

Resumen Póliza de Seguro Salud, Catastrófico y Dental

El detalle de las prestaciones o beneficios, porcentajes de reembolso, montos máximos, deducibles, carencias y período de acumulación, se detallan expresamente en el o los cuadros de beneficios incluidos en estas condiciones particulares.

Se incorpora al proceso de reembolsos, los siguientes servicios adicionales (Anexo 1):

- Pago de reembolsos automático a través del sistema I-MED, en el plan de salud.
- Pago de reembolsos directos presentados a la compañía, liberados de evaluación, en el plan de salud.
- Pago de reembolsos automático de medicamentos con PHARMA BENEFITS (Salco Brand) ABF (Fasa) Cruz Verde, en el plan de salud.

Queda expresamente establecido que el pago de reembolsos, a través de los servicios adicionales arriba señalados, no implica que otra prestación presentada por el mismo u otro diagnóstico deba ser cubierta por la Compañía y que, por lo tanto, no sienta precedente o derecho alguno de cobertura, ni derecho a reembolso. De este modo, la Compañía podrá excluir, limitar o restringir la cobertura para futuras solicitudes de reembolso asociadas a dichos diagnósticos, en caso que la evaluación del gasto produzca como resultado la no procedencia del reembolso por improcedencia de la respectiva cobertura, según lo señalado en el Artículo 13, Exclusiones, letra l) de las condiciones generales de la póliza.

Riesgos Cubiertos bajo estipulación expresa:

- Se otorga cobertura bajo las condiciones de la póliza, a la exclusión e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones, cuando este corresponda a una condición no preexistente.
- Se otorga cobertura bajo las condiciones de la póliza y previa evaluación del caso por parte de la aseguradora, a la exclusión f) tallas bajas, gigantismo, u otros similares.

CONVERSIÓN CATASTRÓFICO

Beneficio Especial para Optar a un Seguro Individual de Catastrófico:

La aseguradora incluye el siguiente beneficio que otorga el derecho al asegurado titular para optar a un plan de seguro individual Catastrófico, cuando sea excluido del seguro colectivo. Este beneficio permitirá al asegurado tener continuidad de cobertura para sus condiciones de salud, sin la necesidad de nuevas exigencias médicas, traspasando al plan individual las mismas condiciones de evaluación médica que le fueron definidas en el colectivo.

Podrán optar a este beneficio los siguientes asegurados:

- 1) Asegurados que ingresaron al seguro colectivo antes de los **55 años**, para el caso de los titulares y su cónyuge, y antes de los **21 años**, para el caso de los hijos.
- 2) Asegurados que han permanecido en el colectivo por más de **36 meses** de vigencia ininterrumpida con este beneficio.
- 3) Que el ingreso en la póliza de seguro colectivo, **no** haya sido bajo condiciones excepcionales y o bajo tarificación como riesgo agravado.
- 4) Cumplidas las condiciones anteriores, al momento de la exclusión del colectivo, podrán optar a contratar un plan individual aquellos asegurables que sean menor de **65 años** el titular y la cónyuge y menor de **21 años** en el caso de los hijos.
- 5) Solamente el asegurado titular puede solicitar el plan individual, por escrito y pagar la prima correspondiente dentro

de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de término de su vinculación con la entidad contratante.

Causales de exclusión del asegurado en el colectivo, que no permitirá la opción de derecho a este beneficio:

No podrán solicitar un plan individual, los titulares que hayan sido excluidos del seguro colectivo por:

- a) Por causa de enfermedad o discapacidad
- b) Que hayan estado ausente de su trabajo por enfermedad durante el mes inmediatamente anterior a su salida de póliza.
- c) Jubilación por cualquier causal (edad o invalidez)
- d) Fraude o falta de probidad
- e) Que su exclusión a la póliza no corresponda a desvinculación masiva de trabajadores.

