



Seguro Dental

Certificado de Seguro N°XXXX

Código SBS:

Código SUSALUD:

Póliza No: _____

Datos Generales de la Póliza

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____

Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.

Renovación: automática

Vigencia: xxxx

Corredor:

Cód. SBS N°: XXXX

Comisión:

Datos de la Compañía

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A.

RUC: 20390625007

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima

Teléfono: 417-5000

Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Datos del Comercializador

Denominación o Razón Social:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Distrito:

Departamento:

Correo Electrónico:

Datos del Contratante

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Distrito:

Departamento:

Correo Electrónico:

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos: _____ Tipo y N° Doc. Identidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Distrito: _____
 Provincia: _____ Departamento: _____
 Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
 Relación con el Contratante: _____

Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos: _____ Tipo y N° Doc. Identidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Distrito: _____
 Provincia: _____ Departamento: _____
 Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
 Relación con el Asegurado Titular: _____

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Permanencia:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Beneficiarios

Para las coberturas principales: El propio ASEGURADO

Para las coberturas adicionales (cuando corresponda)

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	DNI	%

Descripción del Interés Asegurado

La Compañía cubrirá los gastos provenientes de una atención médica dental por enfermedad o accidente, de acuerdo con el Plan contratado, el cual se indica en el presente documento, derivados del tratamiento de enfermedades bucodentales cubiertas; así como a indemnizar los gastos efectuados con motivo de los procedimientos preventivos de salud bucal en que incurra el Asegurado, los cuales estarán limitados al Gasto Usual y Acostumbrado.

Coberturas

Cobertura Principal

- Seguro Dental

Suma Asegurada

US\$ S/

Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan contratado)

- XXXX

US\$ S/

Descripción de coberturas

Seguro Dental

En caso de que el Asegurado requiera atención dental y diagnóstico odontológico en el territorio nacional, y el diagnóstico del odontólogo incluya alguna de las especialidades contratadas en el plan dental del Asegurado, la Compañía cubrirá los gastos de dichas especialidades, siempre considerando los porcentajes de Copago y Deducible del Plan Contratado, así como el Gasto Usual Acostumbrado, hasta el límite de la Suma Asegurada estipulada en el presente documento. El Asegurado puede optar por elegir al odontólogo de su preferencia, o atenderse con alguno de los odontólogos de la Red Médica Odontológica que la Compañía pondrá a su disposición.

Los Tratamientos que el Contratante adquiere y/o los gastos médicos dentales cubiertos por la Póliza dependerán del Plan Contratado, y son los que se describen en la sección de coberturas amparadas en el presente documento.

Quedarán amparados los Gastos Cubiertos de los Tratamientos dentales registrados y aprobados, que sean necesarios efectuar a los Asegurados, conforme al Plan Contratado, hasta el límite máximo de la suma asegurada estipulada en el presente documento.

La Compañía únicamente atenderá los Tratamientos Dentales Registrados y Aprobados y comenzará su responsabilidad a partir de un tratamiento iniciado.

El presente seguro sólo ampara los Honorarios Odontológicos, los Gastos Cubiertos y Gastos Hospitalarios, quedando excluidos: los medicamentos recetados no cubiertos en Gastos Cubiertos, los Gastos de Hospitalización, cualquier gasto distinto a los Gastos Cubiertos, los procedimientos que no se encuentren expresamente nombrados en este Contrato y los Procedimientos o Tratamientos Experimentales.

Las Coberturas están sujetas al Copago y Deducible especificados el presente documento

En caso que el Asegurado se someta a algún tratamiento con un Médico Odontólogo que no pertenece a la Red, el Copago y Deducible especificados en el presente documento serán descontados del reembolso del gasto realizado por el Asegurado de acuerdo con el Gastos Usual Administrados correspondiente.

Para estos casos, aplicarán el Copago y/o Deducible estipulados en el presente documento, que no serán reembolsados.

Al hacer uso de la Red Médica Odontológica, la Compañía se encargará de realizar el Pago Directo a los prestadores de servicios correspondientes, sin embargo, el Copago correrá siempre a cargo del Asegurado.

El Odontólogo será quien determine cuál es el diagnóstico del Asegurado de conformidad con las Coberturas y será quien indique las acciones a realizar. Los Tratamientos y/o procedimientos cubiertos por este seguro son los que se describen la presente Solicitud-Certificado, según el Plan Contratado.

