



**CONDICIONADO PARTICULAR  
SEGURO MUERTE ACCIDENTAL Y ASISTENCIA DENTAL**

LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA DE SEGUROS JUNTO CON SUS CONDICIONES GENERALES INSCRITAS EN EL REGISTRO DE PÓLIZAS EN LA SVS BAJO EL CÓDIGO POL 320170243.

EL PRESENTE SEGURO SERÁ COMERCIALIZADO A TRAVÉS DE TELEMARKETING, LA ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO DEBERÁ CONSTAR EN LA GRABACIÓN Y ÉSTA SE CONSIDERARÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. ASIMISMO, EN FORMA PREVIA A OBTENER SU ACEPTACIÓN, Y COMO MEDIDA DE RESPALDO A SU VOLUNTAD, EL CLIENTE ASEGURABLE DEBERÁ RATIFICAR SU DOMICILIO E INFORMAR SOBRE ASPECTOS TENDIENTES A CONFIRMAR SU CORRECTA INDIVIDUALIZACIÓN.

**COMPAÑÍA ASEGURADORA**

CHUBB SEGUROS CHILE S.A.  
RUT 99.225.000-3

**CONTRATANTE**

SAESA INNOVA SOLUCIONES SPA  
RUT 77.227.565-K

**CORREDOR**

VOLVEK CORREDORA DE SEGUROS S.A  
RUT 76.726.150-0

**COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN**

XX% + IVA A FAVOR DE VOLVEK CORREDORA DE SEGUROS S.A SOBRE LA PRIMA NETA RECAUDADA.  
RUT 76.726.150-0

**COMISIÓN DE RECAUDACIÓN**

XX% + IVA A FAVOR DE VOLVEK CORREDORA DE SEGUROS S.A SOBRE LA PRIMA NETA RECAUDADA.  
RUT 76.726.150-0

**ASEGURADOS**

AQUELLOS CLIENTES QUE SE ENCUENTREN ENROLADOS EN LA BASE DE DATOS DE INNOVA Y QUE DECIDAN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 65 AÑOS Y 364 DÍAS
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA. 69 AÑOS Y 364 DÍAS

**BENEFICIARIO**

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL SE TENDRÁN COMO BENEFICIARIOS LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO, POR PARTES IGUALES, ASI DETERMINADOS POR

LA RESOLUCIÓN DE POSESION EFECTIVA EMITIDA POR EL SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN O EL ORGANISMO QUE LO REEMPLACE EN EL FUTURO.

**MATERIA ASEGURADA**

PERSONAS NATURALES QUE CONTRATEN EL PRESENTE SEGURO Y QUE SE PUEDAN VER AFECTADOS POR LOS RIESGOS CUBIERTOS EN ESTA PÓLIZA.

**INTERÉS ASEGURABLE**

LA NO REALIZACIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA.

**MUERTE ACCIDENTAL (POL 320170243)**

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS, SEGÚN CORRESPONDA, LA INDEMNIZACIÓN EQUIVALENTE AL PLAN CONTRATADO, EN CASO DE LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO. ESTA INDEMNIZACIÓN SERÁ ÚNICA Y PAGADERA EN LA MONEDA DE CURSO LEGAL, AL VALOR QUE TENGA ESTA UNIDAD EL ÚLTIMO DÍA DEL MES ANTERIOR AL DE SU PAGO.

**EXCLUSIONES COBERTURAS MUERTE ACCIDENTAL (POL320170243)**

LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO EL ACCIDENTE QUE PRODUCE LA MUERTE DEL ASEGURADO SE PRODUZCA A CONSECUENCIA DE:

- EFECTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.
- ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO COMETIDOS, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR EL ASEGURADO, POR UN BENEFICIARIO O POR QUIEN PUDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN; ASÍ COMO TAMBIÉN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTOS DE REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO
- SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, INTOXICACIONES O HERIDAS CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
- PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTA SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.
- RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- INFECCIONES BACTERIANAS, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIÓGENICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL. ESTA

EXCLUSIÓN NO SE APLICA A LA ALTERNATIVA DE COBERTURA ALTERNATIVA L DEL ARTÍCULO SEGUNDO INCISO NÚMERO II.- DE ESTE CONDICIONADO GENERAL.

- HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.
- CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESITADA POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL QUE OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA
- CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.
- UNA INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA, O UN NEOPLASMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DEL ACCIDENTE EL ASEGURADO SUFRÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR:
  - O "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COPIA DE DICHA DEFINICIÓN ESTÁ ARCHIVADA EN LAS OFICINAS PRINCIPALES DE LA COMPAÑÍA EN SANTIAGO, CHILE.
  - O INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICOBACTERIANA DISEMINADA.
  - O NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE AL SARCOMA DE KAPOSI, AL LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O A OTRAS AFECCIONES MALIGNAS YA CONOCIDAS O QUE PUEDAN CONOCERSE COMO CAUSAS INMEDIATAS DE MUERTE EN PRESENCIA DE UNA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.
  - O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).
- ENFERMEDADES, LESIONES O CONDICIONES MÉDICAS PREEEXISTENTES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO A LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA.
- LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PLÁSTICOS, DENTALES, DE ORTODONCIA, ORTOPÉ-DICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLE-CIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR EN-FERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA
- TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- EPIDEMIAS Y PANDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS EXCEPTO COVID-19.

## **PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO**

| <b>PLAN UNICO</b>                                |                       | <b>M. ASEGURADO</b> | <b>PRIMA NETA</b> | <b>IVA</b>  | <b>PRIMA BRUTA</b> |
|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------|--------------------|
| Cobertura                                        | (*) MUERTE ACCIDENTAL | UF 300              | 0,28              | 0,00        | 0,28               |
| <b>BENEFICIO ADICIONAL DENTAL (SOLO TITULAR)</b> |                       | INCLUIDA            |                   |             |                    |
| <b>Total</b>                                     |                       | <b>0,28</b>         | <b>0,00</b>       | <b>0,28</b> |                    |

(\*) LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL SOLO CUBRE AL TITULAR DE LA PÓLIZA.

LAS CONDICIONES ESPECIFICAS DEL BENEFICIO ADICIONAL SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN ANEXO 2 DE LA PRESENTE PÓLIZA.

### **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

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

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

### **FORMA DE PAGO DE PRIMA**

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ MENSUAL Y SE CARGARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN LA TARJETA DE CRÉDITO BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR.

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

### **VIGENCIA**

#### **VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA**

EL PRESENTE CONTRATO REGIRÁ A PARTIR DE LAS 00:00 HORAS DEL DÍA 01 DE JUNIO DE 2023 Y TERMINANDO A LAS 00:00 HORAS DEL DÍA 31 DE MAYO DEL AÑO 2024. SERÁ RENOVADO EN FORMA AUTOMÁTICA POR PERÍODOS IGUALES Y SUCESIVOS DE UN AÑO CADA UNO, SI NINGUNA DE LAS PARTES NOTIFICA POR ESCRITO A LA OTRA, SU DECISIÓN CONTRARIA.

EN CASO DE UN TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO, LA COMPAÑÍA DEBERÁ INFORMAR POR ESCRITO AL CONTRATANTE CON 30 DÍAS ANTES DE HACER EFECTIVO SU TÉRMINO.

POR OTRA PARTE, EL CONTRATANTE, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA PODRÁ PONER TÉRMINO AL CONTRATO, DECISIÓN QUE DEBERÁ INFORMAR A LA COMPAÑÍA CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN, COBRANDO LAS PRIMAS PROPORCIONALES AL TIEMPO DE COBERTURA TRANSCURRIDO.

#### **VIGENCIA INDIVIDUAL**

LAS COBERTURAS Y BENEFICIOS DE ESTA PÓLIZA ENTRARÁN EN VIGENCIA, PARA CADA ASEGURADO INDIVIDUAL, A PARTIR DE LA FECHA DE CONTRATACIÓN, RESPETANDO DE TODAS FORMAS LAS CARENCIAS ESTABLECIDAS PARA CADA UNA DE LAS COBERTURAS / BENEFICIOS, SIENDO ESTA VIGENCIA DE RENOVACIÓN MENSUAL AUTOMÁTICA POR NUEVOS PERÍODOS ANUALES SALVO QUE OCURRA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL TITULAR PARA PONER TÉRMINO A LA COBERTURA INDIVIDUAL, MEDIANTE AVISO POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA. POR EL CUMPLIMIENTO DE LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN LA PÓLIZA O POR LA PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE ASEGURADO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA SECCIÓN REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.
- POR LAS DEMÁS CAUSALES SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO NOVENO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POL 320170243.

