios Dental adjunto al presente contrato de seguro.

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 médicos, 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 Plan de Beneficios Dental adjunto en estas Condiciones Particulares.

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 antes señalados, siempre que se cumpla copulativamente 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 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 "Exclusiones" de las Condiciones Generales por las cuales se rige el presente contrato de seguro;
3. Que estos gastos superen el deducible según lo señalado en este contrato de seguro;
4. Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al Asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro, no

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 4 de 17

superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en el presente contrato de seguro, según lo descrito en el artículo "Definiciones" de las Condiciones Generales por las cuales se rige el presente contrato de seguro.

Cada Asegurado tendrá un Monto Máximo de Gastos Reembolsables aplicable durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro y que se indica en estas Condiciones Particulares. 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.

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 incluídas, apertura de abscesos, resección de frenillos, osteotomías 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

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 5 de 17

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. 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 flúor. 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.

Costo Directo

En caso que los gastos médicos no estén cubiertos por la Institución de Salud Previsional a la cual el asegurado está afiliado por ley, el porcentaje de cobertura que se aplicará será el porcentaje de costo directo definido en el Plan de Beneficios Dental que se adjunta, el que se aplicará al gasto total de la prestación, hasta los topes definidos para cada cobertura. Se excluyen de esta norma los medicamentos ambulatorios los que se cubrirán en porcentajes y topes descritos en el Plan de Salud.

Limitaciones de las Coberturas

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 6 de 17

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 Plan de Beneficios Dental de la póliza, 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 Plan de Beneficios Dental de estas Condiciones Particulares, de acuerdo al concepto "Costo Directo", definido en el presente documento.

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 Plan de Beneficios Dental de estas Condiciones Particulares, de acuerdo al concepto "Costo Directo", definido en el presente documento.

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 la presente póliza, 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 Plan de Beneficios Dental de estas Condiciones Particulares.

d) En el Plan de Beneficios de las presentes Condiciones Particulares, 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 Plan de Beneficios Dental que se encuentra adjunto.

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 Plan de Beneficios Dental de las presentes Condiciones Particulares.

Aplicación del Deducible

Deducible es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en estas Condiciones Particulares, que será siempre de cargo del Asegurado.

El Deducible será el monto indicado en estas Condiciones Particulares, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará según se indica en la primera página de este documento.

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 que se indican en el Plan de Beneficios Dental contenido en estas Condiciones Particulares, sobre el monto determinado conforme al número anterior y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 7 de 17

Prima y Efecto del No Pago de la Prima

El monto de la Prima a pagar, será el indicado en el título "Tarifas Del Seguro", de acuerdo a la periodicidad indicada en estas Condiciones Particulares.

a) Pago de Primas: El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía, de acuerdo a la periodicidad indicada en estas Condiciones Particulares hasta un plazo de 30 días posteriores a emitida la factura correspondiente.

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 el plazo indicado anteriormente, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes", 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.

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.

Exclusiones

Se aplicarán todas las exclusiones descritas en el Artículo 6 de la POL 3 2013 1553, inscrita en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, por las cuales se rige el presente contrato de seguro. La POL 3 2013 1553 antes indicada, se encuentra disponible en la sucursal virtual del cliente, a la cual éste puede acceder a través de www.bicevida.cl

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;

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 8 de 17

- 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.

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.

Vigencia del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en el presente documento y podrá ser renovado por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento del contrato de seguro anterior, bajo las nuevas condiciones y primas aceptadas por el contratante, siempre y cuando se cumpla las condiciones definidas para la renovación del contrato de seguro.

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.

Incorporación 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

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.

Término del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro colectivo terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en estas Condiciones Particulares.

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 11 del condicionado general;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo "Moneda o unidad del Contrato" y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 9 de 17

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) mencionada en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora enviará al contratante una comunicación señalando que el contrato de seguro quedará sin efecto en un plazo de treinta (30) días desde la notificación conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes".

