

Seguro Dental

Condiciones Generales

Índice

1. Definiciones
2. Objeto Del Seguro
3. Coberturas Básicas
4. Carencia / Período De Espera
5. Suma Asegurada
6. Condiciones Para Ser Asegurado
7. Duplicidad De Pólizas
8. Exclusiones Y Limitaciones
9. Límite Máximo De Responsabilidad
10. Copagos / Deducibles
11. Renovación Automática
12. Terminación Del Seguro
13. Aviso Del Siniestro Y Procedimiento Para Solicitar La Cobertura
14. Pago De Beneficios
15. Solicitud de Coberturas Fraudulentas

Introducción

De conformidad con las declaraciones contenidas en la solicitud del seguro presentada por el Contratante y/o Asegurado, en adelante el ASEGURADO, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado tanto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, como en las presentes Condiciones Generales del Seguro Dental, así como también en las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos y anexos adjuntos, Chubb Seguros Perú S.A, en adelante la COMPAÑÍA, conviene en amparar al ASEGURADO, contra los riesgos indicados a continuación.

Artículo 1° 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 sello 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.

Artículo 2º: Objeto del Seguro

Mediante el presente Contrato, 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 las Condiciones Particulares, 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.

Artículo 3º: Coberturas Básicas

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 las Condiciones Particulares de la Póliza. 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 las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 las Condiciones Particulares de la Póliza 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 las condiciones particulares de la póliza, 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 en el Anexo I de la Póliza, según el Plan Contratado especificado en las condiciones Particulares de la Póliza.

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)
Pulpotpmía (dientes de leche)
Pulpectomia (excresis pulpar)
Operculectomía (remoción capuchón pericoronario)

SERVICIOS AMBULATORIOS

Radiografías bitewing de la pieza afectada y diagnóstico
Curetage 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 flúor (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.

Las coberturas amparadas por este contrato podrán estar sujetas a una Carencia o Período de Espera, según lo especificado en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de seguro.

Artículo 5°: Suma Asegurada

Este seguro contempla una Suma Asegurada Anual, la cual se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, no pudiendo ser acumulable ni reinstalable, salvo pacto diferente en los citados documentos. En consecuencia, queda entendido que la Suma Asegurada Anual se reinstalará en cada renovación de la Póliza de Seguro.

La Compañía sólo cubrirá hasta la Suma Asegurada Anual dependiendo del Plan Contratado.

Artículo 6°: Condiciones Para Ser Asegurado

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier persona natural, que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los límites de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Artículo 7°: Duplicidad de Pólizas

El Asegurado no podrá tener contratada más de una póliza de este mismo seguro con la Compañía. La Compañía tendrá un plazo de quince (15) días desde la fecha de la contratación para verificar si el Asegurado cuenta con otra póliza de este seguro. En caso de que el Asegurado cuente con más de una póliza, La Compañía considerará que dicho Contratante y/o Asegurado está cubierto bajo la póliza que proporcione el mayor beneficio, en caso de tener sumas aseguradas diferentes. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la Compañía considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso, la Compañía reembolsará al Contratante y/o Asegurado la prima del seguro duplicado.

Artículo 8°: Exclusiones y/o Limitaciones

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 las Condiciones Particulares, 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, Certificado o Condiciones Particulares.

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 EE.UU. 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.

Se exceptúan 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 que por su mayor complejidad no se encuentren contemplados en este contrato.

Artículo 9º: Límite Máximo De Responsabilidad

Es la cantidad máxima de responsabilidad anual de la Compañía, a consecuencia de gastos incurridos por Tratamientos o procedimientos cubiertos. El límite máximo de responsabilidad de la Compañía corresponde a la Suma Asegurada Anual y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o endoso correspondiente.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será igual al monto total de la suma de los costos individuales de cada uno de los Tratamientos odontológicos amparados, que el Odontólogo haya diagnosticado en su plan de tratamiento y autorizado por parte de la Compañía, sin que dicho monto rebase la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

La Compañía tendrá la obligación de cubrir los siniestros ocurridos dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, teniendo como límite lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma; o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

Artículo 10º: Copagos/Deducibles

El monto del Copago y la forma de pago se especifica en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro.

Artículo 11º: 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 o ASEGURADO, según corresponda, constituye evidencia de existencia de la misma.

Artículo 12º: 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.

Artículo 13º: 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 las condiciones particulares, solicitud certificado o Certificado de seguro, si es un seguro grupal.

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 las Condiciones Particulares, en la solicitud, certificado o Certificado de Seguro, 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.

Artículo 14°: Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado y/o en el Certificado de Seguro, en el plazo establecido en el Condicionado General y las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Artículo 15°: Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza en los siguientes supuestos:

1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
2. Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
3. Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.