

C I R C U L A R Nº 256

Para todas las entidades aseguradoras
del Primer Grupo.

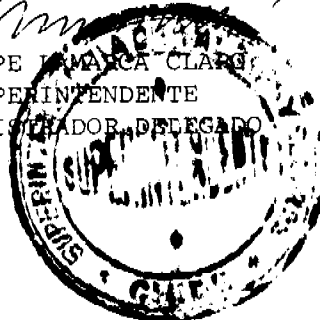
SANTIAGO, Noviembre 17 de 1982.

Vista la facultad que me confiere la
letra e) del artículo 3º del D.F.L. Nº 251 de 1931, y lo so-
licitado por una entidad aseguradora, el Superintendente in-
frascrito aprueba los modelos de pólizas Plan Especial e In-
ternacional y Plan Ejecutivo que se adjuntan.

La póliza del seguro de salud Plan
Especial e Internacional reemplaza los textos de las pólizas
aprobadas por Circular Nº 135 de fecha 1º de marzo de 1982.

Saluda atentamente a Ud.,


FELIPE LARRAÍN CLAROS
SUPERINTENDENTE
ADMINISTRADOR DELEGADO



La circular Nº 255 fue enviada a todo el Mercado Asegurador.

000662

POLIZA DE SEGURO DE SALUD
PLAN ESPECIAL Y PLAN INTERNACIONAL

En virtud del presente contrato, la compañía de seguros en adelante la compañía, financiará a los asegurados en los términos y condiciones que se establecen en los artículos siguientes, el costo que le signifique, las consultas y el tratamiento médico de un accidente o enfermedad cubierto bajo este contrato.

ARTICULO Nº 1 : ASEGURADOS

Serán asegurados de esta póliza toda persona menor de 65 años que cumpliendo con los requisitos de salud exigidos por la compañía se consignen en la "Nómina de asegurados" de la póliza.

ARTICULO Nº 2 : DEFINICION DEL PLAN DE SALUD

Los asegurados tendrán derecho a solicitar el financiamiento de sus prestaciones de salud de acuerdo al plan de seguro contratado y siempre que no estén en mora en el pago de las primas:

a) Plan Especial

Los asegurados de esta póliza podrán adquirir en las dependencias que la compañía habilite para estos fines, órdenes de atención cancelando sólo la parte no bonificada del valor de dichas órdenes, de acuerdo al porcentaje de bonificación estipulado en esta póliza y a los períodos de carencia consignados en el artículo Nº 4.

Estas órdenes le permitirán financiar el valor total de la respectiva prestación de salud, en virtud de los convenios vigentes al momento de la atención, entre la compañía y los profesionales e instituciones adscritas. No obstante cuando el asegurado desee optar por una mayor privacidad en un establecimiento hospita-

lario o requerir una atención domiciliaria, podrá cancelar total o parcialmente la prestación con dichas órdenes, siendo de su cargo la diferencia.

Sin embargo tratándose de la prestación "consultas", la bonificación por parte de la compañía ante la adquisición de órdenes de atención o reembolsos, operará sólo en tres oportunidades respecto de cada beneficiario.

La nómina de prestaciones y sus correspondientes valores se detallan en la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de órdenes de atención. Dependiendo de su naturaleza algunas órdenes de atención se emitirán previa indicación escrita de un médico adscrito a los convenios de la compañía.

b) Plan Internacional

Los asegurados de este Plan, podrán financiar sus prestaciones de salud, solicitando el reembolso de sus gastos médicos incurridos en el país o en el extranjero, en cualquiera de las dependencias que la compañía habilite para estos fines.

El monto a reembolsar por parte de la compañía corresponderá al porcentaje de bonificación estipulado en esta póliza, aplicado sobre lo que resulte menor entre el valor consignado en la Tabla de Montos Máximos de Reembolsos Internacional y el gasto incurrido en la prestación de salud.

Sin embargo tratándose de la prestación "consultas", el reembolso operará sólo en tres oportunidades respecto de cada beneficiario.

Al suscribir esta póliza, el contratante declara conocer la nómina de Prestaciones Valorizadas del Plan Especial y/o la Tabla de Montos Máximos de Reembolso del Plan Internacional, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza.