El beneficio de cobertura del seguro individual es el siguiente:

- 1) El monto de capital asegurado máximo en el plan individual, se limita al UF 2.000.
- 2) La tarifa del seguro individual al que puede optar el asegurado, corresponderá al costo del plan de seguro de vida individual vigente que comercialice la compañía al momento de la solicitud de este beneficio
- 3) La cobertura del seguro individual, termina cumpliendo el asegurado los 99 años el titular y su cónyuge, y los hijos, solteros cumpliendo los 24 años, mientras dependan económicamente del titular.

• **Para Todos los Asegurados:**

- Los límites de edad de ingreso y término para cada cobertura son:

| | EDAD INGRESO | TERMINO DE COBERTURA |
|---------------|--|--|
| Titular | Menor de 78 años | Cumpliendo los 78 años |
| Cónyuge | Menor de 65 años | Cumpliendo los 66 años |
| Hijo Solteros | Desde que nacen y hasta menores de 24 años | Cumpliendo los 24, si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Titular |
| Nieto | Menor de 24 años | Cumpliendo los 24 años |
| Carga Duplo | Desde que nacen | Cumpliendo los 66 años |

Titulares, la exclusión de asegurados por cumplimiento de la edad máxima de permanencia, se realizará una vez al año, con motivo de la Renovación.

Cargas cónyuges, cargas hijos y Nietos serán excluidos el 31 de Diciembre de cada año de la póliza vigente.

Cumplidos los 66 años, Se define lo siguiente:

- Una vez que el titular cumpla los 66 años de edad, será traspasado junto a su grupo familiar a plan especial mayores de 66 años, el cual contempla un tope anual de UF 250 para Salud y un tope de UF 1.000 o UF400 según plan mayores para Catastrófico, Dental UF 50 o UF10 según plan mayores, tanto para el titular, como para sus cargas.
- En aquellos casos en que el titular sea menor a 66 años y el/la cónyuge cumpla los 66 años de edad, le será restringida la cobertura sólo a este último (cónyuge) según lo topes indicados en el párrafo anterior.
- (hijos) La acreditación de la condición de estudiantes de los hijos, será responsabilidad del Contratante, quien deberá solicitar los certificados de estudio según corresponda, los que quedarán en su poder como antecedente de respaldo. La Compañía podrá solicitar estos documentos en cualquier momento, durante la vigencia de la póliza
- La vigencia de los Recién Nacidos de Partos NO cubiertos por la presente póliza, será a contar del primer día de su nacimiento, previa evaluación de la Cía. Las patologías y malformaciones adquiridas durante el embarazo o parto, quedarán excluidas. Para hacer efectiva esta condición, el asegurado deberá incorporar a la nueva carga, en un plazo no superior a 30 días, contados desde la fecha de su nacimiento (conforme al Art. 12 de las Condiciones Generales).

Para los Nuevos Asegurados:

- Deberán estar en buenas condiciones de salud al momento de ingresar a la póliza y deberán ser incorporados a la póliza en la fecha que califican para ello, suscribiendo su incorporación en los plazos establecidos en las condiciones generales de la póliza.
- Vencido el plazo señalado, el asegurado no podrá ingresar a la póliza y deberá esperar un nuevo período de inscripción definido por el asegurador al momento de la siguiente renovación de la póliza.
- Todo nuevo asegurado, deberá completar el formulario de inscripción al seguro, es decir una Solicitud de Seguro Colectivo (S.S.C.), o excepcionalmente según lo requiera el asegurador para casos especiales a evaluar, una "Declaración Especial de Salud". (D.E.S.)
- La validez de la S.S.C y D.E.S, es de 60 días, por lo tanto, si dichos documentos superan el plazo indicado, el requisito deberá ser actualizado.
- El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable, tales como antecedentes médicos (Exámenes, IMT, Ficha Clínica, etc.) u otros antecedentes para acreditar los requisitos de asegurabilidad y el interés asegurable
- Cumpliendo los requisitos de asegurabilidad y aprobada la solicitud por el asegurador y el contratante o asegurado en su caso, en los plazos establecidos en las condiciones generales, es decir a los 30 días siguientes a la fecha que califica como asegurado, la vigencia para el asegurado regirá a contar del primer día del mes siguiente.