EL ASEGURADOR, A SU VEZ, PODRÁ PONER TÉRMINO AL CONTRATO, CON EXPRESIÓN DE CAUSA, PREVIO ENVÍO DE COMUNICACIÓN POR EL MEDIO SEÑALADO EN EL TÍTULO “COMUNICACIONES”. ESTE AVISO DEBERÁ ENVIARSE AL MENOS 30 DÍAS DE ANTES DE LA FECHA DE TERMINACIÓN. EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO A NO RENOVAR EL CONTRATO EN LA FECHA DE TÉRMINO. (REF. ARTÍCULO 537, CÓDIGO DE COMERCIO)  
EL ASEGURADOR, PODRÁ TERMINAR EL CONTRATO EN CASO DE CONCURRIR UNA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

- A) SI EL INTERÉS ASEGURABLE NO LLEGARE A EXISTIR O CESARE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO. EN ESTE CASO EL ASEGURADO TENDRÁ DERECHO A RESTITUCIÓN DE LA PARTE DE LA PRIMA PAGADA NO GANADA POR EL ASEGURADOR CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO CORRIDO.
- B) POR FALTA DEL PAGO DE LA PRIMA.
- C) EN CASO DE VERIFICARSE UNA INFRACCIÓN A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES DESCRITAS EN LAS CONDICIONES GENERALES.
- D) EN CASO QUE EL ASEGURADOR IDENTIFIQUE UNA SINIESTRALIDAD SUPERIOR A LA CONSIDERADA EN LA TARIFICACIÓN DEL RIESGO.
- E) INEXISTENCIA DEL MEDIO DE PAGO.
- F) CUANDO LA COMPAÑÍA HAYA EFECTUADO UN CAMBIO EN SU POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN. SIN EMBARGO, ESTA TERMINACIÓN SERÁ POSIBLE ÚNICAMENTE CUANDO SE CANCELE O SE REVISEN TODAS LAS PÓLIZAS O COBERTURAS INDIVIDUALES QUE HAN SIDO EMITIDAS BAJO DICHA POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN RESPECTO AL PROGRAMA DE SEGUROS ACORDADO CON EL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA
- G) CUANDO SE HAYA CUMPLIDO EL MÁXIMO DE EVENTOS A ASEGURAR POR EL PERÍODO DE VIGENCIA COBERTURA QUE SE DEFINA EN LAS PRESENTES CONDICIONES.
- H) CUANDO POR RAZONES EXTERNAS A LA COMPAÑÍA DE SEGURO, LE SEA IMPOSIBLE CONTINUAR DANDO LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES.

### **DENUNCIA DE SINIESTRO**

PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL ASEGURADO O RECLAMANTE DEBERÁ COMUNICARLO AL ASEGURADOR TAN PRONTO SEA POSIBLE. PARA ESTOS EFECTOS, TENDRÁ UN PLAZO DE 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA LA PRESENTACIÓN ANTE LA COMPAÑÍA DE LOS ANTECEDENTES SOLICITADOS.

EL INTERESADO DEBERÁ DENUNCIAR EL SINIESTRO EN EL SIGUIENTE ENLACE [HTTPS://WWW.CHUBB.COM/CL-ES/SINIESTROS/REPORTA-UN-SINIESTRO.HTML](https://www.chubb.com/cl-es/siniestros/reporta-un-siniestro.html) O COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRONICO [SINIESTROS.CHILE@CHUBB.COM](mailto:SINIESTROS.CHILE@CHUBB.COM); DONDE SE LE INSTRUIRÁ PARA DAR CURSO AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN.