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.

Término de las Coberturas Individuales

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un asegurado titular, en los siguientes casos:

- a) Por termino del contrato de seguro colectivo;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado titular ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
- e) Por no pago de prima por dicho asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
- 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 del contrato de seguro respecto del asegurado titular;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
- e) Por no pago de prima por dicho asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora 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.

Procedimiento de Cobranza

Altas y bajas

La fecha de cierre para incorporaciones y exclusiones es el día 5 del mes en cobro.

La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas hasta el día 5 del mes en cobro, será a contar del día 1 del mes en cobro.

Las exclusiones informadas hasta el día 5 del mes en cobro, se hará efectiva a contar del día 1 del mes en cobro.

La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas posteriormente al día 5 del mes en cobro, será el 1 del mes siguiente.

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 10 de 17

Las exclusiones informadas con posterioridad al día 5 del mes en cobro, se realizarán a contar del mes siguiente.

Emisión de Factura anticipada

El día 15 del mes en cobro.

Fecha de la UF

Valor UF del último día del mes en cobro.

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 conocimiento de la ocurrencia del gasto dental, por escrito a la Compañía y de acuerdo al Procedimiento para la Presentación de Solicitudes de Reembolso de Gastos Dentales adjunto a estas Condiciones Particulares

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 60 (sesenta) 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.

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 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

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 11 de 17

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.

Cálculo de los Gastos Reembolsables

El Asegurado, conforme a la letra b) del artículo anterior, 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.

Liquidación de los Gastos, Forma de Pago y Monto Máximo 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 el Plan de Beneficios Dental adjunto a estas Condiciones Particulares.

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.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables por Asegurado se indica en la página N°1 del presente documento. 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 Plan de Beneficios Dental adjunto al presente documento, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en estas Condiciones Particulares.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje, límite y tope señalado en el Plan de Beneficios Dental adjunto al presente documento 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 Particulares.

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.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, Circular 2106 de Superintendencia de Valores

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 12 de 17

y Seguros.

Recepción y Pago de Gastos Dentales

Recepción solicitud de reembolso de gastos dentales

La recepción de las solicitudes de reembolso de gastos dentales podrá ser en forma diaria. Todas las solicitudes de reembolso de gastos dentales que ingresen en la compañía antes de las 15:00 horas del día, los cheques por concepto de pago de reembolso de gastos dentales estarán disponibles 5 días hábiles después de dicho día.

En el caso que las solicitudes de reembolso de gastos dentales ingresen después de las 15:00 horas, el plazo de liquidación se incrementa en un día más.

Pago de reembolso de gastos dentales

El pago de reembolso de gastos dentales, en caso de ser solicitado, podrá ser depositado en las Cuentas Corrientes, Cuentas Vistas o Cuentas de Ahorro de los asegurados titulares de las pólizas, según sea su solicitud.

El depósito de los reembolsos de gastos dentales en Cuentas Corrientes, Cuentas Vistas o Cuentas de Ahorro de los asegurados titulares de las pólizas se hace efectivo 24 horas después del quinto día hábil, contados desde la fecha de Recepción del formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Dentales en la Compañía, si la cuenta bancaria es del Banco Estado y 48 horas después del quinto día hábil, contados desde la fecha de Recepción del formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Dentales en la Compañía, si la cuenta bancaria corresponde a un banco distinto a este último.

Procedimiento en caso de Pérdida de Cheque

Transcurridos menos de 90 días desde la fecha de emisión del cheque, para asegurados que soliciten reemisión de cheques por extravío, se descontará del valor original del mismo, el costo por concepto de Orden de No Pago (O.N.P.), la que considera costo de publicación por 3 días en prensa escrita, según disposición legal, emitiendo un nuevo documento por el monto resultante (valor inicial cheque ¿ O.N.P.). El plazo de esta gestión (O.N.P y emisión del cheque) es de 10 días hábiles, contados desde la fecha de solicitud en la Compañía. El asegurado, al solicitar la reemisión del cheque extraviado debe enviar a la Compañía comunicación escrita aceptando el descuento por O.N.P. En caso de fallecimiento del asegurado titular, el nuevo cheque se emitirá a nombre de herederos legales por lo que se debe adjuntar copia de posesión efectiva. En este caso, no habrá cobro por reemisión. Los asegurados que no acepten el descuento de O.N.P., deberán esperar, para la reemisión sin costo de cheque, la caducidad del cheque (90 días corridos contados desde la fecha de emisión del documento).