ARTICULO Nº 3 : BENEFICIOS ADICIONALES

a) Centros Médicos

Los asegurados del Plan Especial o Internacional podrán concurrir a los centros médicos adscritos, a recibir las prestaciones de fomento, protección y recuperación de la salud que se encuentren capacitados para otorgar, previo pago de un valor que dependerá de la naturaleza de la prestación.

b) Atención Oncológica

Los asegurados del Plan Especial o Internacional a quienes no se les haya previamente diagnosticado ni tratado por un cáncer, tendrán derecho a recibir la atención oncológica integral, entendiéndose por tal la confirmación del diagnóstico presuntivo y el tratamiento y control de la enfermedad.

Esta atención integral incluye la consulta médica especializada y honorarios profesionales; la hospitalización e intervención quirúrgica; los exámenes de laboratorio, radiológicos e histopatológicos; procedimiento diagnóstico, tales como tomografía axial computarizada, ecotomografías, cintigrafías, etc.; terapia radiante; terapia con drogas específicas; y medicamentos que se empleen durante cada hospitalización con un tope de cuatro U.F. Todas estas prestaciones que deben ser otorgadas a través del instituto que la compañía designe, serán sin cargo alguno para los asegurados.

c) Tratándose del Plan Especial, los asegurados podrán solicitar el reembolso de los gastos efectuados, al haber recibido prestaciones:

- Hospitalizadas o ambulatorias de parte de establecimientos o profesionales no adscritos, sólo en el caso que hayan sido otorgadas en aquellas provincias en las cuales no existen establecimientos o profesionales adscritos a los convenios de la compañía.
- De urgencia en una Unidad de Emergencia, a consecuencia de un suceso imprevisto, involuntario y repentino que haya afectado su organismo y de cuya causal no se tenga responsabilidad o culpa y siempre que haya existido un real impedimento para adquirir previamente órdenes de atención y de que no exista una Unidad de Emergencia adscrita en la localidad.

000665

La compañía le reembolsará el porcentaje de bonificación pactado en la póliza, aplicado sobre la cantidad que resulte menor entre el valor consignado en la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de Ordenes de Atención Especial y el gasto incurrido en la respectiva prestación de salud.

- d) Los asegurados del Plan Internacional tendrán todos los beneficios del Plan Especial, es decir podrán financiar sus gastos de salud haciendo uso de los convenios de la compañía, según lo dispuesto en el artículo Nº 2 letra a).

ARTICULO Nº 4 : CARENCIAS

- a) Tratándose del Plan Especial la presente póliza tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los asegurados sólo tendrán derecho a una bonificación del 20% por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada. Dicho período se extenderá a 10 meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o aborto espontáneo.
- b) Tratándose del Plan Internacional la presente póliza tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los asegurados no tendrán derecho a ninguno de los beneficios por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada, salvo que las prestaciones sean originadas por un accidente involuntario, repentino y traumático de causa externa que afecte al organismo de los beneficiarios. Dicho período se extenderá a diez meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo.
- c) Los mayores beneficios provenientes de una modificación o renovación de póliza, tendrán un período de carencia o espera de tres meses contados desde la vigencia inicial de la modificación o renovación, que se extenderá a diez meses cuando las prestaciones sean

originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo. Se considera "mayores beneficios", aquellos incrementos en el porcentaje de bonificación o aquellos traspasos a planes de salud con mayor número y/o valor de prestaciones.

- d) Para los asegurados incorporados en el transcurso de la vigencia de la póliza, regirán las mismas normas de períodos de carencia a que se refieren las letras a) y b) precedentes.

ARTICULO Nº 5 : OBLIGACION DEL CONTRATANTE Y SUS ASEGURADOS

- a) Será obligación del contratante declarar por escrito a la compañía, todos los hechos, circunstancias, respecto de los asegurados, que permitan apreciar correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones de la póliza. La compañía se reserva la facultad de exigir la comprobación de lo declarado.
- b) Constituye requisito indispensable para requerir cualquier reembolso de gastos a la compañía, la presentación de los recibos originales, boletas, facturas comprobatorias de los gastos efectuados por el asegurado y que estén emitidas a su nombre. Todos estos antecedentes deberán ser acompañados por una declaración del profesional que otorgó la prestación, donde se especifique el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones y la fecha en que se otorgó la prestación. Los documentos comprobatorios de los gastos deben presentarse dentro de los 30 días de otorgadas las prestaciones, después de este plazo la compañía no tendrá ninguna obligación de reembolsar.
- c) El contratante debe dar aviso, dentro del mes de ocurrido, del cambio de domicilio, si lo hubiere.

