



CONVENIO DE SEGURO DENTAL

En Concepción a _____ del 20____, entre Sociedad de Servicios Profesionales Mas Salud Limitada, RUT 76.324.837-2, representada por Don ERIK PEÑALOZA SALGADO, cédula nacional de identidad N° 16.283.008-2, domiciliado en Anibal Pinto 531 oficina 65 (en adelante **CLÍNICA MAS SALUD**), por una parte; y por la otra, _____, RUT N° _____, domiciliado en _____, ciudad de _____, fono : _____ todos quienes acreditan su representación, se ha convenido lo siguiente:

CONSIDERANDO:

- I. Que, _____ y sus respectivas cargas familiares desean mejorar el acceso a la salud dental.
- II. Que la CLÍNICA posee los profesionales calificados y los medios adecuados, para la prestación de todos los servicios relacionados con **salud dental**.

EN CONSECUENCIA, teniendo presentes los considerandos expuestos, las partes han acordado suscribir el presente CONVENIO de Atención Dental, cuyas disposiciones se expresan a continuación:

PRIMERO: En virtud del presente CONVENIO, la **CLÍNICA MAS SALUD** se obliga a prestar sus servicios en **salud dental**, a los afiliados de la TARJETA NÚMERO _____ y sus respectivas cargas familiares, en sus instalaciones ubicadas en **ANIBAL PINTO 531, OFICINA 65, 6° PISO CONCEPCION**

SEGUNDO: Los afiliados de la TARJETA N° _____ tendrán derecho a los siguientes beneficios **EXCLUSIVOS**, tanto al titular de la tarjeta, como a sus beneficiarios (que serán 3 máximo) :

- Limpieza dental completa, destartraje mas profilaxis, GRATIS (solo 1), para el titular de la tarjeta o algún beneficiario en el caso que se requiera
- Radiografía de diagnóstico GRATIS (solo 1) Para el titular o beneficiario en caso que lo requiera
- Diagnostico dental completo con camara intraoral GRATIS
- Control dental cada 6 meses GRATIS
- Instrucción de higiene completo GRATIS
- Horarios preferenciales (atención máximo 48 horas)
- Descuentos de hasta un 60% (con respecto al arancel del colegio de dentistas)

TERCERO : La **CLÍNICA MAS SALUD** garantizará los trabajos efectuados por un (01) año o por el plazo legal establecido, si éste fuere superior, excepto higiene, destartraje, quistes u otros oportunamente informados por escrito.

CUARTO : CLÍNICA MAS SALUD, debidamente representada, declara y garantiza en este acto que es una sociedad que cuenta y contará con las autorizaciones legales y reglamentarias necesarias y suficientes para prestar los servicios que ofrece. Declara además que sus profesionales poseen los títulos profesionales pertinentes para ejercer la actividad odontológica; asimismo, garantiza que el lugar donde ejerce sus actividades cumple y cumplirá con todas las condiciones higiénicas y de seguridad exigidas por la legislación vigente y por la autoridad sanitaria.

QUINTO : La duración del presente Seguro es de UN AÑO desde la fecha de su firma, siendo prorrogado automáticamente si ninguna de las partes manifiesta su deseo de no renovarlo, con a lo menos treinta días de anticipación a su vencimiento.

SEXTO : El seguro dental tendrá un valor ANUAL de \$ **15.000** (quince mil pesos)

Las partes dejan expresa constancia que la **CLÍNICA MAS SALUD** no tendrá derecho a ningún otro pago ni beneficio proveniente de la Tarjeta N° 1007 que no sean los pagos correspondientes a las prestaciones efectuadas de acuerdo a los términos del presente Convenio.

SEPTIMO : Para los efectos derivados del presente Convenio, las partes fijan como domicilio la ciudad de Concepción, sometiéndose a la jurisdicción de sus tribunales ordinarios de justicia.

El presente Convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de _____ y otro en poder de la **CLÍNICA MAS SALUD**.

*** LAS LIMPIEZAS SOLO PODRAN SER REALIZADAS LOS DIAS LUNES (TODO EL DIA), MIERCOLES Y JUEVES EN LA MAÑANA (de 10.00 a 13.00)

NOMBRE	ROL	RUT
	TITULAR	
	BENEFICIARIO	
	BENEFICIARIO	
	BENEFICIARIO	

Erik Fabian Peñaloza Salgado

RUT N° 16.283.008-2

Representante Legal

CLÍNICA MAS SALUD

RUT N° _____

TITULAR SEGURO