Comunicación entre las Partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, 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 la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación.

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 el Formulario de Solicitud de Incorporación respectivo.

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

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 13 de 17

ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora 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.

Domicilio

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Moneda o Unidad del Contrato

El Capital Asegurado y el monto de la Prima de este contrato de seguro se expresan en Unidades de Fomento (UF).

El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía aseguradora 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.

Servicio de Atención al Cliente

BICE Vida cuenta con un servicio de atención al cliente el cual atenderá las consultas y reclamos de sus clientes. Se puede acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y los viernes de 8:30 a 14:00 horas llamando al 800 20 20 22, donde un ejecutivo de servicio al cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente, o ingresando al sitio web de BICE Vida (www.bicevida.cl), hacer clic en ¿Necesitas ayuda?; y completar el formulario indicando el motivo del contacto ("consulta " o "reclamo").

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regula el reglamento sello SERNAC.

El presente contrato es un seguro que no se encuentra asociado a aquellos productos o servicios financieros enumerados en el artículo 55 de la ley de protección de los derechos de los consumidores, y conforme a ello se deja constancia que no cuenta con el sello SERNAC.

Información sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre 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 atiende 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

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 14 de 17

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 Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Autorregulación

Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El consejo de Autorregulación de las Compañías de seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del compendio de buenas prácticas corporativas que se han comprometido a respetar las aseguradoras y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de seguros, como sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de seguros, como con los asegurados.

Copia del compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulacion.cl. Asimismo, Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos al Defensor del Asegurado a través de la página www.ddachile.cl.

ANEXO PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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 LIQUIDACION 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 PETICION 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 permiten, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE- INFORME DE LIQUIDACION

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 15 de 17

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 LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, 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 denuncia;

b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos
Desde fecha denuncia;

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

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 Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para la 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 LIQUIDACION

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, 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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.

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 16 de 17

Condiciones Especiales

- Esta póliza otorga cobertura al titular con contrato vigente indefinido con la empresa contratante. Cónyuge asegurado (Carga legal), hijos e hijastros del asegurado titular (carga legal) padres y nietos del asegurado titular, cuya incorporación debe ser debidamente autorizada por la empresa contratante y la condición es que sean carga legal. Lo anterior considera a los colaboradores con acuerdo de unión civil del mismo sexo o heterosexuales.
- A contar del inicio de vigencia, se otorga período de marcha blanca hasta el 30 días, donde no se debe solicitar antecedentes adicionales. Además, en la liquidación se debe informar al asegurado lo que debe enviar para futuros gastos.
- Esta póliza No considera Carencia.
- Esta póliza contempla cobertura para asegurados mayores de 65 años y su grupo familiar, su permanencia será evaluada en la próxima renovación de la póliza. La condición especial aplica para los siguientes asegurados:
5.625.101-4 Bladimir Fernando Rivas Andres
6.215.695-3 Jaime Mauricio Valenzuela Conus
- Esta póliza otorga cobertura al titular con contrato vigente indefinido con la empresa contratante. Cónyuge y/o Conviviente del asegurado hijos e hijastros del asegurado titular que vivan a expensas del asegurado titular cuenten con cobertura previsional y se encuentren estudiando. Lo anterior considera a los colaboradores con acuerdo de unión civil del mismo sexo o heterosexuales. Padres y nietos del asegurado titular (cargas legales), cuya incorporación debe ser debidamente autorizada por la empresa contratante.
- Esta póliza otorga continuidad de cobertura al grupo actualmente amparado por la póliza en vigor. Las nuevas incorporaciones al seguro estarán sometidas a las exigencias médicas indicadas en las condiciones de asegurabilidad de la presente póliza.
- La siniestralidad de esta póliza será medida en conjunto con las demás pólizas del Holding.
- Las edades de ingreso y permanencia en el Seguro de Salud son las siguientes:
EDAD TOPE INGRESO PERMANENCIA
Titular y Cónyuge 64 años 70años
Hijos 23 años 27 años
Nietos 23 años 24 años
Esta póliza considera que no se solicitará certificado de estudios para hijos entre los 18 y 27 años.
- Se cubren gastos en el extranjero, solo si se origina una atención de urgencia.
- Se establece que el plazo de presentación de siniestros será de 60 días contados desde la fecha de la presentación. En caso de no renovación, caducidad o anulación de la pólizas se reducirá el plazo de presentación de los siniestros a 30 días corridos después de la vigencia final de la póliza.
- Si el cliente así lo requiere y solicita expresamente, se pueden emitir reembolso con cheque a nombre de la empresa.