ARTICULO Nº 6 : DURACION

La póliza tendrá una duración de 12 meses contados desde la fecha de vigencia inicial y podrá ser renovada previa aceptación por parte de la compañía de una nueva solicitud del asegurado.

El asegurador no podrá poner término o deshauciar uni lateralmente el contrato, mientras el o los asegurados se encuentren hospitalizados o bajo tratamiento médico.

ARTICULO Nº 7 : PAGO DE PRIMAS

Las primas se pagarán en moneda corriente de acuerdo al valor que tenga la Unidad de Fomento al día de pago. Deberá hacerse directamente en las oficinas de la compañía o en el lugar que se designe al momento de contratar el seguro.

Para tener derecho a los beneficios el contratante deberá pagar las primas correspondientes en la época convenida.

ARTICULO Nº 8 : RESOLUCION DE LA POLIZA

El no pago de las primas en la época convenida será causal de suspensión automática de los beneficios pactados y de resolución de la póliza, sin que en tal caso proceda reembolsar los gastos médicos que desde entonces haya efectuado.

En caso de resolución de la póliza, la compañía podrá hacer exigible la parte de la prima que resta hasta el término de la póliza, hasta un monto equivalente al de los beneficios otorgados.

En caso de resolver la presente póliza por falta de pago de las primas, el contratante podrá en cualquier momento solicitar su rehabilitación, sin perjuicio de los requisitos y antecedentes de cualquier índole que la compañía le pudiese exigir. Los beneficios operarán desde el día primero del mes subsiguiente, aplicándose nuevamente los períodos de carencia que se indican en el artículo Nº 4.

La compañía podrá además anular la póliza cuando los asegurados soliciten o reciban beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados u otorgados a personas no cubiertas en la póliza y cuando haya existido omisión o falsedad, en la información proporcionada por el contratante en la solicitud y sus declaraciones.

ARTICULO Nº 9 : EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en los artículo 2 y 3 cuando el origen de las prestaciones sea:

- a) La hospitalización para fines de reposo.
- b) Las lesiones o enfermedades causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- c) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedades o deficiencias mentales o nerviosas, desordenes o reacciones psicopáticas; alcoholismo; y/o aficción a drogas.
- d) La hospitalización, cirugía y/o tratamiento a causa de lesiones o enfermedades producidas por acto de guerra, desordenes populares, riñas, intentos de suicidio, aborto autoprovoado y las que se originen en razón de estado de ebriedad del asegurado.
- e) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedades o malformaciones congénitas diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato.
- f) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales y/u ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.
- g) El suministro de audífonos, anteojos y prótesis de cualquier naturaleza.
- h) Los exámenes odontológicos y atención dental en general.
- i) La atención particular de enfermería.

- j) Las lesiones causadas deliberadamente por el beneficiario a sí mismo.
- k) Las lesiones o enfermedades del beneficiario debidas a su participación en actos calificados como delitos por la ley.
- l) Pruebas, consultas y hospitalización para el diagnóstico o tratamiento de esterilidad femenina y masculina.
- m) Las epidemias oficialmente declaradas.
- n) El tratamiento, consultas y hospitalización por cáncer, salvo que dichas prestaciones se otorguen a través del instituto que la compañía designe conforme a la letra b) del artículo N° 3.
- o) Los exámenes de tomografía axial computarizada (Scanner).
- p) Los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.
- q) Las contratantes del sexo femenino y aquellas mujeres beneficiarias por las cuales el contratante no perciba asignación familiar, sean del Plan Especial o Internacional, no tendrán derecho a los beneficios estipulados en los artículos segundo y tercero para todas las prestaciones originadas en la atención de un parto o un aborto espontáneo.

ARTICULO N° 10 : ARBITRAJE

Todas las dificultades provenientes de la interpretación, aplicación o cumplimiento del presente contrato, serán sometidas a la resolución de un árbitro-arbitrador, nombrado por las partes de común acuerdo, quien resolverá sin forma de juicio y sin ulteriores recurso. Sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo N° 3 del D.F.L. N° 251, de 1931, y sus modificaciones.