La Cobertura Dental contratada en esta póliza es la siguiente:

ATENCIÓN EN CASO DE URGENCIAS

Consulta telefónica 24 horas (orientación)

Servicio de citas a través de la línea a nivel nacional

Atención de Emergencias y/o urgencias dentales 24 horas

Diagnóstico de urgencia dental y derivación a especialista

Consulta con especialista

Pulpectomía (excresis pulpar)

Tratamiento de alveolitis o hemorragia post exodoncias

Drenaje de absceso intraoral

Colocación de cemento temporal

Ferulización en caso de trauma dientes anteriores

Exodoncia simple o compleja por urgencia (excluye terceros molares)

Re-cementación temporal de coronas

Radiografía periapical de pieza afectada

Endodoncia en dientes anteriores, premolares o molares *por Urgencia**

Obturación en resina por Urgencia (fractura-dolor)

Pulpotomía (dientes de leche)

Pulpectomía (excresis pulpar)

Operculectomía (remoción capuchón pericoronario)

SERVICIOS AMBULATORIOS

Radiografías bitewing de la pieza afectada y diagnóstico

Curetaje radicular localizado

Operculectomía (remoción capuchón pericoronario)

Ferulización en caso de trauma dientes anteriores

Exodoncia simple o compleja por urgencia (excluye terceros molares)

Re-cementación temporal de coronas

Diagnóstico y Prevención

Examen clínico y diagnóstico general y especialista

Consulta con especialista

Rayos X (periapicales para diagnóstico)

Rayos X (coronales o bitewing para diagnóstico)

Instrucción y control de higiene oral adultos y niños

Aplicación de fluor (1 cada 6 meses)

Limpieza dental profesional (remoción de cálculos + profilaxis) cada 6 meses

Sellantes de fosas y fisuras por diente (hasta 12 años)
Limpieza dental adultos (remoción de cálculos + profilaxis) cada 6 mese
Limpieza dental niños (profilaxis) cada 6 meses
Operatoria (restauración)
Obturación resina simple, pieza anterior o posterior
Obturación resina compuesta, pieza anterior o posterior
Obturación resina compleja, pieza anterior o posterior
Resina o ionómetro para cuello (lesión cervical)
Cirugía Oral
Exodoncia simple (excluye terceros molares)
Exodoncia a colgajo (excluye terceros molares)
Operculectomía (remoción capuchón pericoronario)
Endodoncia (convencional, no incluye instrumentación con equipo rotatorio)
Endodoncia dientes anteriores
Endodoncia premolares
Endodoncia molares
Medicación intra-conducto en caso de infección
Desobturación para repetir tratamiento de endodoncia
Sellado de perforación y falsa vía
Odontopediatría
Profilaxis para niños
Sellantes de fosas y fisuras por diente (hasta 12 años)
Obturación resina pieza temporal
Exodoncia simple diente temporal
Obturación ionómetro vidrio fotocurado en pieza temporal
Pulpotomía
Endodoncia en diente temporal anterior y posterior
ESTÉTICA
Sesión Blanqueamiento en consultorio

DETALLE DE COBERTURAS

1. COBERTURA DE PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR

La COMPAÑÍA pagará directamente al prestador de la Red Médica Oncológica los gastos dentales razonables, acostumbrados e incurridos por el ASEGURADO a consecuencia de las prestaciones odontológicas que se detallan en las presentes condiciones, siempre que la póliza se encuentre vigente. Las coberturas asociadas a este seguro se aplicarán solo en caso de enfermedad o accidente odontológico, con la excepción de las prestaciones que no tengan este origen. Además, es necesario que las prestaciones hayan sido otorgadas y prescritas por un cirujano-dentista preferente, de acuerdo con los porcentajes y límites establecidos en el plan contratado, según la tarifa y/o costo de servicio acordado. Las prestaciones que no estén incorporadas en el servicio acordado no tendrán cobertura por parte de la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA o el proveedor del servicio dental podrá establecer el ámbito temporal y territorial de la cobertura sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, se podrán definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que otorgará la cobertura, así como aquellas en las que no operará esta cobertura. La cobertura del seguro solo se otorgará en territorio peruano. El listado de la Red Médica Oncológica y los prestadores dentales estará disponible a través de la página web de la COMPAÑÍA, que considere conveniente.

2. COBERTURA EN CASO DE REEMBOLSO

La COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO los gastos dentales razonables, acostumbrados e incurridos por el asegurado a consecuencia de las prestaciones odontológicas que se detallan en las presentes condiciones, siempre que la póliza se encuentre vigente.

Las coberturas asociadas a este seguro se aplicarán solo en caso de enfermedad o accidente odontológico, con la excepción de las prestaciones que no tengan este origen. Además, es necesario que las prestaciones hayan sido otorgadas y prescritas por un cirujano-dentista preferente, de acuerdo con los porcentajes y límites establecidos en el plan contratado, según la tarifa y/o costo de servicio acordado. Las prestaciones que no estén incorporadas en el servicio acordado no tendrán cobertura por parte de la COMPAÑÍA. De este modo, no se cubrirán los gastos dentales incurridos cuando la prestación se haya efectuado durante un periodo de tiempo o en un territorio excluido de cobertura, aun cuando la póliza se encuentre vigente.