Facultativos:

Podrá ser sometido cualquier asegurado que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad, siendo facultad de la aseguradora su aceptación, rechazo o restricción de la solicitud.

PAGO DE SINIESTROS

- La compañía independiente de la antigüedad de los asegurados, se reserva el derecho de solicitar la información necesaria, que permita evaluar y definir la procedencia de una indemnización por las coberturas que da cuenta la presente póliza.
- Pago mínimo para emisión de liquidación de reembolso: Se establece un mínimo de \$ 2.000 para hacer efectivo el pago de un reembolso médico. Por lo tanto cualquier reclamo inferior a dicho monto quedará en Cuenta Corriente del asegurado en la Compañía, hasta completar dicha suma con futuros reembolsos de gastos médicos. Si es el caso que al vencimiento de la póliza el asegurado no registra cobros posteriores, se liquidará la suma retenida al valor de la UF del día de pago.

Gastos sin cobertura por parte del sistema de previsión de salud: Todo gasto médico (a excepción de los MEDICAMENTOS AMBULATORIOS) deben ser presentado previamente ante la Isapre.

PLAZOS

Plazo para la presentación de o los siniestros: El plazo máximo para la presentación de los gastos **Ambulatorios, ante la Compañía, es de 60 días contados desde la fecha de la prestación, para gastos Hospitalarios, serán de hasta 60 contados desde la fecha de emisión de los bonos por parte de la Institución Previsional**. En caso de término de la póliza en Vida Security Previsión S.A., automáticamente rige lo establecido en las condiciones generales.

El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza o sus adicionales, según sea el caso, hará perder el derecho de los beneficiarios, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización o reembolso que habría correspondido bajo la presente póliza, salvo caso de fuerza mayor, debidamente justificado a juicio de la aseguradora.

LIQUIDACIÓN DE GASTOS

1) 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 permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

2) PLAZO DE LIQUIDACION

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

3) 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 Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prorroga 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.

4) 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 solo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un Plazo de 6 días hábiles para responder la Impugnación.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

El Asegurado en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N°20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

CONDICION ESPECIALES EN ASEGURADOS:

- Durante su estancia en el extranjero y por el período que se indica, la cobertura de seguro se rige bajo las siguientes condiciones:
 - Para los gastos del seguro de gastos médicos : Condiciones vigentes, siendo requisito que mantengan su Sistema de Salud Previsional actual en Chile (Isapre o Fonasa), operando el seguro en exceso de lo no cubierto por dicho sistema, es decir, todos los gastos médicos que produzcan en el extranjero deben ser presentados ante la institución de Salud Provisional a la que pertenezca para su respectivo reembolso.
 - Para los gastos del seguro Catastrófico : Se otorgará cobertura sólo a consecuencia de accidentes, siendo requisito la misma modalidad anterior, es decir, todos los gastos médicos que se produzcan en el extranjero, deber ser presentados ante la Institución de Salud Provisional para su respectivo reembolso.

Definiciones adicionales a cuadros de cobertura.