N° de Póliza : COL - 11799 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 17 de 17

Cláusula de Devolución por Experiencia Favorable

Al finalizar la vigencia de la póliza, o al momento de cumplirse cada anualidad de la misma, se aplicará la fórmula que a continuación se señala, de modo de determinar si corresponde al contratante producto de la mortalidad favorable experimentada durante el período analizado.

$$D.E.F. = P1 * (P2 * P - S - G - A)$$

P1	Porcentaje de participación directa	50,0%
P2	Porcentaje de la prima sobre la que se participa	100,0%
P	Prima Directa Neta de IVA	0,0%
S	Siniestros Directos	100,0%
G	Gastos de Administración como porcentaje de la prima	25,0%
A	Arrastres de pérdidas de años anteriores	SI

La presente cláusula de devolución por experiencia favorable operará y será cancelada, en caso que así corresponda, a la fecha de su vencimiento, sólo si esta póliza es renovada por un período mínimo igual a la vigencia establecida en estas particulares.

La aplicación de la Cláusula de Devolución por experiencia favorable propuesta por nuestra Compañía queda sujeta a que la prima sea un aporte patrimonial del contratante.

Si la prima a pagar tiene carácter contributiva, la aplicación DEF queda sujeto solo sobre el aporte del Contratante.

Plan de Beneficios

Identificación del Plan : 6706
Descripción del Plan : Dental S/C(Rol General Plan Normal 2882)
Moneda : UF / \$

	Costo Directo	Sobre Bono Inst. Salud	Sobre Reembolso Ints. Salud	Bonificación Mínima Sistema Provisional BMI	Tope Evento	Deducible por Evento	Tope Mensual	Tope Anual	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
Dental											
Endodoncia o Tratamiento de Conducto	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Consulta Dental	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Implantología	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Urgencia	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Ortodoncia	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Prevención e Higiene	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Odontopediatria	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Operatoria (Obturaciones)	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Medicamentos	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Cirugía Dentomaxilar	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Protesis Fijas (Coronas y Puentes)	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Radiología	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Periodoncia	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Laboratorio	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Prótesis Removibles	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS DENTALES

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 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. **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 incluídas, apertura de abscesos, resección de frenillos, osteotomías 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. 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.

ARTÍCULO 3: CARENCIA

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. **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 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. **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 ESTIPULACIÓN 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; **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.

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. **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: INCORPORACIÓN 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 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 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: LIQUIDACIÓN DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MÁXIMO 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. 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: APLICACIÓN 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: **1º)** Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por este contrato de seguro, **2º)** 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 **3º)** Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCIÓN

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. 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; **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. 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: COMUNICACIÓN 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 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: SOLUCIÓN 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 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". **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 PRÓTESIS:** 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 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 MÁXIMO 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.