3. ESPECIALIDADES PARA PRESTACIONES DENTALES CUBIERTAS:

A. Atención urgencia prioritaria: cubre las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten la cavidad oral tejidos duros y blandos de cavidad oral causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata. Estos eventos incluyen, examen clínico, diagnóstico de urgencia y derivación a especialista, consulta con especialista, radiografía periapical de la pieza afectada, pulpectomía o exéresis pulpar (eliminación del nervio), pulpotomía (dientes de leche), ferulización por luxación dentaria, colocación de cemento temporal (curación provisional), en caso de urgencia asociada a dolor o trauma se cubren restauraciones en resina de fotocurado (curaciones) en dientes permanentes y temporales (resinas o ionómeros), extracción simple o compleja por urgencia (excepto muelas del juicio), operculectomía (remoción de capuchones peri coronarios), complicaciones post-exodoncia tratamiento por hemorragia o alveolitis, re-cementación de coronas o provisionales como medida de urgencia, drenaje absceso intra oral, endodoncia en dientes permanentes y temporales solo si es el motivo de la consulta de urgencia. En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos (espacios virtuales entre nervios y músculos) solo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiere, para el manejo intrahospitalario de estos pacientes

B. Acciones generales: para efectos de esta póliza las acciones generales considerarían las siguientes prestaciones;

- i. Provisión de exámenes regulares para evaluar el estado dental de los asegurados.
- ii. Proporcionar un plan de tratamiento detallado junto con un presupuesto estimado para cualquier procedimiento necesario.
- iii. Aplicación de fluoruro para fortalecer el esmalte dental y prevenir la formación de caries. Estas prestaciones ayudarán a mantener una buena salud bucal y prevenir problemas dentales a largo plazo.
- iv. Limpieza dental: procedimiento dental realizado por un dentista para remover la placa bacteriana y el sarro que se acumula en los dientes y encías. Es necesaria para eliminar la acumulación de placa y sarro que no se puede eliminar fácilmente con la higiene oral diaria.

C. Odontopediatría: es una especialidad de la odontología que se centra en el cuidado oral de los niños desde su infancia hasta los 14 años y 364 días. El objetivo principal de la odontopediatría es proporcionar

una atención dental especializada y adecuada a los menores, con el fin de mantener una buena salud bucal y prevenir posibles problemas dentales a largo plazo.

D. Operatoria dental: se enfoca en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades y afecciones de los dientes. Su objetivo principal es restaurar la función utilizando diferentes técnicas y materiales. La operatoria dental incluye procedimientos como obturaciones dentales para tratar las caries, para mejorar el aspecto de los dientes involucra tratamientos de blanqueamiento dental y reparación de fracturas dentales.

E. Periodoncia: diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales, que afectan los tejidos que soportan los dientes como: encías, hueso alveolar y ligamentos periodontales. El objetivo principal de la periodoncia es mantener la salud de los tejidos de soporte, prevenir la progresión de las enfermedades periodontales y tratar las condiciones existentes para restaurar la función y estabilidad de los dientes.

F. Radiología oral e intraoral: técnicas de imagen para examinar y diagnosticar problemas relacionados con los dientes, los huesos y los tejidos blandos de la boca. Estas técnicas incluyen radiografías digitales, tomografías computarizadas (tc) y escáneres intraorales.

G. Cirugía dental maxilofacial (simple o compleja): la cirugía dental simple hace referencia a los procedimientos quirúrgicos dentales de menor complejidad que se realizan en la consulta del dentista. Estos procedimientos pueden incluir extracción de dientes temporales (de leche), extracción de dientes permanentes con una erupción parcial o total.

Por otro lado, la cirugía dental compleja es un procedimiento más complejo que incluye procedimientos como la extracción de dientes impactados, extracción de terceros molares (muelas del juicio), injertos óseos, que no son realizados a nivel hospitalario.

Tanto la cirugía dental simple como la compleja requieren el uso de anestesia local y son realizadas en la consulta odontológica y no en centros hospitalarios. La decisión sobre qué tipo de cirugía dental se necesita se basa en la evaluación clínica y radiográfica realizada por el dentista.

H. Endodoncia: diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el tejido pulpar de los dientes, comúnmente conocido como el "nervio del diente". El objetivo principal de la endodoncia es salvar los dientes naturalmente cuando han sido comprometidos por lesiones, infecciones o caries profundas que han llegado a afectar la pulpa dental.

I. Restauración (operatoria): cubre los procedimientos y medidas terapéuticas necesarias para la reparación de la anatomía y función de cualquier pieza dental afectada por caries, fracturas o desalojo de restauraciones previas. Está incluida la restauración en resina de fotocurado (curaciones) simples, compuestas o complejas, resinas o ionómero de vidrio para cuellos (lesiones cervicales). Se cubrirá la restauración siempre y cuando esté indicada y pueda garantizarse su correcta realización, dientes con pérdidas de tejido superiores al 50% pueden requerir otro manejo (incrustación o corona).