- **Día Cama Home Care** : Esta cobertura corresponde a gastos que deben ser efectuados en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la Cía. En caso de ser autorizado el pago por el médico contralor, se debe considerar en día cama: El arriendo del catre clínico, atención de enfermería, los insumos no personales, es decir agujas, bajadas de suero, oxígeno, etc. Medicamentos, Kinesiterapia, exámenes deben pagarse con el tope del plan para estos ítem hospitalarios.
- **Cirugía Reparadora por Enfermedad:** Toda cirugía Reparadora por Enfermedad tendrá cobertura bajo ítem hospitalario, siempre y cuando no sea preexistente, según exclusión del condicionado general.
- **Gasto Donante Vivo** : Se cubrirán todos aquellos gastos provenientes de: estudios de histocompatibilidad, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano (ectomía). exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos (PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos (0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho, el traslado del órgano, la conservación del órgano y, los gastos de la hospitalización del donante si este es asegurado de la póliza y el receptor es un familiar directo (cónyuge, o conviviente e hijos").
- **Gasto Donante Post-Mortem** : Se cubrirán todos aquellos gastos provenientes de: Estudios de histocompatibilidad, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano (ectomía) del donante cadáver. Exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos (PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos (0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho, el traslado del órgano, la conservación del órgano, y los gastos provenientes de la hospitalización del donante.
- **Complicaciones solamente del Parto** : Son aquellos eventos producidos por el embarazo que son favorecidos por esta condición y que terminan en parto finalmente, se consigna en este ítem, circular del cordón, trabajo de parto prolongado, distosia del parto (de posición del feto), distosia de la pelvis, etc.
- **Complicaciones del embarazo** : Complicación del embarazo es todo evento o complicación asociado exclusivamente a la condición de embarazo y que no termina en parto o cesárea o aborto. Ej diabetes gestacional, pre-eclampsia, eclampsia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro. Colestasia intrahepática del embarazo, etc. Embarazo Ectópico se cubre como aborto. Esta condición se cubrirá en el ítem respectivo cuando este definido en la póliza como tal.
- **Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad c/s int.:** serán cubiertos de acuerdo a la cobertura especificada en el cuadro de beneficios y según la siguiente definición: Son todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios (exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios (cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distosias uterinas etc.).
- **Obesidad Mórbida (u obesidad severo o clase II):** Es aquel tratamiento quirúrgico realizado a un paciente cuyo IMC es igual o superior a 40. También por convención se puede aceptar a

aquel IMC mayor a 35, pero que acompañe de comorbilidad directa (HTA, diabetes, trastorno del aparato locomotor, artrosis, etc.) el tratamiento médico, no incluye gimnasio, ni pastillas para bajar de peso.

- **Cirugía Ocular** : Comprende todos los gastos relacionados a la cirugía tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente:
 - a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular:
Se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 2 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 24 meses.
 - b) Cirugía general por otros diagnósticos, no incluidos en a): Tendrá cobertura la presente cirugía, ya sea por enfermedad o por accidente cuando la ocurrencia de dicho evento sea posterior al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. En caso de cumplir con lo anterior, el asegurado deberá acreditar la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y con todos los exámenes que lo respalden.
- **Medicamentos Oncológicos**: Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopáticos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.
- **Tratamiento de Kinesiología** : Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.

INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En Virtud de la Circular N°2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por el correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins N°1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web <http://www.cmfchile.cl/>

Exclusiones:

Las señaladas en las condiciones generales de la póliza y sus cláusulas.

CONDICIONES GENERALES

EXCLUSIONES PÓLIZA SALUD

La presente póliza no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o a consecuencia de, o complicaciones de:

- a) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento, y epidemias oficialmente declaradas.
- b) Cirugía y/o tratamientos plásticos, cosméticos o estéticos, que sean con fines de embellecimiento o, cirugía reparadora o tratamientos para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.
- c) Cirugía y/o tratamientos dentales, entendiéndose por tales, todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares (temporomandibular). Si tendrán cobertura, aquellos gastos incurridos según lo señalado en artículo 5, numeral 6 y 7.
- d) Cirugía y/o tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas y abortos provocados.
- e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones.
- f) No serán considerados como "enfermedades o eventos con derecho a cobertura", para efectos del presente contrato, la cirugía, o tratamientos o gastos siguientes: Obesidad, independiente del grado de sobrepeso; Impotencia masculina y femenina; Fertilidad e infertilidad; Tallas bajas, gigantismo, u otros similares; Tratamientos anticonceptivos; Cirugía de reducción mamaria; Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- g) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, o vacunas, para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano, control ginecológico y control urológico masculino, que si se encuentran cubiertos bajo el presente contrato.
- h) Tratamientos efectuados, a través, de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriologos, reflexología, etc.
- i) Atención particular de enfermería, domiciliaria u hospitalaria, exceptuando lo cubierto en el artículo 5, numeral 4.
- j) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- k) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de

Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

- l) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 2, punto 7° de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura, en virtud, de la declaración de Salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual, formará parte integrante de la póliza. Con todo, no será aplicable el consentimiento señalado, en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.
- m) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los Excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.
- n) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la compañía aseguradora.
- o) Lesión o enfermedad causada por: Negligencia médica o del asegurado, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad, o actos calificados como delito por la ley, cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiera reclamar la(s) cobertura(s) de esta póliza. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, ya sea, con participación directa o no del asegurado en estos actos.
Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma. Se excluye también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.
Cuando los hechos en que se basa la exclusión configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía de seguros no estará obligada a pagar

ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.

Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en peligro la vida o integridad física de las personas, que no haya sido declarado por el contratante o por el asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, o si hubiere sido declarada, que no haya sido tácitamente aprobada por el asegurador en forma expresa. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

CLÁUSULA DE GASTOS DENTALES

ARTÍCULO N° 2: EXCLUSIONES PÓLIZA DENTAL

La presente cláusula adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por:

1. Gastos que se encuentren cubiertos en el seguro principal, incluidos sus excesos.
2. Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos gastos por tratamientos pagados y terminados después de la fecha de término de la vigencia del asegurado en la póliza.
3. Las exclusiones señaladas en las condiciones generales de la póliza principal, excepto la exclusión c) del artículo 3 de dicha póliza.
4. Tratamientos con fines estéticos como blanqueamiento dentario, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.
5. Gastos de materiales de oro y titanio.
6. Aplicación de bótox o equivalentes.
7. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., y no registrados en "Aranceles de Referencia". Para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la compañía aseguradora.
8. Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en título II, artículo 4°, punto 7° de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.

I) DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

En virtud de este seguro las coberturas que otorga la compañía aseguradora, siempre y cuando estén expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de las condiciones particulares de este adicional, en la forma y los límites allí señalados, son:

a) CUIDADO DENTAL GENERAL:

1. Cuidado dental Rutinario: Es el gasto incurrido por concepto de:
Consulta y estudio preliminar clínico, control y exámenes periódicos. Atención de urgencia, trepanación y pulpectomía de urgencia. Las prestaciones higiene o profilaxis y o de la limpieza coronaria rutinaria o limpieza simple efectuada únicamente una vez como máximo al año, con el objeto de eliminar tinciones, manchas o sarro (tártaro dental) sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple, Los gastos incurridos por fluoración tópica en asegurados menores de 14 años. Los gastos por todas las técnicas de radiografías intraorales y extraorales, indicados por un cirujano-dentista con el objeto de diagnosticar cualquier terapia odontológica.
2. Cirugía Bucal: Todos los gastos incurridos por el procedimiento invasivo que se realiza con el fin de devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca, según lo definido en numeral 1 y 2 del Artículo 4°, entre estos: extracciones, apertura de abscesos, resección de frenillos, tumores, y cualquier técnica quirúrgica que necesiten de ayudante, arsenalera y pabellón.
3. Operatoria Dental: Todos los gastos incurrido para el tratamiento de las caries o lesiones dentales para devolver a la pieza dentaria su forma y sus funciones. Están cubiertos solo los tratamientos efectuados con materiales e insumos, tales como: amalgamas de plata, materiales estéticos como composites en todas sus variedades y tipos, vidrios ionomeros y todos los insumos para efectuar estos procedimientos.
4. Endodoncia: Todo gasto incurrido referido al tratamiento del conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o traumatismo.
5. Prótesis: Los gastos incurridos por el tratamiento para reponer una o más piezas dentarias usando las piezas remanentes o implantes como inserción, incluyendo todo tipo de coronas y puentes y el tratamiento para reponer parcial o totalmente la dentadura perdida mediante prótesis removibles, prótesis parciales o totales.
6. Odontopediatría: Los gastos incurridos por todo el tratamiento curativo en niños hasta los 14 años, por caries dentales, sus complicaciones y su prevención, a través, de la aplicación de flúor, excluyéndose bajo este ítem, los gastos por Ortodoncia.
7. Periodoncia: Todo gasto incurrido por la enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente; básicamente encías, y hueso alveolar.
8. Implantes: Incluye el tratamiento para el implante(s) dentario(s) y todos los procedimientos clínicos y de laboratorio para su indicación y ejecución.
9. Disfunción: Los gastos incurridos por el tratamiento para recuperar la función articular y muscular bucal mediante planos de relajación, excluyéndose los gastos de apoyo kinesiológico.
10. Medicamentos: Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
11. 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, exceptuando los gastos para un

