



CONVENIO  
SINDICATO DE TRABAJADORES  
SCOTIABANK SUDAMERICANO N°2  
DENTAL SCHNEIDER SPA

**CONVENIO**  
**SINDICATO DE TRABAJADORES N°2 SCOTIABANK SUDAMERICANO**  
**y**  
**DENTAL SCHNEIDER SpA**

En Santiago, a **20** de **abril** de 2026, entre **DENTAL SCHNEIDER SpA**, RUT N° 76.934.153- 6 con domicilio en Carmen 775, Comuna de Curicó, Región del Maule, en adelante "**DENTAL SCHNEIDER**", debidamente representada, por don **CARLOS ADOLFO SCHNEIDER YÁÑEZ**, chileno, casado, cirujano dentista, cédula de identidad N° 13.692.862-7, del mismo domicilio de la sociedad que representa, por una parte y por la otra,, RUT **70.726.600-7**, representado por don **Luis Hernán Campos Valenzuela**, **cédula de Identidad N° 11.606.478-2**, en su calidad de **presidente del sindicato**, ambos domiciliados en Agustinas 1197, comuna de Santiago Centro, Región Metropolitana, en adelante denominado indistintamente **Sindicato**, han acordado suscribir el siguiente convenio.

**PRIMERO: ANTECEDENTES**

"**DENTAL SCHNEIDER**", son centros dentales con años de experiencia en el mercado entregando soluciones odontológicas a miles de personas, consolidándose como clínicas donde lo más importante es la prestación de servicios de salud dental y estética oral. Cuenta con infraestructura, equipos y personal debidamente autorizado por los organismos pertinentes.

**SEGUNDO: OBJETO**

"**DENTAL SCHNEIDER**" prestarán las atenciones dentales que se establecen en este convenio en sus diferentes programas de tratamiento a los colaboradores de Scotiabank y su grupo familiar, en sus clínicas dentales presentes en las ciudades de Antofagasta, La Serena, Coquimbo, Ovalle, Villa Alemana, Valparaíso, Santiago, Curicó, Temuco y Osorno y, en las localidades que eventualmente se incorporen a su red.

**TERCERO: BENEFICIOS**

Por medio del presente convenio, "**DENTAL SCHNEIDER**" se comprometen a entregar a los colaboradores de scotiabank y su grupo familiar:

Evaluación gratuita para el diagnóstico y presupuesto de Odontología General y Especialidades.

Descuento del 58% en acciones clínicas de las siguientes prestaciones dentales: Odontopediatría (Mayores de 4 años), Periodoncia, Endodoncia, Operatoria, Rehabilitación Oral, Prótesis fija y removible, Cirugía Dental. Dicho descuento será aplicado sobre los valores informados por las clínicas dentales anualmente al Sindicato. Promociones con facilidades de pago en cuotas, para las especialidades de Ortodoncia e implantología. **(Ver anexo A)**

- Valor preferencial en Destratrache supragingival (boca completa) \$21.900 (Operativo dental)
- Valor preferencial en Blanqueamiento Dental Luz LEO \$74.900

Orientación y documentación necesaria para la solicitud de reembolso de 30% en tratamientos de prótesis removibles para afiliados FONASA  
Cupón de \$10.000 para cumpleaños del beneficiario y grupo familiar. **(No aplica en conjunto con otras promociones o descuentos especiales)**

## **MODALIDADES Y CONDICIONES DE PAGO**

- a. El beneficiario y/o grupo familiar acude a la clínica y realiza pago directo, sin intereses ni ajustes, otorgando facilidades de pago.

## **CUARTO: ACCESO AL CONVENIO Y COORDINADORES**

### **Acceso**

Para acceder a los servicios ofrecidos por el presente convenio, los colaboradores de Scotiabank deberán acreditar su condición de tal, mediante la exhibición de su tarjeta de identificación institucional o un correo de autorización proveniente del Opto. de Bienestar. Para el caso del grupo familiar, y acceder a este beneficio, deberá presentar copia de la cédula de identidad y credencial del colaborador de scotiabank.