En caso de no haber acuerdo en la designación de la persona del árbitro; será nombrado por la justicia ordinaria.

ARTICULO Nº 11 : DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio la ciudad de

000671

POLIZA DE SEGURO DE SALUD
PLAN EJECUTIVO

(HOSPITALIZACION INTEGRAL)

En virtud del presente contrato, la compañía de seguros
....., en adelante la compañía, financiará a los
asegurados en los términos y condiciones que se establecen en los artícu
los siguientes, el costo que le signifique, la hospitalización y el tra-
tamiento médico de un accidente o enfermedad cubierto bajo este contrato.

ARTICULO Nº 1 : ASEGURADOS

Serán asegurados de esta póliza toda persona menor de
65 años que cumpliendo con los requisitos de salud exigidos por la com-
pañía se consignen en la "Nómina de Asegurados" de la póliza.

ARTICULO Nº 2 : DEFINICION DEL PLAN DE SALUD

Los asegurados de este plan, tendrán derecho a solici-
tar el financiamiento de los gastos incurridos por prestaciones de sa-
lud recibidos durante su internación continua y necesaria en un hospi-
tal o clínica. No obstante lo anterior, se consideran incluidas en es-
ta cobertura aquellos gastos por intervenciones quirúrgicas ambulatorias
que requieren uso de pabellón y de anestesia general o regional.

a) Plan Hospitalización, Modalidad "Especial"

Previa presentación de un programa médico de la compa-
ñía, los asegurados podrán adquirir órdenes de atención cancelando
la parte no bonificada de su valor, de acuerdo al porcentaje de bo-
nificación estipulado en esta póliza de salud y a los períodos de
carencia consignados en el artículo Nº 4.

Estas órdenes le permitirán financiar el valor total de la respectiva prestación hospitalizada de salud, en virtud de los convenios vigentes al momento de la atención, entre la compañía y los profesionales e instituciones adscritas. No obstante cuando el asegurado desee optar por una mayor privacidad en un establecimiento hospitalario, podrá cancelar total o parcialmente la prestación con dichas órdenes, siendo de su cargo la diferencia.

La nómina de prestaciones y sus correspondientes valores se detallan en la Nómina de Prestaciones Valorizadas para emisión de Ordenes de Atención. Dependiendo de su naturaleza algunas órdenes de atención se emitirán previa indicación escrita de un médico adscrito a los convenios de la compañía.

b) Plan Hospitalización, Modalidad Internacional

Los asegurados de este Plan, podrán financiar sus prestaciones hospitalizadas de salud solicitando el reembolso de sus gastos médicos incurridos en el país o en el extranjero, en cualquiera de las dependencias que la compañía habilite para estos fines.

El monto a reembolsar por parte de la compañía corresponderá al porcentaje de bonificación estipulado en esta póliza de salud, aplicado sobre lo que resulte menor entre el valor consignado en la Tabla de Montos Máximos de Reembolsos Internacional y el gasto incurrido en la prestación de salud.

Al suscribir esta póliza, el contratante declara conocer la nómina de Prestaciones Valorizadas del Plan Especial y/o la Tabla de Montos Máximos de Reembolsos del Plan Internacional, todo lo cual se considera parte integrante de esta póliza.

000673 /.

ARTICULO Nº 3 : BENEFICIOS ADICIONALES

a) Centros Médicos

Los asegurados de las modalidades Especial o Internacional podrán concurrir a los Centros Médicos adscritos a recibir las prestaciones de fomento, protección y recuperación de la salud que se encuentren capacitados para otorgar, previo pago de un valor que dependerá de la naturaleza de la prestación.

b) Atención Oncológica

Los asegurados de las modalidades Especial o Internacional a quienes no se les haya previamente diagnosticado ni tratado por un cáncer, tendrán derecho a recibir la atención Oncológica integral, entendiéndose por tal la confirmación del diagnóstico presuntivo y el tratamiento y control de la enfermedad.

