

REF.: APRUEBA SEGURO COLECTIVO DE
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA, ADI
CIONAL A LAS POLIZAS DE SEGU
RO COLECTIVO DE VIDA.

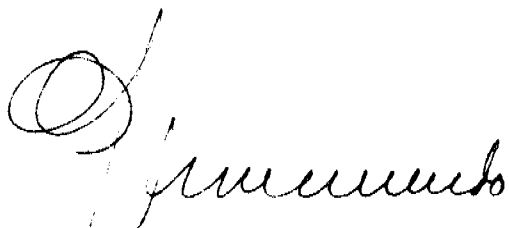
C I R C U L A R N° 615

A todas las entidades de seguros del segundo grupo.

Santiago, 30 de Abril de 1986

Vista la facultad que me confiere
el artículo 3º letra e) del D.F.L. N° 251, de 1931 y lo solicita
do por una entidad aseguradora, el Superintendente infrascrito
aprueba el seguro colectivo de asistencia odontológica, adicio
nal a las pólizas de seguro colectivo de vida, que se adjunta.

Saluda atentamente a Ud.,



FERNANDO ALVARADO ELISSETCHE

**SUPERINTENDENTE DE
VALORES Y SEGUROS
CHILE**

La circular N° 614 fue enviada a todas las sociedades anónimas fis-
calizadas por esta Superintendencia.

000318

SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

ADICIONAL A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA N°

El presente adicional, sus condiciones particulares, la solicitud del contra
tante y las solicitudes individuales de los asegurados, de haberlas, se en-
tenderán formar parte integrante de la póliza de seguro colectivo N° _____
suscrita por _____ y _____ en _____
de 198___. En consecuencia, las condiciones generales de dicha póliza serán
enteramente aplicables a este adicional en la medida que no sean contradicto
rias, caso en el cual primará lo aquí estipulado.

1. ARTICULO PRIMERO : DE LAS DEFINICIONES

Los términos aquí señalados deberán interpretarse en conformidad a sus
respectivas definiciones en la medida de que ellas no aparezcan en abier
ta contradicción con la intención de las partes, con la naturaleza del -
contrato o con las cláusulas del presente adicional.

1.1. CONTRATANTE :

Será la misma empresa u organismo contratante de la póliza colec
tiva de seguro de vida de la cual forma parte este adicional.

1.2. ASEGURADO :

Es un(a) trabajador(a) contratado(a) a tiempo completo y plazo in
definido por el contratante de la póliza.

1.3. CARGA FAMILIAR :

Para todos los efectos del presente adicional, se considerará co
mo tal al cónyuge del asegurado y a los hijos legítimos de uno o
ambos o legalmente adoptados por uno o ambos, solteros, mayores
de tres años y menores de diez y nueve (19) años, de sexo femeni
no o masculino, que sean económicamente dependientes del asegura
do y que vivan bajo el mismo techo de este último. Los hijos an
tes señalados, menores de veinte y cinco (25) años y que se en-
cuentren estudiando a tiempo completo, serán también considera-

dos como carga familiar en la medida de que el asegurado acredite que ellos viven bajo su total dependencia económica.

1.4. BENEFICIO :

Es el reembolso que la compañía se compromete a efectuar de los gastos aceptables incurridos en la recuperación, rehabilitación, protección y/o fomento de la salud odonto-estomatológica del asegurado o de sus cargas familiares, en la proporción, plazos y condiciones que se estipulan en el presente adicional.

1.5. SOLICITUD DE BENEFICIO DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA :

Será el formulario que proveerá la compañía, a través del cual el contratante en representación del asegurado solicitará el pago del beneficio a objeto de entregarlo a este último.

1.6. NIVEL DE BENEFICIOS :

Es el beneficio a que tiene derecho el asegurado en conformidad al límite máximo de cobertura, tarifa y nivel de agrupación elegidos e individualizados en las condiciones particulares de este adicional.

1.7. INSTRUCTIVO DEL ASEGURADO :

Es el documento proporcionado por la compañía aseguradora, a distribuirse entre los asegurados, que contiene las especificaciones del seguro colectivo de asistencia odontológica, así como de sus procedimientos de uso y diferentes gastos, prestaciones, valores, fecha y clases y límites de beneficios.

1.8. CIRUJANO-DENTISTA

Es un profesional con título universitario de Cirujano-Dentista oficialmente reconocido y establecido legalmente para efectuar servicios o actividades de recuperación, rehabilitación, protección y/o fomento de la salud odonto-estomatológica.

1.9. CENTRO ODONTOLÓGICO :

Es una sociedad o comunidad organizada para operar como tal y destinada a ofrecer actividades o servicios de recuperación,

rehabilitación, protección y/o fomento de salud odonto-estomatológica de la población chilena en general.