J. Reembolso en caso de urgencia dental: cuando el ASEGURADO solicite una o varias atenciones de emergencia o urgencia y por causas de fuerza mayor, en la zona geográfica y en el momento de la solicitud no hay disponibilidad de un odontólogo, consultorio, clínica, centro de salud oral o institución

de salud y odontología autorizada que pueda atender su emergencia o urgencia odontológica, Se le reembolsará al ASEGURADO el valor de los servicios odontológicos efectivamente recibidos y facturados.

El valor del reembolso no excederá el valor del pago que haga el ASEGURADO y que esté debidamente acreditado por una factura emitida por el prestador del servicio. Como circunstancias de fuerza mayor se entiende: cuando ocurran fallas en las redes externas de telecomunicaciones comprobables ante la empresa de teléfonos del lugar o cuando no se cuente con red de clínicas en el lugar donde se encuentra el paciente que requiere la urgencia. El valor señalado anteriormente será reconocido a la persona que previamente demuestre haber sufragado los gastos correspondientes, a través de la presentación ante la compañía de los siguientes documentos, en un plazo máximo de quince (15) días calendario posteriores al evento: facturas originales de los servicios pagados, resumen de atención firmado por el profesional tratante en donde se describan los procedimientos de urgencia realizados.

Exclusiones

En ningún caso se cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

- a) Tratamientos que no estén especificados en las Coberturas mencionadas como amparadas en el presente documento, o en algún Endoso emitido por la Compañía, de acuerdo con el Plan Contratado.
- b) Cualquier complicación derivada o que sobrevenga durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.
- c) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro.
- d) Lesiones que se produzcan como consecuencia del cumplimiento del servicio militar, actos de guerra declarada o no, revolución, asonada, motín, conmoción civil, al cometer actos delictivos o bajo los efectos del alcohol o realizando actividades de alto riesgo o deportes extremos.
- e) Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo que el tratamiento o la operación de cirugía plástica o reparadora sean necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza de Seguro. Cualquier cirugía reconstructiva dental.
- f) Lesiones que se cause el propio Asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.
- g) Tratamientos hospitalarios o complicación de Tratamientos no amparados en la Póliza.
- h) Tratamientos Experimentales o de investigación.
- i) Cualquier complicación derivada o que sobrevenga durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por negligencia del Asegurado, ya sea por no seguir o cumplir con las indicaciones del Odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 (treinta) días.

- j) Medicamentos recetados no incluidos en Gastos Cubiertos, es decir, no suministrados directamente por el Odontólogo.**
- k) Anestesia general o sedaciones.**
- l) Gastos Hospitalarios.**
- m) Tratamientos y gastos realizados fuera del territorio de la República del Perú.**
- n) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.**
- o) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.**
- p) Procedimientos dentales realizados por personas o cirujanos-dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.**
- q) Cualquier gasto dental por concepto de una prestación y/o atención que se haya iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado o, con posterioridad a la fecha de término de dicha vigencia.**
- r) Cualquier gasto dental por concepto de un reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cobertura.**
- s) Cualquier gasto dental por concepto de aquellas prestaciones odontológicas que tengan lugar a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.**
- t) Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.**
- u) Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red.**
- v) Carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas y procedimientos pre-protésicos en general que no hayan sido descritos en las coberturas.**
- w) Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del paciente. Se considera abandono cuando un paciente no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.**
- y) Las extracciones de los terceros molares (muelas del juicio semi incluidas o totalmente impactadas en el hueso), 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 salvo se indique lo contrario en la Solicitud-Certificado.

Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el Contratante o Asegurado tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del departamento del tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados.

Cuando sea aplicable un reembolso, si la Póliza no está vigente, por cualquier motivo, no se cubrirán o reembolsarán los gastos por tratamientos no diagnosticados ni aprobados dentro de la vigencia de la Póliza.

Prima

Prima Comercial: XXXX / US\$ XXXX

Prima Comercial + IGV: XXXX / US\$ XXX

Periodicidad de pago: XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Forma y Lugar de Pago de la Prima:

(Según corresponda)

Cuando se establezca pago en EFECTIVO se realizará en:

Lugar: XXX

Dirección: XX

Teléfono. XX

Cuando se establezca pago con cargo en TARJETA DE CRÉDITO o CUENTA BANCARIA del ASEGURADO TITULAR:

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.

- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de XX reintentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos reintentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de XX nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Certificado de Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del Certificado de Seguro, siempre que el Certificado de Seguro no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver el certificado de seguro, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita, quedando el Certificado resuelto de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. Las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establecen este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Terminación del Seguro

El Seguro terminará en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

a)La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.

b)Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. En dicho caso, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.

c)Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.

d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

En todos los supuestos de terminación la COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se obliga a devolver la prima por el periodo no devengado en un plazo máximo de 30 (treinta) días calendario a partir de la fecha de configuración del supuesto de terminación.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

A. EN CASO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Para casos de urgencias odontológicas, el ASEGURADO deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA o a quien esta le de la responsabilidad, llamando al teléfono señalado en el presente documento.

LA COMPAÑÍA gestionará la atención en el centro odontológico de la red. El ASEGURADO deberá presentar su documento de identidad al centro odontológico al que acuda a efectos de poder ser atendido como mecanismo de identificación.