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

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

### **DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE UN SINIESTRO POR MUERTE ACCIDENTAL**

1. FORMULARIO DE DENUNCIO DE SINIESTRO.
2. FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO POR AMBOS LADOS.
3. FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS POR AMBOS LADOS.
4. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL CON INDICACIÓN DE CAUSAL DE FALLECIMIENTO.
5. PARTE POLICIAL COMPLETO.
6. INFORME DE ALCOHOLEMIA, SEGÚN CORRESPONDA.
7. INFORME DE AUTOPSIA SEGÚN CORRESPONDA

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

### **PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

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

### **COMUNICACIONES**

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

EN CASO DE DESCONOCERSE SU CORREO ELECTRÓNICO O DE RECIBIR UNA CONSTANCIA DE QUE DICHO CORREO NO FUE ENVIADO O RECIBIDO EXITOSAMENTE, O SI NO CUENTA

CON TELÉFONO CELULAR, LAS COMUNICACIONES DEBERÁN EFECTUARSE MEDIANTE EL ENVÍO DE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO DEL CONTRATANTE O EL ASEGURADO.

**DOMICILIO**

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

**SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE**

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

**NOTAS:**

- LA COMPAÑÍA TENDRÁ SIEMPRE EL DERECHO DE SOLICITAR, YA SEA AL ASEGURADO, CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE O DOCUMENTO QUE SE NECESITE, O QUE ESTIME NECESARIO, ADEMÁS Y SIN PERJUICIO DE LOS YA CITADOS, PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO Y EL AJUSTE CORRESPONDIENTE SI PROCEDIERE.
- ESTE CONTRATO NO ADHIERE A LA CERTIFICACIÓN VOLUNTARIA DEL ART. 55 DE LA LEY 19.496.
- SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.
- LA CONTRATACIÓN DE ESTOS SEGUROS ES DE CARÁCTER VOLUNTARIO. USTED PUEDE RETRACTARSE SI LA CONTRATACIÓN LA EFECTUÓ POR UN MEDIO A DISTANCIA. ADEMÁS, USTED PUEDE TERMINAR LOS SEGUROS VOLUNTARIOS ANTICIPADAMENTE EN CUALQUIER MOMENTO, INDEPENDIENTE DEL MEDIO UTILIZADO PARA SU CONTRATACIÓN.

**ANEXO N° 1**  
**INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE**  
**CONSULTAS Y RECLAMOS**

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

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

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA COMISION DE MERCADOS FINANCIEROS, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS N° 1449, PISO 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB [WWW.CMFCHILE.CL](http://WWW.CMFCHILE.CL).

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

COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. Y EN [WWW.AACH.CL](http://WWW.AACH.CL).

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

## ANEXO N° 2

### CONDICIONES GENERALES DE LA ASISTENCIA DENTAL

EL ASEGURADO TITULAR TENDRÁ DERECHO A ESTE BENEFICIO, QUE SERÁ PROVISTO POR E DENTAL CHILE S.A. U OTRA COMPAÑÍA QUE OFREZCA CARACTERÍSTICAS SIMILARES.

**NÚMERO DE ATENCIÓN: 227501070**

**ADICIONAL:** SE DEFINE COMO ADICIONAL O CARGA, AQUELLA CARGA LEGAL O TERCEROS QUE EL TITULAR REGISTRE COMO TALES AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN, USUARIOS DEL PLAN DENTAL.