1.10. LESION ODONTOLOGICA :

Es una lesión corporal por enfermedad o accidente que requiere tratamiento odonto-estomatológico por parte de un cirujano-dentista.

1.11. NUEVA LESION ODONTOLOGICA :

Serán consideradas como una continuación de la misma lesión, las afecciones o complicaciones derivadas o relacionadas con una lesión anterior.

Por contraposición, se considerará como nueva lesión a las restantes, incluyendo aquellas anteriores cuyo reembolso haya sido efectuado con a lo menos 90 días de anticipación.

1.12. INTERVENCION QUIRURGICA :

Se entenderá por tal solamente :

1.12.1. Una intervención que requiera incisión o corte de tejidos blandos o duros en el macizo máxilo-facial.

1.12.2. Sutura de una herida en el macizo máxilo-facial.

1.12.3. Tratamiento de una fractura en el macizo máxilo-facial.

1.12.4. Radioterapia (excluyendo isótopos de terapia radioactiva), si es usada en lugar de una incisión para la remoción de un tumor.

1.13. ARANCEL DE ACTIVIDADES O SERVICIOS :

Se refiere al listado y codificación de prestaciones con los valores establecidos para ellos por la compañía y que forma parte de las condiciones particulares de este adicional.

1.14. GASTO ACEPTABLE :

La compañía calificará como tal a cualquier gasto con carácter de necesario, razonable, suficiente y habitual en que incurra un asegurado, durante la vigencia del adicional, por concepto

de atenciones de salud odonto-estomatológicas y contemplado dentro de las coberturas contratadas en las condiciones particulares de este adicional.

1.15. PRIMA :

La prima es el monto mensual que el contratante deberá cancelar a la compañía a objeto de que el asegurado tenga derecho a los beneficios aquí establecidos.

2. ARTICULO SEGUNDO : REQUERIMIENTO DE BENEFICIOS

Todo requerimiento de beneficio a la compañía deberá ser presentado por el contratante en representación del asegurado y por medio del formulario de solicitud de beneficios para asistencia odontológica (S.B.A.O.) debidamente completado y adjuntando la o las correspondientes boletas de servicio.

Esta presentación deberá efectuarse en cualquier oficina de la compañía dentro de los treinta (30) días corridos y siguientes a aquel en que se incurrió en el gasto odontológico respectivo.

El omitir dicha notificación en el plazo estipulado no invalidará o reducirá la cobertura o beneficio respectivo en la medida de que se demuestre por escrito y en un plazo máximo de 90 días corridos a contar de la fecha del pago efectivo que la demora se debió a razones de fuerza mayor.

3. ARTICULO TERCERO : URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Todo asegurado y/o carga familiar cubierto por este adicional que incurra en una urgencia odontológica deberá, luego de superar dicho evento, someterse a un examen clínico dentro de los 30 días corridos posteriores a la solución de la urgencia. El no hacerlo significará la reducción de un 50% de los beneficios a que tiene derecho, sin perjuicio de la excusa acreditada por fuerza mayor.

Por otra parte, si no hubiera presentado, en consideración a la urgencia, el formulario de S.B.A.O. al cirujano-dentista para su completación deberá, al más breve plazo, regularizar su situación de acuerdo al procedimiento indicado en el punto anterior.

4. ARTICULO CUARTO : TRATAMIENTO Y SU EJECUCION

Cualquier persona asegurada cuyo examen clínico inicial o preventivo, incluyendo lo establecido en el artículo anterior, recomiende un tratamiento odontológico, deberá luego del procedimiento administrativo habitual, someterse a la ejecución de dicho tratamiento dentro de los 60 días corridos siguientes a su diagnóstico. El no hacerlo significará la reducción de un 70% de los beneficios a que tiene derecho, sin perjuicio de la excusa acreditada por fuerza mayor.

5. ARTICULO QUINTO : EXCLUSIONES

Se excluirán de los beneficios otorgados por el presente adicional :

- 5.1. Lesión o enfermedad inflingida a sí mismo mientras está en uso o no de sus facultades mentales, tratamiento de alcoholismo crónico, adicción a drogas y otras sustancias de efectos análogos o similares, alergia o desórdenes mentales o nerviosos.
- 5.2. Lesión o enfermedad producida por participación en actos delictuales penados por la ley.
- 5.3. La hospitalización en general y/o cualquier tratamiento 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, intentos de suicidio, huelga o conmoción civil.
- 5.4. El examen, diagnóstico y tratamiento por enfermedad o malformaciones congénitas o del desarrollo que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura establecida en las condiciones particulares del adicional.
- 5.5. Cirugía plástica o cosmética u otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones, a menos que sea requerida por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado está cubierto bajo el adicional.
- 5.6. 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.