Si por fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho no hubiera disponibilidad de atención en la red en la zona geográfica y momento de la solicitud, el ASEGURADO podrá atenderse por su cuenta y solicitar el reembolso únicamente respecto de los gastos odontológicos efectivamente cubiertos por la Póliza, conforme a las condiciones, límites, porcentajes, copagos y deducibles aplicables y siempre que exista aprobación expresa de LA COMPAÑÍA de forma previa a la atención.

B. EN CASO DE CITAS PROGRAMADAS

El ASEGURADO deberá comunicarse al teléfono señalado en el presente documento, para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad.

Se verificará la vigencia de la póliza de seguro del Asegurado, las coberturas y beneficios adicionales correspondientes.

C. ATENCIÓN AL CRÉDITO

Las coberturas del presente seguro serán pagados directamente al centro odontológico preferente por LA COMPAÑÍA, conforme a los porcentajes, tarifas, copagos, deducibles y demás condiciones del plan contratado, según la prestación solicitada.

D. REEMBOLSO

El ASEGURADO solo podrá solicitar el pago vía reembolso cuando la cobertura haya sido previamente aprobada por LA COMPAÑÍA antes de la prestación del servicio y siempre que se trate de los supuestos expresamente previstos en la Póliza, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, los casos de emergencia o urgencia dental contemplados en la cobertura contratada.

Para solicitar el reembolso, el ASEGURADO deberá presentar los antecedentes médicos, exámenes radiológicos, comprobantes de pago y demás documentos sustentatorios que acrediten la atención recibida, el gasto efectuado y la aprobación previa de la cobertura por parte de LA COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y estos documentos no hayan sido presentados, serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que dispone la CIA para pronunciarse sobre la atención del siniestro y, en caso los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ésta se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” - “Solicitud Electrónica”.
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 399-1212 (**)

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro.
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

- Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: www.sbs.gob.pe
- INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

Definiciones

Para efectos del presente Contrato de Seguro, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, los cuales podrán ser utilizados en plural o singular, indistintamente:

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Accidente Dental : Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, siempre y cuando ocurra mientras se encuentre vigente la cobertura de esta Póliza **y que requieran atención dental** dentro de los noventa (90) días naturales siguientes al evento que le dio origen. **No se consideran Accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Acciones Generales: Es el gasto incurrido por concepto de: Consulta y estudio preliminar clínico, control y exámenes periódicos. Las prestaciones de higiene o profilaxis y/o de la limpieza coronaria rutinaria o limpieza simple efectuada, con el objeto de eliminar manchas o sarro sobre la encía o como tratamiento de gingivitis simple. Los gastos incurridos por colocación de flúor tópica.

Amalgamas: Aleación de dos (2) o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales.

Apicectomía: Procedimiento quirúrgico para remover la parte final de la raíz o ápice.

Aplicación de sellador: Consiste en la aplicación de material que se pone en la superficie masticatoria (oclusal) de los molares y premolares recién erupcionados. Es un método preventivo de caries.

Aplicación de Flúor: Consiste en la aplicación de espumas, geles o esmaltes directamente a la superficie dental y es absorbida por ésta. Es un método preventivo de caries y es utilizado en menores de 15 años únicamente.

Asegurado: Concepto referido tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional.

Asegurado Titular: Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales previstas por la presente póliza. Es la persona física que se encuentra protegida bajo los beneficios de este Contrato de Seguro. Quedará amparado el Asegurado Titular, designado en la Póliza de Seguro y, los Asegurados Adicionales.

Asegurado Adicional: Es el cónyuge o conviviente, descendientes o ascendientes del Asegurado Titular, detallados en la Solicitud de Seguro, que se acoge a las coberturas de la póliza, según corresponda.

Blanqueamiento: Procedimiento cosmético que consiste en el aclaramiento de las piezas dentales por medio de sustancias químicas.

Caries: Enfermedad provocada por los ácidos de la placa bacteriana que destruye los dientes. Estos ácidos desmineralizan el tejido más duro del diente, así como el esmalte dental. Si no se detecta y se trata de forma temprana, puede afectar la pulpa dental y contagiar otros dientes.

Solicitud-Certificado / Certificado de Seguro: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una Póliza determinada y que contiene la información mínima sobre condiciones de aseguramiento, conforma a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Cirugía Dental: Especialidad que se encarga de diagnosticar y tratar quirúrgicamente las enfermedades, traumatismos y defectos de los dientes, boca, maxilares y sus tejidos adyacentes; así como también es el área a cargo de extraer todo tipo de dientes y muelas, que se encuentren en mal estado o que por alguna indicación específica deben ser extraídos.

Cobertura: Riesgos cubiertos por el presente seguro, especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Compañía: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros.