Esta atención integral incluye la consulta médica especializada y honorarios profesionales; la hospitalización e intervención quirúrgica; los exámenes de laboratorio, radiológicos e his^{topal}ológicos; procedimiento diagnóstico, tales como tomografía axial computarizada, ecotomografías, cintigrafías, etc.; terapia radiante; terapia con drogas específicas; y medicamentos que se empleen durante cada hospitalización con un tope de cuatro U.F.. Todas estas prestaciones que deben ser otorgadas a través del instituto que la compañía designe, serán sin cargo alguno para los asegurados.

c) Tratándose de la modalidad Especial, los asegurados podrán solicitar el reembolso de los gastos efectuados, al haber recibido prestaciones hospitalizadas,

- De parte de establecimientos o profesionales no adscritos, sólo en el caso que hayan sido otorgadas en aquellas provincias en las cuales no existen establecimientos o profesionales adscritos a los convenios de la compañía.

- De urgencia en una Unidad de Emergencia, a consecuencia de un suceso imprevisto, involuntario y repentino que haya afectado su organismo y de cuya causal no se tenga responsabilidad o culpa y siempre que haya existido un real impedimento para adquirir previamente órdenes de atención y de que no exista una Unidad de Emergencia adscrita en la localidad.

La compañía le reembolsará el porcentaje de bonificación pactado en la póliza, aplicado sobre la cantidad que resulte menor entre el valor consignado en la nómina de prestaciones valorizadas para la emisión de Ordenes de Atención Especial y el gasto incurrido en la respectiva prestación de salud.

- d) Los asegurados de la modalidad Internacional tendrán todos los beneficios de la modalidad Especial, es decir podrán financiar sus gastos de hospitalización haciendo uso de los Convenios de la compañía según lo dispuesto en el artículo Nº 2 letra a).
- e) Los asegurados de las Modalidades Especial o Internacional, podrán hacer uso para sus atenciones ambulatorias, de los convenios vigentes entre la compañía y los profesionales e Instituciones adscritas, para ello deberán adquirir en las dependencias que la compañía habilite para estos efectos órdenes de atención pagando el 100% de su valor.

ARTICULO Nº 4 : PERIODOS DE CARENCIA

- a) Tratándose de la modalidad Especial, la presente póliza tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los asegurados sólo tendrán derecho a una bonificación del 20% por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada. Dicho período se extenderá a 10 meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o un aborto espontáneo.

- b) Tratándose de la modalidad Internacional la presente póliza tendrá un período de carencia (o espera) de tres meses a contar de la vigencia inicial, período durante el cual los asegurados no tendrán derecho a ninguno de los beneficios por todas aquellas prestaciones que se les otorguen en forma hospitalizada, salvo que las prestaciones sean originadas por un accidente involuntario, repentino y traumático de causa externa que afecte el organismo de los beneficiarios. Dicho período se extenderá a diez meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo.
- c) Los mayores beneficios provenientes de una modificación o renovación de póliza, tendrán un período de carencia o espera de tres meses contados desde la vigencia inicial de la modificación o renovación, que se extenderá a diez meses cuando las prestaciones sean originadas por la atención de un parto o de un aborto espontáneo. Se considera "mayores beneficios", aquellos incrementos en el porcentaje de bonificación o aquellos traspasos a planes de salud con mayor número y/o valor de prestaciones.
- d) Para los asegurados incorporados en el transcurso de la vigencia de la póliza, regirán las mismas normas de períodos de carencia a que se refieren las letras a) y b) precedentes.

ARTICULO Nº 5 : OBLIGACION DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

- a) Será obligación del contratante declarar por escrito a la compañía, todos los hechos, circunstancias, respecto de los asegurados, que permitan apreciar correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones de la póliza. La compañía se reserva la facultad de exigir la comprobación de lo declarado.
- b) Constituye requisito indispensable para requerir cualquier reembolso de gastos a la compañía, la presentación de los recibos originales, boletas, facturas comprobatorias de los gastos efectuados por

el asegurado y que estén emitidas a su nombre. Todos estos antecedentes deberán ser acompañados por una declaración del profesional que otorgó la prestación, donde se especifique el nombre del paciente, el diagnóstico, las eventuales complicaciones y la fecha en que se otorgó la prestación. Los documentos comprobatorios de los gastos deben presentarse dentro de los 30 días de otorgadas las prestaciones, después de este plazo la compañía no tendrá ninguna obligación de reembolsar.

- c) El contratante debe dar aviso, dentro del mes de ocurrido, del cambio de domicilio, si lo hubiere.