**LUGAR DE ATENCIÓN:** RED E DENTAL, LIBRE ELECCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA RED E DENTAL.

**PROCESO DE ATENCIÓN:** PARA COORDINAR SU PRIMERA HORA DE ATENCIÓN EL CLIENTE **DEBE** LLAMAR AL NÚMERO DE CONTACTO: 227501070 DE LUNES A VIERNES DE 9:00 AM A 18:00, SEGÚN DISPONIBILIDAD DE LA RED, UBICACIÓN Y HORARIO QUE ELIJA ENTRE LAS DISPONIBILIDADES QUE SE LE OFREZCAN. LAS SIGUIENTES HORAS PODRÁN SER COORDINADAS POR EL PACIENTE DIRECTAMENTE EN LA CLÍNICA. PODRÁ EXISTIR UN INTERVALO DE TIEMPO MÍNIMO DE 9 DÍAS CONTINUOS ENTRE ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS, ESTABLECIDOS PARA EVALUAR LA CALIDAD Y EVOLUCIÓN SATISFACTORIA DE LOS TRATAMIENTOS EFECTUADOS, EL SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ODONTÓLOGO A LOS MISMOS.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS:** LA ATENCIÓN DE URGENCIAS DEBE SER AUTORIZADAS Y COORDINADAS A TRAVÉS DEL NÚMERO 227501070, EN CUALQUIER HORARIO. EN CASO DE QUE EL CLIENTE CONFIRME CON EL CALL CENTER E DENTAL QUE NO HAY PROFESIONALES DISPONIBLES PARA RECIBIR ATENCIÓN, E-DENTAL (EN BASE AL PLAN CONTRATADO) REEMBOLSARÁ HASTA \$50.000 POR LA ATENCIÓN RECIBIDA, PREVIA VERIFICACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: DIAGNÓSTICO DEL PROFESIONAL, BOLETA DE LOS VALORES PAGADOS Y RADIOGRAFÍA PERIAPICAL DEL DIENTE AFECTADO (OPCIONAL). E-DENTAL EN UN PLAZO MÁXIMO DE 15 DÍAS CONTINUOS EVALUARÁ Y EFECTUARÁ EL REEMBOLSO DE LOS MONTOS PAGADOS POR EL CLIENTE A LA CUENTA BANCARIA QUE EL CLIENTE INDIQUE. EL CLIENTE PODRÁ HACER LA SOLICITUD Y SEGUIMIENTO A SU REEMBOLSO A TRAVÉS DEL 227501070.

**DEFINICIÓN DE URGENCIA DENTAL PARA ESTE SERVICIO:** DE ACUERDO A LA "GUÍA CLÍNICA: URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA 2007" ENTREGADA POR EL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (MINSAL), LA URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA COMPRENDE UN CONJUNTO DE PATOLOGÍAS BUCO-MÁXILO-FACIALES, DE APARICIÓN SÚBITA, DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE, QUE SE MANIFIESTAN PRINCIPALMENTE POR DOLOR AGUDO Y QUE PROVOCAN DEMANDA ESPONTÁNEA DE ATENCIÓN. LA ATENCIÓN PARA RESOLVER LA CAUSAL DE LA URGENCIA DEBE EFECTUARSE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RATIFICADO EL DIAGNÓSTICO. NO SE CONSIDERAN ATENCIÓN DE URGENCIA, LAS PRESTACIONES POSTERIORES A LA ATENCIÓN DE URGENCIA.

**CARENCIAS:** EL CLIENTE PUEDE HACER USO DEL SERVICIO DENTAL TRANSCURRIDOS 5 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN EN CASO DE URGENCIAS DENTALES CARACTERIZADAS POR SÍNTOMAS COMO EL DOLOR E INFLAMACIÓN, O BIEN TRANSCURRIDOS 45 DÍAS CORRIDOS CONTADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN, PARA LOS DEMÁS PROCEDIMIENTOS. \*\*90 DÍAS CORRIDOS

PARA ACTIVAR LA ATENCIÓN DE URGENCIA DENTAL PARA UN TERCERO POR 12 MESES, COSTO \$0. \*180 DÍAS CORRIDOS PARA ACCEDER A LA TARIFA PREFERENTE DE \$49.990 EN BLANQUEAMIENTO QUÍMICO EN CUBETAS, 1 SESIÓN EN CLÍNICA.

**EXCLUSIONES:** SE EXCEPTÚAN DEL SERVICIO LAS EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES (MUELAS DEL JUICIO), TRATAMIENTOS DE ORTODONCIA (FRENILLOS), TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PERIODONTALES (PULIDOS RADICULARES ENTRE OTROS), PRÓTESIS (FIJAS Y REMOVIBLES), CIRUGÍAS DE LAS ENCÍAS, CIRUGÍAS PARA IMPLANTES Y TRATAMIENTOS DE MAYOR COMPLEJIDAD NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN LA TABLA DESCRIPTIVA DEL PLAN.