Consulta: Atención del Odontólogo al Asegurado en su calidad de paciente en un espacio y tiempo determinado, mediante la aplicación de una entrevista y otros métodos, a fin de lograr un diagnóstico y en su caso, el Tratamiento que se indica en la historia clínica, para la recuperación de la salud bucal.

Contratante: Persona natural o jurídica que ha solicitado a la Compañía una póliza para sí y/o terceras personas o para un grupo homogéneo de personas. Es el responsable, ante la Compañía, del pago de la prima correspondiente y de informar cualquier hecho que permita determinar el riesgo materia del seguro.

Contrato o Póliza de Seguro: Documento que contiene los términos y condiciones celebrados entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Las condiciones generales, las condiciones particulares y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del Contrato de Seguro.

Deducible o Copago: Porcentaje o cantidad fija con la cual el Asegurado participa del riesgo, el cual se especificará en las Condiciones Particulares de la Póliza y será cobrado por la Compañía, se aplicará al monto total de los Tratamientos cubiertos en cada solicitud de cobertura, pudiéndolo descontar de la indemnización que corresponda al Asegurado por el uso del beneficio.

Dependientes Económicos: Son el (la) cónyuge o concubino(a) del Asegurado, sus hijos, padres y demás miembros del núcleo familiar que dependan económicamente del Contratante o Titular, siempre que estén dentro de los límites establecidos en la Póliza y que aparezcan expresamente mencionados en las condiciones particulares.

Diagnóstico: Determinación y/o calificación que da el Odontólogo al Asegurado, como resultado de la Consulta, entrevistas, exámenes físicos, pruebas médicas y otros auxiliares orientados a reconocer e identificar el problema o enfermedad. Contempla el examen clínico, diagnóstico y la entrega del plan integral de tratamiento realizado por profesional en odontología general o especialista adscrito a la red médica odontológica.

Endodoncia: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del canal radicular (nervio dental), siempre y cuando esté asociado a patología pulpar. Incluye endodoncia convencional (tratamiento de conductos) en dientes anteriores, premolares y molares, medicación intra-conducto en caso de infección y manejo de complicaciones como sello de perforaciones están cubiertas siempre y cuando el selle de la perforación o falsa vía esté relacionado con tratamiento endodóntico realizado por profesional de la red de proveedores. En caso de trauma en dientes permanentes jóvenes cubre la apexogénesis (inducción al cierre de la raíz). Están excluidos tratamientos de endodoncia (conductos) con fines protésicos y endodoncias técnica rotatoria.

Endoso: Documento que modifica y/o adiciona, previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, las Condiciones de la póliza, formando parte de la misma.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo, que amerite tratamiento dental y/o quirúrgico diagnosticado por un Odontólogo acreditado, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente. **No se considerarán como enfermedad las afecciones provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Evento: Accidente específico o suceso sufrido por el Asegurado que generó la activación de la póliza, el diagnóstico clínico y los Tratamientos y/o procedimientos amparados por esta Póliza.

Exclusiones: Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza y que se encuentre expresamente indicadas en la Póliza.

Extracción: Procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria temporal o permanente.

Gastos Cubiertos: Desembolsos en los que incurra el Asegurado para la atención de los Tratamientos que se describen en el capítulo de COBERTURAS, siempre que hayan sido realizando dentro del territorio de la República del Perú, que el Asegurado se encuentre dentro del periodo de cobertura al momento del ocurrir el Tratamiento; y que no se encuentre excluido por las condiciones generales o endosos que formen parte de la Póliza.

Gastos Hospitalarios: Desembolsos por la prestación de servicios para la atención del Asegurado en un centro médico u odontológico debidamente autorizado para corregir un diagnóstico clínico amparado por esta Póliza.

Gasto Usual y Acostumbrado: Monto, valor o tarifa convencionalmente pactado con los prestadores de servicio de la Red Médica Odontológica; los cuales pueden ser informados mediante la página web o tarifarios exhibidos, según corresponda.

Gingivitis: Infección en la encía que causa inflamación, enrojecimiento y sangrado.

Historia Clínica: Recopilación de los datos generales del Asegurado, para su expediente personal.

Honorarios Odontológicos: Remuneración que obtiene el Odontólogo legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

Implantes y Prótesis Dentales Fijas y Removibles: Son opciones de tratamiento utilizadas en Odontología para reemplazar dientes perdidos o faltantes y restaurar la función dental.

Los implantes dentales son pequeñas estructuras de titanio u otros materiales biocompatibles que se insertan en el hueso maxilar o mandibular a través de un procedimiento quirúrgico. Estos implantes actúan como raíces artificiales, proporcionando una base sólida para soportar coronas, puentes u otras prótesis dentales. Una vez que el implante se ha fusionado con el hueso circundante, se puede colocar una prótesis dental conectada al implante, lo que restaura la apariencia y función de un diente natural.

Las prótesis dentales fijas son aquellas que están permanentemente unidas a los dientes adyacentes o a los implantes. Estas prótesis son cementadas o atornilladas en su lugar, lo que proporciona una solución estable y funcional.