### **Coordinadores**

**El Sindicato** informará a **DENTAL SCHNEIDER** sobre la persona encargada a atender este Convenio, designando a:

Nombre completo: Carmen Navarrete Pino  
Cargo: Secretaria Ejecutiva  
Correo: directorio@sindicatoscotiabank2.cl  
Teléfono: +56 9 8375 3153

A su vez, **DENTAL SCHNEIDER** informará a **Sindicato** los datos de la persona designada como coordinadora del Convenio, destinando a:

Nombre completo: Camila Muñoz Troncoso  
Cargo: Ejecutiva de Convenios Dental Schneider  
Correo: convenios@dentalschneider.cl  
Teléfono y WhatsApp: +56 940970671  
Redes Sociales: Instagram: @dentalschneider\_ / Facebook: Dental Schneider Chile  
Página web: [www.dentalschneider.cl](http://www.dentalschneider.cl)

## **QUINTO: OBLIGACIONES**

Por el presente convenio, las partes acuerdan las siguientes obligaciones:

### **Obligaciones de "DENTAL SCHNEIDER"**

1. Se obligan a respetar y mantener los descuentos y servicios ofrecidos por este convenio, enviando anualmente los valores referenciales de sus prestaciones.
2. Se obligan a mantener vigentes los permisos de funcionamiento de sus instalaciones.
3. Se obligan a adoptar las medidas administrativas necesarias para asegurar el óptimo funcionamiento de este convenio, teniendo como fin último, otorgar a los funcionarios/as, estudiantes y sus cargas familiares una atención oportuna y eficaz, velando permanentemente por el resguardo de la información de carácter privado.
4. En caso de suspensión de tratamiento por alguna razón, deberá ver caso a caso, siendo el plazo máximo de 90 días para que el **beneficiario** termine su tratamiento con las debidas condiciones que representa el tiempo que se congele. **El sindicato** queda libre de toda responsabilidad que pudiere ocasionar la suspensión de tratamientos por tratarse de un acuerdo directo entre el prestador y el paciente.
5. Se obliga a realizar contralorías periódicas a los odontólogos que se desempeñen en ésta, tanto, de diagnóstico como de tratamientos realizados, con el fin de constatar y asegurar la calidad del servicio y gestión.

### **Obligaciones del "DEPARTAMENTO BIENESTAR"**

1. Se obliga a mantener actualizado los nombres de los analistas del Departamento a cargo del convenio suscrito con "**DENTAL SCHNEIDER**".
2. Se obliga a informar a todo el personal afiliado al **sindicato**, por los medios normales de comunicación, que cuenta con un convenio con "**DENTAL SCHNEIDER**" y los términos de éste.

**"DENTAL SCHNEIDER"** asume el compromiso y se hace responsable de dar atención en las condiciones establecidas por este Convenio a los **beneficiarios**, independiente de los profesionales que prestan servicio en dicha institución. Sin embargo, la **"DENTAL SCHNEIDER"**, se reserva el derecho de atención o de derivación oportuna por parte de sus profesionales a cargo de la atención de los **beneficiarios** de este Convenio cuando se presenten una o más patologías de difícil manejo o donde sus competencias profesionales escapen a lo que necesita el paciente. De ser necesario se derivará al lugar que el profesional a cargo determine.

#### **SEXTO: CONFIDENCIALIDAD**

La información a la cual tengan acceso las partes, en virtud del presente convenio, en caso alguno podrá ser difundida o entregada a terceras personas, sin expresa autorización por escrito de los Representantes Legales, debiendo mantener respecto de ella absoluta confidencialidad. Asimismo, es política de las partes observar todas las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones o normas de las autoridades gubernamentales en la ejecución de este convenio, en especial, en lo que se refiere a las normas sobre confidencialidad en el manejo de la información. Al respecto, se requiere que ninguna de las partes incurra en acciones u omisiones en nombre de la otra que puedan ocasionar, directa o indirectamente, cualquier responsabilidad o sanción a la otra en este sentido. **El** incumplimiento de esta obligación dará derecho a los contratantes a poner término en forma inmediata al convenio, dándose aviso por carta certificada enviada al domicilio de las partes, sin perjuicio de las acciones legales que corresponda ejercer.

#### **SÉPTIMO: BIENESTAR NO ES FIADOR NI CODEUDOR**

Las partes dejan expresa constancia que el **sindicato**, no se constituye ni se entenderá constituido de manera alguna, en fiadora o codeudora solidaria de las obligaciones que contraigan los funcionarios con "**DENTAL SCHNEIDER**", en el marco del presente convenio y, por lo tanto, no asume ni contrae otras obligaciones que las señaladas en este instrumento.

#### **OCTAVO: INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

Las partes elevan a la categoría de esencial del presente convenio, la obligación por parte de "**DENTAL SCHNEIDER**" consistente en entregar trimestralmente la totalidad de la información estadística al **sindicato** sobre la cantidad de personas que han hecho uso del beneficio otorgado en virtud del presente convenio.

#### **NOVENO: VIGENCIA Y GARANTÍAS**

**El** presente convenio tendrá una duración de 1 año, con renovación automática, contados desde la fecha de la total tramitación de la resolución que lo aprueba, en tanto no se manifieste por una de las partes la intención de terminar el convenio anticipadamente. No obstante, cualquiera de las partes podrá dar término sin necesidad de invocar causal, enviando al efecto una carta de aviso a la última dirección que estas indiquen, con 60 días de anticipación a la fecha que se desee poner término, la que se entenderá notificada al tercer día de despachada de la oficina de correos. **El** presente convenio no se prorrogará de manera automática y su renovación deberá hacerse mediante un nuevo convenio.