**GARANTÍA:** LOS TRATAMIENTOS TENDRÁN UNA GARANTÍA POR PARTE DE LA CLÍNICA QUE LOS REALIZA DE 12 MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO. E DENTAL MEDIARÁ LA RELACIÓN DEL CLIENTE CON LAS CLÍNICAS PARA QUE ÉSTAS ENTREGUEN LAS GARANTÍAS A QUE HAYA LUGAR. ESTA GARANTÍA SERÁ EXIGIBLE SIEMPRE QUE SE VERIFIQUE QUE NO HUBO NEGLIGENCIA POR PARTE DEL CLIENTE EN EL CUIDADO Y SEGUIMIENTO A LAS INDICACIONES ENTREGADAS POR EL ODONTÓLOGO, ASÍ COMO EN EL CUMPLIMIENTO EN LAS HORAS AGENDADAS Y CORRECTA FINALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS. ESTA GARANTÍA NO CONSIDERA TRATAMIENTOS DE PREVENCIÓN Y PERIODONCIA.

**ENDODONCIAS:** EL PAGO DE LA ENDODONCIA TIENE LUGAR SIEMPRE Y CUANDO SE ASEGURE UN BUEN PRONÓSTICO DE LA PIEZA, ACORDE A LO DETERMINADO POR EL ODONTÓLOGO TRATANTE, Y SE ASEGURE LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE. FINALIZADO EL TRATAMIENTO DE CONDUCTO, LA PIEZA DENTAL PUEDE REQUERIR DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTOS REHABILITADORES DEPENDIENDO DE LA INDICACIÓN CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA QUE TIENE LA PIEZA EN CUESTIÓN. DENTRO DE LOS TRATAMIENTOS POSIBLES SE ENCUENTRAN: PRÓTESIS FIJA (CORONA + PERNO MUÑÓN), INCRUSTACIONES Y RESTAURACIONES; QUE NO ESTÁN CONTEMPLADOS EN EL PLAN CONTRATADO.

**TARIFAS PREFERENTES:** EL CLIENTE PODRÁ ACCEDER A LA TARIFA PREFERENTE E-DENTAL CON DESCUENTOS DESDE 10% HASTA UN 65% EN BASE AL PRECIO VENTA PÚBLICO (PVP) PROMEDIO DE MERCADO SOBRE LOS HONORARIOS ODONTOLÓGICOS EN OTROS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS Y DE RECUPERACIÓN DE SALUD BUCAL, EXCLUYENDO: LABORATORIO, MATERIALES, ORTODONCIA, IMPLANTES, CIRUGÍA PARA IMPLANTES, PABELLÓN, SEDACIÓN Y CIRUGÍAS DE MAYOR COMPLEJIDAD.

**OTROS:** 1. ES CONDICIÓN DEL SERVICIO ESTAR AL DÍA EN LOS PAGOS DE SU SEGURO AL RECIBIR LA ATENCIÓN. 2. AUTORIZAR LA CONSULTA POR PARTE DE E- DENTAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL TITULAR Y SUS BENEFICIARIOS, INCLUYENDO EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS INTRAORALES CON FINES ADMINISTRATIVOS Y DE AUDITORÍA. 3. PAGAR DIRECTAMENTE EN LA CLÍNICA LOS COPAGOS MENCIONADOS EN LA TABLA DESCRIPTIVA DEL SERVICIO Y LOS VALORES POR LAS TARIFAS PREFERENTES O VALORES PARTICULARES DE TRATAMIENTOS NO MENCIONADOS EN LA TABLA 1.

**DEBERES DEL PACIENTE:** ASISTIR PUNTUALMENTE A LAS HORAS AGENDADAS, O ANUNCIAR CON AL MENOS 2 HORAS DE ANTELACIÓN LA REPROGRAMACIÓN DE LA HORA AGENDADA DIRECTAMENTE EN LA CLÍNICA TRATANTE.