- 5.7. Los accidentes del trabajo previstos en la ley N° 16.744 o en el texto legal que la reemplace y los accidentes del tránsito protegidos por la ley N° 18.490, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Circulación de Vehículos Motorizados o en el texto legal que la reemplace hasta el monto por éstas cubierto.
 - 5.8. Cualquier incapacidad que se hubiere originado antes de la fecha efectiva de cobertura del asegurado bajo el presente adicional. Sin embargo, esta exclusión cesará después de 90 días de vigencia continua de este adicional sin que se hayan verificado consultas o tratamientos odonto-estomatológicos por esa incapacidad.
 - 5.9. Secuelas de traumatismo máxilo-faciales antiguos.
 - 5.10. Medicamentos en general.
 - 5.11. Tratamientos complementarios de rehabilitación del paciente oncológico de cabeza y cuello.
 - 5.12. Prótesis somáticas máxilo-faciales.
6. ARTICULO SEXTO : EXAMENES CLINICOS

La compañía tiene y se reserva el derecho de hacer examinar clínicamente en los centros dentales acreditados por ella, a cualquier persona asegurada. Esto podrá ser efectuado tantas veces como razonablemente se requiera y mientras se mantenga pendiente cualquier requerimiento de beneficio. No obstante lo anterior, tanto los asegurados como sus cargas familiares deberán someterse a un examen preventivo anual, cuya fecha les será oportunamente avisada por carta certificada. El no concurrir a dicho examen clínico dentro de los 60 días corridos posteriores a la notificación antes dicha, reducirá de inmediato los beneficios del plan correspondiente en un 50%, reducción que será aplicada hasta el término del año en que debió efectuarse el examen preventivo.

Todo lo anterior, sin perjuicio de que el asegurado pueda excusar su inasistencia o la de su carga familiar, por causa grave debidamente acreditada.

7. ARTICULO SEPTIMO : FECHA DE VIGENCIA DEL ADICIONAL

La fecha y condiciones, en las cuales un asegurado y sus cargas familiares estarán aptos para requerir los beneficios cubiertos por este adicional, se establecen en las condiciones particulares del adicional.

8. ARTICULO OCTAVO : PAGO Y AJUSTES DE PRIMAS

8.1. El pago de las primas es de responsabilidad exclusiva del contratante y deberá extenderse por todo el período de vigencia del seguro incluyendo cualquier período en que los beneficios sean cancelados. Su periodicidad será mensual y de pago anticipado.

8.2. Ajustes de Primas : La compañía, con aviso previo como más adelante se indica, tiene el derecho a ajustar las tasas o primas en cualquiera de las siguientes fechas :

8.2.1. Al comienzo de cada período anual de vigencia de este adicional.

8.2.2. Cuando la tasa haya estado vigente por lo menos durante 12 meses.

8.2.3. Cada vez que se modifiquen los términos del presente adicional.

A excepción del número 8.2.3. antes mencionado, la compañía notificará por escrito al contratante, a los menos con 30 días corridos de anticipación a la fecha de vencimiento, cualquier ajuste en la prima.

Cualquier ajuste a la prima debido a un cambio en el seguro vigente, regirá y será cancelado a partir de la fecha de vencimiento del próximo pago mensual de prima.

9. ARTICULO NOVENO : TERMINO DEL ADICIONAL

La compañía y el contratante, independientemente de lo establecido en las condiciones generales de la póliza, podrán en cualquier momento poner término anticipado al presente adicional mediante una notificación por escrito enviada en tal sentido por la una o la otra parte, al domicilio aquí señalado, con a lo menos treinta (30) días corridos de an-

ticipación a la fecha de término efectivo, en forma de carta certificada, sin necesidad de invocar causa alguna y sin posteriores responsabilidades para las partes por las consecuencias directas o indirectas, - previstas o imprevistas que puedan derivar como consecuencia de tal decisión de término.

Asimismo, este adicional terminará anticipadamente y en el momento mismo en que deba pagarse la prima mensual si en tal fecha de pago se encontraren cubiertos menos de cien (100) asegurados de un mismo contratante o menos del 75% de los trabajadores que éste tenga a tal fecha y aptos para ser considerados como asegurados por este adicional.

10 ARTICULO DECIMO : EXTENSION DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones contenidas en las condiciones generales de la póliza, deberá entenderse que continuarán vigentes los beneficios aquí establecidos y por un período que en caso alguno excederá de treinta días corridos a contar de la fecha de término respectiva, en caso de que este adicional termine durante la ejecución de un tratamiento odonto-estomatológico de cualesquiera de los aquí asegurados.