Las prótesis dentales removibles son aquellas que se pueden quitar y volver a colocar en la boca. Las prótesis dentales removibles se sujetan a la boca mediante un ajuste preciso y pueden quitarse para su limpieza y durante la noche.

Odontología: Rama de la medicina que estudia las estructuras bucales y sus alteraciones para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Odontólogo: Persona que ha recibido el título y cédula profesional de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la Odontología.

Odontólogo de la red: Persona que ha recibido el título profesional de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la Odontología. Forma parte de la Red Médica Odontológica de la Compañía para llevar a cabo los procedimientos al Asegurado.

Odontopediatra: Odontólogo que se especializa en el cuidado de la salud oral de los niños, desde bebés hasta adolescentes.

Odontopediatría: Cubre las prácticas para la promoción de la salud y las buenas prácticas de higiene oral en los niños. Contempla profilaxis (limpieza dental profesional), sellantes hasta los 12 años, exodoncia o extracción de diente temporal, cubre los tratamientos necesarios para manejo de caries, fracturas o desalojo de restauraciones en cuyo caso contempla curaciones en resina y/o restauración en ionómero de vidrio. Está cubierta la pulpotomía que es un tratamiento para proteger el nervio de los dientes primarios. Si existe daño en el nervio del diente temporal y el profesional así lo indica se cubre la endodoncia del diente temporal (tratamientos de conductos o pulpectomía).

Operatoria Dental: Se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y afecciones de los dientes. Su objetivo principal es restaurar la función dental utilizando diferentes técnicas y materiales. La Operatoria Dental incluye procedimientos como obturaciones dentales para tratar las caries. También puede involucrar reparación de fracturas dentales.

Ortodoncia: Especialidad de la Odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las malposiciones dentarias y de las deformidades de los maxilares.

Padecimiento Cubierto: Toda alteración en la salud bucal que sufra el Asegurado mientras se encuentre vigente la presente Póliza y que no esté expresamente excluido o no se presente dentro del periodo de espera estipulado en las condiciones particulares de la póliza.

Pago Directo: Beneficio mediante el cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de la Red Médica Odontológica, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados al Asegurado. Se requiere que el Asegurado sea atendido por proveedores de la Red Médica Odontológica y que la Póliza de Seguro se encuentre vigente.

Período de Carencia: Es el tiempo que debe pasar desde que se contrata la póliza hasta que se pueden usar ciertos beneficios o coberturas. Durante este periodo, aunque la póliza esté activa, no es posible reclamar esos beneficios. Una vez que termina el periodo de carencia, los beneficios de la cobertura se activan y el asegurado solo debe cumplirlo una vez al inicio de la vigencia de la póliza. Para los dependientes económicos, el periodo de

carencia se cuenta desde su incorporación a la póliza o, en su caso, desde la rehabilitación del seguro. El periodo de espera no aplica en los casos de accidentes o urgencias que ocurran durante la vigencia de la póliza, salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado. El periodo de carencia tampoco aplica en las renovaciones.

Periodo de Espera: Es el tiempo que debe transcurrir desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del Asegurado a la misma, hasta que determinadas coberturas, beneficios o tratamientos específicos puedan ser utilizados. Durante este periodo, aunque la póliza se encuentre vigente, no será posible solicitar ni acceder a dichos beneficios. Una vez concluido el periodo de espera, las coberturas correspondientes se activan automáticamente y el Asegurado podrá hacer uso de ellas conforme a los términos y condiciones de la póliza. Para los dependientes económicos, el periodo de espera se contabiliza desde su incorporación a la póliza o, de ser el caso, desde la rehabilitación del seguro. El periodo de espera no aplica en los casos de accidentes o urgencias que ocurran durante la vigencia de la póliza, salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado. El periodo de espera tampoco aplica en las renovaciones.

Periodoncia: Se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades periodontales, que afectan los tejidos que soportan los dientes como encías, hueso alveolar y ligamentos periodontales. El objetivo principal de la Periodoncia es mantener la salud de los tejidos de soporte y tratar las condiciones existentes para restaurar la función y estabilidad de los dientes.

Plan Contratado: Conjunto de Coberturas y sumas aseguradas amparados por la Póliza de Seguro y que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Plan de Tratamiento: Propuesta de actividades que presenta el Odontólogo al Asegurado para restablecer su salud bucal.

Preexistencias o Padecimientos preexistentes: Se entenderá por preexistencias aquellos casos que presenten una o varias de las características siguientes:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Existan pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate; la Compañía podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

c) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate.

Procedimientos o tratamientos experimentales: Aquellos que no están definidos de acuerdo con las guías y/o protocolos de práctica clínica de Salud.

Profilaxis: Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes.

Radiología oral e intraoral: Técnicas de imagen para examinar y diagnosticar problemas relacionados con los dientes, los huesos y los tejidos blandos de la boca. Estas técnicas incluyen radiografías digitales, tomografías computarizadas (TC) y escáneres intraorales.

