

# Protección Familiar a Medida: Cobertura Urgencia Dental



**Cubre los gastos efectivos que demanden las prestaciones necesarias a consecuencia del tratamiento por urgencia dental que se presenten en los asegurados de esta cláusula adicional.**

- 1 Esta cobertura puede incorporar **adicionalmente a cónyuge e hijos**, admitiendo hasta 3 cargas adicionales al asegurado titular.
- 2 **Existen dos modalidades de atención:**
  - a) **Atención en instituciones designadas:** Zurich cubrirá los gastos dentales incurridos por el Beneficiario a consecuencia de las prestaciones dentales de Urgencia, realizadas en presencia de dolor o pérdida funcional, que se detallan en el punto 8 del presente documento, siempre que estos gastos se realicen en la institución designada que actualmente corresponde a los centros dentales pertenecientes a Salud **IntegraMédica S.A.**  
  
Las prestaciones tendrán topes anuales de frecuencia por beneficiario y con un monto máximo o límite total de servicios por hasta UF 10 anual por beneficiario.
  - b) **Atención en libre elección:** Bajo esta modalidad la Compañía pagará por una sola vez el monto único correspondiente a 0,5 UF.
- 3 Carencia de 3 meses, es decir **cubre a partir del 4° mes** de ingresado a la cobertura o una vez realizada la incorporación a esta cobertura vía endoso.
- 4 No tiene deducible. Copago con límite de servicio de UF 10. El exceso debe ser pagado directamente por el beneficiario a IntegraMédica.
- 5 Incluye **64% de descuento** sobre arancel de IntegraMédica, en prestaciones dentales no incluidas en el punto 8.
- 6 Cobertura con **vigencia anual** renovable automáticamente.
- 7 Al momento de contratar el seguro, se debe contar con **sistema previsional de salud** (Isapre, Fonasa, FFAA) y la cobertura del seguro es complementaria al régimen de salud del asegurado.

## Beneficio adicional de Limpieza Dental

Este beneficio solo podrá ser usado 3 veces al año, por cualquiera de los beneficiarios pertenecientes al grupo familiar suscrito en este Plan. Además, se activará transcurrido 6 meses, desde el inicio de vigencia.

Este beneficio incluye evaluación inicial, destartraje supragingival y profilaxis superior e inferior con su respectivo presupuesto de tratamiento dental. Esta prestación no se encuentra sujeta a la condición de urgencia (presencia de dolor o pérdida funcional de una pieza dental) sin embargo, está incluida en el tope anual del convenio (UF 10).

Se excluyen del beneficio, los tratamientos previos y/o complementarios a las prestaciones dentales ya indicadas, así como también los pacientes que en la evaluación inicial se les detecte enfermedad periodontal activa, a quienes se les indicará derivación para ser evaluados por un periodoncista.

## Red IntegraMédica

La cobertura se aplica en cualquier Centro Dental de la extensa Red IntegraMédica en Santiago y Regiones.

### REGIÓN METROPOLITANA

- Alameda
- Alto las Condes
- Bandera
- Barcelona
- Huérfanos
- Estación Central
- Independencia
- La Florida
- Los Dominicos
- Maipú
- Manquehue
- Moneda
- Plaza Norte
- Peñalolén
- Plaza Egaña
- Plaza Oeste

- Plaza Sur
- Plaza Vespucio
- Providencia
- Puente Alto
- San Miguel
- Santa Lucía
- Tobalaba
- Vitacura

### REGIONES

- Copiapó
- La Serena
- Viña del Mar
- Rancagua
- Talca
- Concepción

## 8 Prestaciones

| Prestación cubierta   | Tope anual por beneficiario | Tope anual por beneficiario |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Consultas</b>  |                             |                             |
| Consulta Urgencia (Lunes a Viernes entre 8:00 a 18:30 hrs.)     | 2 al año                    | UF 10                       |
| <b>Radiografías</b>   |                             |                             |
| Radiografía Retroalveolar Unitaria                              | 2 al año                    |                             |
| Radiografía Retroalveolar Total                                 | 1 al año                    |                             |
| Radiografía Aleta Mordida (Cada Placa)                          | 2 al año                    |                             |
| Radiografía Aleta Mordida (2 Placas)                            | 1 al año                    |                             |
| Radiografía Aleta Mordida Unilateral Adulto                     | 2 al año                    |                             |
| Radiografía Panorámica *  | 1 al año                    |                             |
| Teleradiografía Lateral *                                       | 1 al año                    |                             |
| Teleradiografía Frontal *                                       | 1 al año                    |                             |
| <b>Extracciones</b>   |                             |                             |
| Extracción Simple Adulto  | 1 al año                    |                             |
| Extracción a Colgajo  | 1 al año                    |                             |
| Extracción Pieza Temporal                                       | 1 al año                    |                             |
| <b>Trepanaciones</b>  |                             |                             |
| Trepanación de Urgencia (Niños y Adulto)                        | 1 al año                    |                             |
| <b>Obturación</b>   |                             |                             |
| Obturación Cemento Vidrio Ionomero                              | 1 al año                    |                             |
| <b>Restauraciones</b>   |                             |                             |
| Restauración Provisoria   | 1 al año                    |                             |
| Restauración Fotocurado Simple                                  | 1 al año                    |                             |
| Restauración Fotocurado Simple Anterior                         | 1 al año                    |                             |
| Restauración Fotocurado Simple Posterior                        | 1 al año                    |                             |
| Restauración Fotocurado Compuesta                               | 1 al año                    |                             |
| Restauración Fotocurado Compuesta Posterior                     | 1 al año                    |                             |
| Restauración Cervical Fotocurado C/S Cavidad                    | 1 al año                    |                             |
| Restauración Fotocurado Anterior con Ángulo                     | 1 al año                    |                             |
| <b>Reconstrucción</b>   |                             |                             |
| Reconstrucción Parcial de Coronas                               | 1 al año                    |                             |
| <b>Otras Prestaciones</b>                                       |                             |                             |
| Tratamiento De Alveolorrágia, Alveolitis u Otros                | 1 al año                    |                             |
| Tratamiento Complicaciones Post Quirúrgicas por Sesión          | 1 al año                    |                             |
| Pulpotomía en Pieza Temporal                                    | 1 al año                    |                             |
| Absceso Periodontal   | 1 al año                    |                             |
| <b>Beneficio</b>  |                             |                             |
| Limpieza Dental a Partir del 7° Mes (max. 3 por Grupo Familiar) | 1 al año                    |                             |

(\* ) Esta prestación no se encuentra disponible en los centros dentales de las siguientes ciudades: Viña del Mar, Rancagua, Talca, Concepción y Santiago: Centro Dental Puente Alto.

La Compañía que asegura el riesgo es Zurich Chile Seguros de Vida S.A. El detalle de sus características, requisitos de asegurabilidad, extensión de la cobertura, sus limitaciones y el monto y forma de pago de la prima, se detallan en las siguientes condiciones generales y cláusulas adicionales incorporadas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero: POL 2 2015 0684, POL 2 2019 0151, CAD 3 2023 0403 y en sus condiciones particulares.

Se excluyen del beneficio, los tratamientos previos y/o complementarios a las prestaciones dentales ya indicadas, así como también los pacientes que en la evaluación inicial se les detecte enfermedad periodontal activa, a quienes se les indicará derivación para ser evaluados por un periodoncista.