ARTICULO Nº 6 : DURACION

La póliza tendrá una duración de 12 meses contados desde la fecha de vigencia inicial y podrá ser renovada previa aceptación por parte de la compañía de una nueva solicitud del asegurado.

El asegurador no podrá poner término o deshauciar unilateralmente el contrato, mientras el o los asegurados se encuentren hospitalizados o bajo tratamiento médico.

ARTICULO Nº 7 : PAGO DE PRIMAS

Las primas se pagarán en moneda corriente de acuerdo al valor que tenga la Unidad de Fomento al día de pago. Deberá hacerse directamente en las oficinas de la compañía o en el lugar que se designe al momento de contratar el seguro.

Para tener derecho a los beneficios el contratante deberá pagar las primas correspondientes en la época convenida.

000677

7.

ARTICULO Nº 8 : RESOLUCION DE LA POLIZA

El no pago de las primas en la época convenida será causal de suspender automáticamente los beneficios pactados y de resolución de la póliza, sin que en tal caso proceda reembolsar los gastos médicos que desde entonces haya efectuado.

En caso de resolución de la póliza, la compañía podrá hacer exigible la parte de la prima que resta hasta el término de la póliza, hasta un monto equivalente al de los beneficios otorgados.

En caso de resolver la presente póliza por falta de pago de las primas, el contratante podrá en cualquier momento solicitar su rehabilitación, sin perjuicio de los requisitos y antecedentes de cualquier índole que la compañía le pudiese exigir. Los beneficios operarán desde el día primero del mes subsiguiente, aplicándose nuevamente los períodos de carencia que se indican en el artículo Nº 4.

La compañía podrá además anular la póliza cuando los asegurados soliciten o reciban beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados u otorgados a personas no cubiertas en la póliza y cuando haya existido omisión o falsedad, en la información proporcionada por el contratante en la solicitud y sus declaraciones.

ARTICULO Nº 9 : EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en los artículo 2 y 3 cuando el origen de las prestaciones sea:

- a) Consultas médicas, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, procedimientos y/o tratamientos que se realicen en forma ambulatoria, o que habiéndose realizado en forma hospitalizada, la patología de origen no justifique su internación.

- b) La hospitalización con fines de chequeo y de reposo o bien con fines de tratamiento kinésico y/o rehabilitación.
- c) Las lesiones o enfermedades causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- d) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedad o deficiencias mentales o nerviosas, desordenes o reacciones psicopáticas, alcoholismo; y/o aficción a drogas.
- e) La hospitalización, cirugía y/o tratamiento a causa de lesiones o enfermedades producidas por acto de guerra, desordenes populares, riñas, intentos de suicidio, aborto autoprovocados y las que se originen en razón del estado de ebriedad del asegurado.
- f) El tratamiento, consulta y hospitalización por enfermedad o malformaciones congénitas diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato.
- g) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales y/o ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.
- h) El suministro de audífonos, anteojos y prótesis de cualquier naturaleza.
- i) Los exámenes odontológicos y atención dental en general.
- j) La atención particular de enfermería.
- k) Las lesiones causadas deliberadamente por el beneficiario a sí mismo.
- l) Las lesiones o enfermedades del beneficiario debidas a su participación en actos calificados como delitos por la ley.

- m) Pruebas, consultas y hospitalización para el diagnóstico o tratamiento de esterilidad femenina y masculina.
- n) Las epidemias oficialmente declaradas.
- o) El tratamiento, consulta y hospitalización por cáncer salvo que dichas prestaciones se otorguen a través del instituto que la compañía designe conforme a la letra b) del artículo Nº 3.
- p) Los exámenes de tomografía axial computarizada (Scanner).
- q) Los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- r) Procedimientos ortopédicos y traumatológicos que no requieran de anestesia general, exclusión que comprende la colocación de yesos.

ARTICULO Nº 10 : ARBITRAJE

Todas las dificultades provenientes de la interpretación, aplicación o cumplimiento del presente contrato, serán sometidas a la resolución de un árbitro-arbitrador, nombrado por las partes de común acuerdo, quien resolverá sin forma de juicio y sin ulterior recurso. Sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo Nº 3 del D.F.L. Nº 251, de 1931, y sus modificaciones.

En caso de no haber acuerdo en la designación de la persona del árbitro; será nombrado por la justicia ordinaria.

ARTICULO Nº 11 : DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio la ciudad de.....

000680