tratamiento de ortodoncia, que serán cubiertos bajo su cobertura.

b) 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.

Además se incluye todos los gastos asociados al tratamiento de mantención, en este caso, laboratorio o consultas, si fuere el caso.

Las coberturas señaladas en cada uno de los beneficios descritos en las letras A) y B), si en las condiciones particulares de esta cláusula a adicional se hubiere estipulado un deducible, la compañía aseguradora descontará del reembolso o del monto reclamado, el deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación y aplicación se señalan en las condiciones particulares del contrato.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DERECHO DE CONVERSIÓN

Los asegurados que por motivo distinto de lo señalado en esta cláusula, se excluyeren del presente seguro, dejando de pertenecer a la entidad contratante, tendrán derecho a contratar en la misma compañía, un seguro de salud individual sin necesidad de exigencias médicas o de asegurabilidad, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que al momento de solicitar el derecho a esta conversión, su permanencia en el seguro haya sido superior a tres (3) años ininterrumpidamente en la póliza y en esta cobertura, y que al momento de su incorporación en la póliza de seguro colectivo, haya sido menor de 55 años, considerando dichos plazos con esta cobertura adicional vigente.
2. El asegurado, deberá hacer su solicitud de conversión por escrito y pagar la prima correspondiente dentro del plazo de treinta (30) días a contar de la fecha de término de su vinculación con la entidad contratante.
3. El derecho de conversión es solamente una opción del asegurado titular o trabajador directo dependiente de la entidad contratante, y sólo adicionalmente, dicho asegurado podrá incorporar también a su grupo familiar vigente en ésta póliza de seguro colectivo, contemplando para efectos del plan individual, únicamente a su cónyuge e hijos. 1. Para el asegurado que solicita la conversión, el monto máximo de reembolso asegurado del seguro individual, no podrá ser de ningún modo superior al último monto de reembolso asegurado registrado en las Condiciones Particulares del seguro colectivo, con un monto máximo asegurable en la nueva póliza individual según sea señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
4. El derecho de conversión, sólo alcanza a la cobertura del seguro principal. La opción de derecho de conversión debe estar claramente establecida como incluida en cada una de las coberturas en las respectivas condiciones particulares, pudiendo ser aplicable sólo para una de las coberturas, o ambas, indistintamente.
5. El derecho de conversión termina al cumplir el asegurado los sesenta (60) años de edad para el

titular y su cónyuge, y a los 24 años, para los hijos.

6. Esta cobertura no regirá para asegurados que:
 - a. se excluyen de la póliza principal por causa de enfermedad,
 - b. discapacidad,
 - c. jubilación,
 - d. fraude o falta de probidad, o
 - e. que hayan estado ausentes de su trabajo por enfermedad durante el mes inmediatamente anterior a su salida de póliza.
 - f. Que a su ingreso a la póliza, hayan sido incluidos y/o tarificados como riesgos agravados.

La prima del seguro individual, será la que corresponda al producto de Salud Catastrófico de las pólizas de seguros individuales para asegurados de conversión que emite la compañía, atendida la actividad, cobertura y la edad del asegurado al momento de su conversión.