Los tratamientos efectuados a los **beneficiarios** a través del presente Convenio tendrán 12 meses de garantía. Se excluyen de esta garantía anual los tratamientos de:

1. Periodoncia en que es determinante el mantenimiento por parte del paciente
2. Tratamiento Odontopediátrico alusivo a la aplicación de sellantes y tratamientos de ortodoncia, tendrán 1 año de garantía, siempre y cuando se hayan retirado aparatos en el tiempo planificado de tratamiento y los pacientes hayan elaborado aparatos de contención ortodóntica y asistido a sus controles post retiro de acuerdo a la agenda

- indicada por el especialista
- Atenciones en otros centros, anularán todo derecho a garantía.
  - Otros; acorde a las indicaciones propias de cada consentimiento informado.

**DÉCIMO: EXCLUSIVIDAD**

El presente convenio no importa exclusividad, pudiendo el **sindicato** suscribir y mantener otros convenios. No obstante, "**DENTAL SCHNEIDER**" se compromete en mantener exclusividad con **sindicato**.

**DÉCIMO PRIMERO: DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA**

Para todos los efectos legales emanados del presente convenio, las partes fijan su domicilio, en la comuna y ciudad de Santiago y se someten a la jurisdicción y competencia de sus tribunales ordinarios de justicia.

**DÉCIMO SEGUNDO PERSONERÍAS**

La personería de Don **Luis Hernán Campos Valenzuela**, para actuar en representación de **Sindicato**, consta en **certificado de vigencia emitido por la Dirección del Trabajo de Trabajo de Santiago**.

La personería de Don **CARLOS ADOLFO SCHNEIDER YÁÑEZ**, para representar a **DENTAL SCHNEIDER SpA**, consta en escrituras públicas de fechas 28 de septiembre del año 2018, suscrita en la notaría de Santiago de Doña María Soledad Lascar Merino.



---

**Carlos Schneider Yáñez**  
Rut. 13.692.862-7  
**Representante Legal**  
**Dental Schneider SpA**



---

**Luis Campos Valenzuela**  
Rut. 11606478-2  
**Presidente**  
**Sindicato N°2 SSA**



## ANEXO A

### ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA:

Los aranceles para la especialidad de Ortodoncia serán los siguientes:

#### ANTOFAGASTA Y TEMUCO:

MES	PROCEDIMIENTO	COSTO	COSTO TOTAL 24 MESES
1	Instalación Brackets arcada superior	\$ 99.900	\$ 1.197.600
2	Instalación Brackets arcada inferior	\$ 99.900	
3	Instalación tubos arcada superior	\$ 79.900	
4	Instalación tubos arcada inferior	\$ 79.900	
S	<b>CONTROLES DESDE EL STO MES \$ 41.900</b>		

#### OVALLE, LA SERENA, COQUIMBO, VILLA ALEMANA, VALPARAISO, MAIPÚ, QUINTA NORMAL, SANTIAGO CENTRO, CURICÓ, Y OSORNO

MES	PROCEDIMIENTO	COSTO	COSTO TOTAL 24 MESES
1	Instalación Brackets arcada superior	\$ 99.900	\$ 1.097.600
2	Instalación Brackets arcada inferior	\$ 99.900	
3	Instalación tubos arcada superior	\$ 79.900	
4	Instalación tubos arcada inferior	\$ 79.900	
S	<b>CONTROLES DESDE EL STO MES \$ 36.900</b>		

### ESPECIALIDAD DE IMPLANTOLOGÍA:

Los aranceles para la especialidad de Implantología, se realizan acorde al diagnóstico y tipo de tratamiento rehabilitador que requiera el paciente, el costo referencial por implante unitario será:

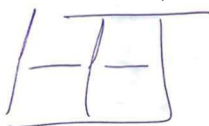
\$ 645.800 con facilidades de pago en 6 cuotas:

Pie 307.900

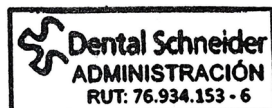
5 cuotas de 67.580 c/u.

El tratamiento tiene un horizonte de 4 a 6 meses, por esa razón ofrecemos las facilidades de pago. Incluye instalación quirúrgica, implante, y corona final.

Firman en conformidad,



**Carlos Schneider Yáñez**  
Rut. 13.692.862-7  
**Representante Legal**  
**Dental Schneider SpA**



**Luis Campos Valenzuela**  
Rut. 11606478-2  
**presidente**  
**Sindicato N°2 SSA**