11 ARTICULO DECIMO PRIMERO : FINQUITOS INDIVIDUALES

11.1 Cesará esta cobertura para un asegurado por ella cuando ocurra uno cualquiera de los siguientes eventos :

- 11.1.1. Término de este adicional o de la póliza de seguro colectivo del cual forma parte.
- 11.1.2. No pago de las primas estipuladas.
- 11.1.3. Término de su contrato de trabajo.

No obstante lo anterior, el trabajador que deje de ser considerado activo debido a accidente o enfermedad, podrá ser considerado como asegurado, siempre que tal ausencia o inactividad no exceda el período de 1 (un) año y se pague durante dicho período la prima que por él - corresponde. Asimismo, el trabajador suspendido temporalmente o con licencia podrá ser considerado como asegurado, siempre que dicha suspensión o licencia no ex-

ceda el período total de tres (3) meses y se pague durante dicho período la prima que por él corresponda. La cobertura para un asegurado cesará inmediata y automáticamente al término de los períodos antes mencionados durante los cuales conservó su cobertura, a menos que el contratante comunique oficialmente a la compañía el retorno de dicho trabajador a su trabajo activo.

11.2 Cesará esta cobertura para una carga familiar del asegurado cuando ocurra uno cualquiera de los siguientes eventos:

- 11.2.1. Término del seguro para el asegurado.
- 11.2.2. No pago de las primas por dicha carga familiar.
- 11.2.3. Cuando deje de ser considerada carga familiar, según ésta fue definida para el presente adicional salvo que la cobertura beneficie a un niño inválido que no pueda ganar su propio sustento como resultado de su invalidez existente en forma previa a la época en que el niño alcance la edad de 19 años.

Por lo anterior, el asegurado deberá enviar a la compañía, dentro de los 30 (treinta) días posteriores a que el niño alcance tal edad máxima asegurable, pruebas suficientes de la invalidez y/o dependencia y de que ella existía antes de que el niño haya alcanzado dicha edad máxima.

Esta extensión de cobertura cesará automáticamente cuando el niño no sea ya considerado inválido, no dependa del asegurado o contrajese matrimonio,

12. ARTICULO DECIMO SEGUNDO : COORDINACION DE BENEFICIOS

El asegurado bajo este adicional que se encuentre también cubierto por otro programa de seguro odontológico, deberá presentar sus gastos a través de la póliza bajo la cual es titular del seguro y en el orden que corresponda a la fecha original de suscripción o vigencia de dicha póliza y no de sus prórrogas o renovaciones. Lo mismo se aplicará para las cargas familiares. Los beneficios que establezca la otra

póliza no afectarán a los de este adicional, pero los gastos serán reducidos en este adicional de manera que la persona cubierta no reciba en total más del 100% de los gastos en que haya incurrido por cualquier tratamiento odontológico.

12.1 Tendrán prioridad en el pago de beneficios:

- 12.1.1. Las pólizas o adicionales suscritos con anterioridad al presente adicional, independientemente de sus prórrogas o renovaciones.
- 12.1.2. Las pólizas o adicionales que originalmente cubran al asegurado por un tiempo mayor del aquí estipulado, independientemente de sus prórrogas o renovaciones.
- 12.1.3. Los planes suscritos con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) o con Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
- 12.1.4. Los planes de beneficios otorgados directamente por el contratante previos a este adicional

13. ARTICULO DECIMO TERCERO : ASPECTOS LEGALES

13.1 Demandas por mal ejercicio profesional:

Este adicional no da derecho a los asegurados o a sus cargas familiares para demandar a la compañía debido a un inoportuno, ineficiente o ineficaz ejercicio profesional de cualquier cirujano-dentista, aún cuando dichos servicios le hayan sido prestados en relación con este adicional. Esta responsabilidad es imputable única y directamente al profesional prestador del servicio.

13.2 Procedimientos legales:

No podrá ser entablada ninguna acción destinada a obtener sentencia fundada en este adicional antes de 60 días ni transcurridos más de 2 años después que la comprobación del siniestro haya sido proporcionada de acuerdo a los requerimientos de este adicional.

13.3 Uso indebido de beneficio

El uso indebido del beneficio por parte del asegurado lo obligará a indemnizar a la compañía por todos los gastos o perjuicios que tal acción le produzca a esta última en el equivalente al doble del reembolso hecho por la compañía o de la cantidad indebidamente percibida. Lo anterior, es sin perjuicio de los demás derechos que la compañía pueda ejercer.