RESPETAR AL EQUIPO CLÍNICO, INFORMARSE Y RESPETAR LOS TÉRMINOS DEL SERVICIO CONTRATADO, COLABORAR EN LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA CON FINES CLÍNICOS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTOS DEBERES DARÁ LUGAR A E DENTAL CHILE S.A., A LA ANULACIÓN UNILATERAL DEL SERVICIO.

|                                                                                                  | <b>DESCRIPCION</b>                                                    | <b>TOPE POR AÑO DE VIGENCIA</b> | <b>VALOR A PAGAR EN CLÍNICA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>URGENCIAS: ENTREGA ATENCIÓN PRIORITARIA EN CASO DE DOLOR INTENSO, INFLAMACIÓN O SANGRADO.</b> |                                                                       |                                 |                                 |
| 1                                                                                                | DIAGNÓSTICO DE URGENCIA DENTAL Y DERIVACIÓN A ESPECIALISTA            | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 2                                                                                                | RADIOGRAFÍA PIEZA AFECTADA (PERIAPICAL)                               | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 3                                                                                                | ALIVIO DE OCLUSIÓN (DIENTE SINTOMÁTICO)                               | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 4                                                                                                | COLOCACIÓN DE CEMENTO TEMPORAL                                        | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 5                                                                                                | DRENAJE DE ABSCESO INTRAORAL                                          | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 6                                                                                                | TREPANACIÓN DE URGENCIA (PULPITIS IRREVERSIBLE)                       | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 7                                                                                                | EXTRACCIONES SIMPLES DE URGENCIA (EXCLUYE TERCEROS MOLARES)           | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 8                                                                                                | EXTRACCIONES A COLGAJO DE URGENCIA (EXCLUYE TERCEROS MOLARES)         | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 9                                                                                                | COMPLICACIONES POST-EXODONCIA: HEMORRAGIA Y ALVEOLITIS                | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 10                                                                                               | FERULIZACIÓN EN CASO DE TRAUMA DIENTES ANTERIORES                     | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 11                                                                                               | ELIMINACIÓN DE CONTACTO PREMATURO                                     | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 12                                                                                               | RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO                                          | SIN TOPE                        | \$0                             |
| <b>URGENCIAS PROTÉSICAS</b>                                                                      |                                                                       |                                 |                                 |
| 13                                                                                               | RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN SIN CORRECCIONES                        | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 14                                                                                               | RECEMENTACIÓN CORONA SIN CORRECCIONES                                 | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 15                                                                                               | RECEMENTACIÓN PUENTE DEF. SIN CORRECCIONES                            | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 16                                                                                               | REBASADO O ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS (NO INCLUYE LABORATORIO)      | SIN TOPE                        | \$0                             |
| 17                                                                                               | REPARACIÓN DE PRÓTESIS CON TOMA DE IMPRESIÓN (NO INCLUYE LABORATORIO) | SIN TOPE                        | \$0                             |

|                                                                                                                                                        |                                                                                                |          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| 18                                                                                                                                                     | REPARACIÓN DE PRÓTESIS SIN TOMA DE IMPRESIÓN                                                   | SIN TOPE | \$ 0      |
| <b>PREVENCIÓN: MEDIDAS QUE PERMITEN REDUCIR LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN DE UNA AFECCIÓN O ENFERMEDAD, O BIEN INTERRUMPIR O AMINORAR SU APARICIÓN.</b> |                                                                                                |          |           |
| 19                                                                                                                                                     | EXAMEN CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO                                                                   | SIN TOPE | \$ 0      |
| 20                                                                                                                                                     | ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DEL CEPILLADO, USO DEL HILO DENTAL E HIGIENE BUCAL                     | SIN TOPE | \$ 0      |
| 21                                                                                                                                                     | RAYOS-X (PERIAPICALES PARA DIAGNÓSTICO DE DIENTE SINTOMÁTICO)                                  | SIN TOPE | \$ 0      |
| 22                                                                                                                                                     | PROFILAXIS 1 AL AÑO                                                                            | 1        | \$ 0      |
| 23                                                                                                                                                     | FASE HIGIÉNICA (PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES - 1 POR PERÍODO DE VIGENCIA) | 1        | \$ 9.000  |
| <b>ENDODONCIA (INCLUYE TRATAMIENTO TERMINADO DE DIENTES VITALES Y NO VITALES, CON O SIN LESIÓN PERIAPICAL).</b>                                        |                                                                                                |          |           |
| 24                                                                                                                                                     | ENDODONCIA EN DIENTES ANTERIORES                                                               | 1        | \$ 16.000 |
| 25                                                                                                                                                     | ENDODONCIA EN PREMOLARES Y MOLARES                                                             |          | \$ 16.000 |
| 26                                                                                                                                                     | SELLADO DE PERFORACIÓN Y FALSA VÍA.                                                            | 1        | 0         |
| 27                                                                                                                                                     | RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR DE CONDUCTOMETRÍA.                                                   | 1        | 0         |
| 28                                                                                                                                                     | RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR DE CONTROL DE OBTURACIÓN.                                            | 1        | 0         |
| <b>OPERATORIA: SE TRATA DE LAS TAPADURAS EN CASO DE CARIES O FRACTURA DEL DIENTE.</b>                                                                  |                                                                                                |          |           |
| 29                                                                                                                                                     | OBTURACIÓN RESINA SIMPLE, PIEZA ANTERIOR O POSTERIOR                                           | 1        | \$ 9.000  |
| 30                                                                                                                                                     | OBTURACIÓN RESINA COMPUESTA, PIEZA ANTERIOR O POSTERIOR                                        |          | \$ 9.000  |
| 31                                                                                                                                                     | OBTURACIÓN RESINA COMPLEJA, PIEZA ANTERIOR O POSTERIOR                                         |          | \$ 9.000  |
| 32                                                                                                                                                     | RESINA CERVICAL, PIEZA ANTERIOR O POSTERIOR (LESIONES POR CARIES, EROSIONES O ABRASIONES)      |          | \$ 9.000  |
| 33                                                                                                                                                     | TRATAMIENTO DE SENSIBILIDAD CERVICAL SIN CAVIDAD (CON IONÓMEROS SOLO EN CASO DE SENSIBILIDAD)  | 1        | \$ 9.000  |