Red Médica Odontológica: Son los Prestadores de servicios odontológicos y de apoyo en el territorio nacional que tienen celebrado un contrato con la Compañía y que proporcionan a los Asegurados los servicios que ampara la presente Póliza. Los prestadores integrantes de la Red Médica Odontológica pueden aparecer expresamente nombrados en el Directorio Médico Odontológico .

Resina: Es una mezcla plástica del color del diente relleno, incluyendo material sintético, que tiene por objeto restaurar y reparar dientes dañados.

Suma Asegurada Anual: Es la cantidad máxima que la Compañía pagará por concepto de beneficios cubiertos, en cada año de vigencia de la Póliza de Seguro, de conformidad con el Plan Contratado. La Suma Asegurada Anual

se reinstala automáticamente en cada renovación anual. La Suma Asegurada Anual aplicará por cada Asegurado, cuando la modalidad de contratación sea individual o por la totalidad de los Dependientes Económicos, cuando la modalidad de contratación sea familiar. La modalidad de contratación se especificará en las Condiciones particulares de la Póliza.

Trastornos Temporomandibulares: Son los trastornos que afectan la articulación temporomandibular que conecta la mandíbula con el cráneo y que pueden causar dolor y disfunción en la articulación de la mandíbula y en los músculos que controlan su movimiento.

Tratamiento: Intervenciones que realiza el Odontólogo de acuerdo con el Asegurado, con la finalidad de limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de su cavidad bucal.

Tratamiento Dental: Conjunto de procedimientos odontológicos necesarios para tratar un problema dental de acuerdo con el Plan Contratado.

Se considerará un sólo Tratamiento Dental a aquél que continúe periódicamente conforme al plan de citas establecido por el Odontólogo y quede registrado y aprobado. Un Tratamiento Dental diagnosticado y aprobado durante la vigencia de la Póliza, será concluido si la Póliza de Seguro es cancelada, resuelta, extinguida o no renovada por cualquier motivo, atendiendo a los límites de responsabilidad.

Tratamiento Dental Registrado y Aprobado: Todo aquel Tratamiento que haya diagnosticado el Odontólogo y que haya quedado registrado y aprobado por la Compañía.

Tratamiento Iniciado: Todo aquel Tratamiento Dental Registrado y Aprobado, cuyo primer procedimiento ha sido efectuado por el Odontólogo y cuyo inicio ha sido firmado por el Asegurado.

Tratamiento de Conductos: Rama de la Odontología que estudia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la cavidad pulpar, raíz y tejido periapical (endodoncias).

Urgencia: Tipo de atención dental que se considera urgente y/o situación extraordinaria que requiere atención inmediata. Esto puede incluir situaciones odontológicas como: dolor intenso, infección, fractura de pieza dental, sangrado por urgencia generado por traumatismos, post tratamientos quirúrgicos y/o infecciones dentales agudas y/o cualquier otro problema que cause un dolor intenso o afecte la capacidad de comer o hablar adecuadamente. Es importante para abordar el problema de manera rápida y evitar complicaciones adicionales.

Cubre las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten la cavidad oral tejidos duros y blandos de cavidad oral causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata. Estos eventos incluyen, examen clínico, diagnóstico de urgencia y derivación a especialista, radiografía periapical o bitewing de la pieza afectada, pulpectomía o exéresis pulpar (eliminación del nervio), pulpotomía (dientes de leche), drenaje absceso intra oral, curetaje radicular localizado, colocación de cemento temporal (curación provisional), operculectomía (remoción de capuchones peri coronarios), ferulización por luxación dentaria en caso de trauma dientes anteriores, extracción simple o compleja por urgencia (excepto muelas del juicio), complicaciones post-exodoncia tratamiento por hemorragia o alveolitis, re-cementación de coronas o provisionales como medida de urgencia. En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos (espacios virtuales entre nervios y músculos) solo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiere, para el manejo intrahospitalario de estos pacientes.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que CHUBB incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a CHUBB, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del

servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

El ASEGURADO autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre productos y servicios a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de CHUBB.

Los datos personales proporcionados tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de CHUBB.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.

- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

El **ASEGURADO** autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X): Sí (☐) No (☐)

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Domicilio y Comunicaciones

La **COMPAÑÍA** y el **ASEGURADO TITULAR** señalan como sus domicilios el que aparece registrado en el presente Certificado de Seguro, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO TITULAR** y/o **BENEFICIARIO** notificarán a la **COMPAÑÍA** anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este Certificado de Seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Deducible o Copago

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Importante

- La información contenida en este Certificado de Seguro se complementa con la información en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- El **ASEGURADO** tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA **COMPAÑÍA**, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el **ASEGURADO**.

- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: xxxx
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.

CARGAS

- ***El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.***
- ***Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.***

Fecha de emisión: XXXX

Firma Funcionario de Chubb Seguros Perú: _____

Firma ASEGURADO TITULAR: _____