| <b>CIRUGIA ORAL ES LA EXTRACCIÓN DE DIENTES ERUPCIONADOS.</b> |                                                                                |          |          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 34                                                            | EXODONCIA SIMPLE (EXCLUYE TERCEROS MOLARES)                                    | SIN TOPE | \$ 0     |
| 35                                                            | EXODONCIA A COLGAJO (EXCLUYE TERCEROS MOLARES)                                 | SIN TOPE | \$ 0     |
| <b>ODONTOLOGÍA EN NIÑOS</b>                                   |                                                                                |          |          |
| 36                                                            | APLICACIÓN DE FLÚOR GEL EN CUBETAS(< DE 14 AÑOS - 1 C/6 MESES)                 | 2        | \$ 0     |
| 37                                                            | SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS <14 AÑOS                                          | 4        | \$ 0     |
| 38                                                            | EXODONCIA DIENTE TEMPORAL                                                      | 2        | \$ 0     |
| 39                                                            | RESINA SIMPLE EN DIENTES TEMPORALES                                            | 2        | \$ 0     |
| 40                                                            | RESINA COMPUESTA EN DIENTES TEMPORALES                                         | 2        | \$ 0     |
| 41                                                            | PULPOTOMÍA                                                                     | 2        | \$ 0     |
| 42                                                            | ENDODONCIA EN DIENTE TEMPORAL ANTERIOR                                         | 2        | \$ 0     |
| 43                                                            | ENDODONCIA EN DIENTE TEMPORAL POSTERIOR                                        | 2        | \$ 0     |
| <b>OTROS</b>                                                  |                                                                                |          |          |
| 44                                                            | *BLANQUEAMIENTO 1 SESIÓN EN CLÍNICA – CON CUBETAS (MES 6 DE VIGENCIA)          | 1        | \$49.990 |
| 45                                                            | **ATENCIÓN DE URGENCIA DENTAL PARA UN TERCERO POR 12 MESES (MES 3 DE VIGENCIA) | SIN TOPE | \$ 0     |

**(CIRCULAR N° 2106 COMISIÓN DE MERCADOS FINANCIEROS)**  
**PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS**

**1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN**

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

**2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN**

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

**3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA**

EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE OPONERSE A ELLA, SOLICITÁNDOLE POR ESCRITO QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR DE SEGUROS, DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA DEBERÁ DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICIÓN.

**4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES**

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

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

**5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN**

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

**6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

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

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

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

**7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

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

**8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN**

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

**9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN**

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