

FBI/mer.

REF.: APRUEBA MODELO DE POLIZA "SEGURO
COLECTIVO DE SALUD" CON ADICIO
NALES DE " MATERNIDAD Y CONSUL-
TAS MEDICAS".

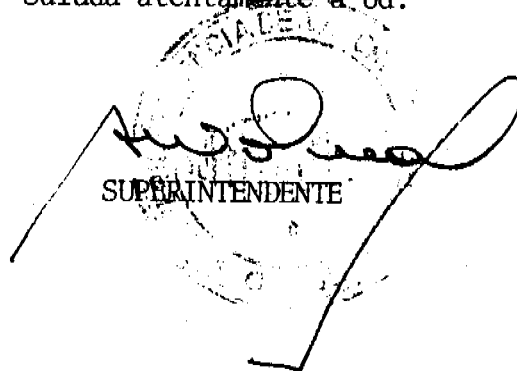
C I R C U L A R N° 043

Para todas las entidades aseguradoras del Primer Grupo.

SANTIAGO, 11 Junio de 1981.

Vista la facultad que me confiere la
letra e) del artículo 3° del D.F.L. N°251, de 1931, y lo soli-
citado para una entidad del mercado asegurador, el Superinten-
dente infrascrito aprueba el modelo de póliza que se adjunta,
con sus correspondientes adicionales de " Maternidad" y " Con-
sultas médicas".

Saluda atentamente a Ud.


SUPERINTENDENTE

La Circular N°042 fue enviada a to-
das las Entidades Aseguradoras del Segundo Grupo.

230

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

EN CONSIDERACION:

- a) La o las solicitudes de Seguro Colectivo presentadas a la Compañía de Seguros , en adelante denominada " La Compañía", por y/o las personas aseguradas señaladas en las " Condiciones Particulares" o en los " Addenda" respectivos, quienes en adelante se denominarán " Contratante" y/o " Asegurados" respectivamente.
- b) Los exámenes médicos y/o las declaraciones de salud de el o los asegurados según corresponda, debidamente aceptados por la Compañía.
- c) El hecho de haberse efectuado el pago de la primera prima, cuyo recibo se reconoce por la entrega de este documento y de los respectivos certificados individuales de Seguro, emitidos para cada uno de los asegurados y siempre que se continúe pagando las primas siguientes en las fechas de sus vencimientos, según lo señalado en las " Condiciones Particulares".

La Compañía se obliga a pagar los reembolsos de gastos incurridos a causa de una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza en la persona de el o los asegurados, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de esta póliza, después de recibidos y aprobados por la Compañía, tanto el formulario de solicitud de indemnización como los antecedentes y comprobantes de gastos reembolsables efectuados.

Esta póliza y demás condiciones complementarias y los " Addenda" que se agreguen a ella, regirán desde la fecha que se indica en las " Condiciones Particulares" que

forman parte integrante de la póliza.

En fe de lo cual la Compañía expide
la presente póliza en de de .

CONDICIONES PARTICULARES

Este cuadro incluirá como mínimo la siguiente información :

- Póliza N°
- Plan N°
- Contratante
- Asegurador
- Asegurados
- Porcentaje de cobertura contratada : UF
- Tarifa diaria de hospitalización : UF
- Visita médica intrahospitalaria : UF
- Tarifa diaria servicios nocturnos de enfermería : UF
- Monto máximo de beneficio por exámenes médicos : UF
- Monto máximo de beneficio por tratamiento especializado de cáncer. : UF
- Monto máximo de beneficio asegurado : UF
- Prima : UF
- Condiciones y fecha de pago de la prima : UF

CONDICIONES GENERALES

ARTICULO 1° : Definiciones

Asegurado :

Tendrán la calidad de asegurados aquellas personas cuya cobertura sea aceptada por la Compañía y se encuentren mencionadas en la "Lista de Asegurados" anexa, que forma parte integrante de la presente póliza, sus cónyuges y cargas familiares legalmente reconocidas siempre y cuando fueren aceptadas y aparezcan incluidas en la referida lista de Asegurados y todas aquellas que se incorporen a la misma con posterioridad, en las condiciones establecidas más adelante.

Enfermedad cubierta :

Se denomina " enfermedad cubierta" a una afección física del asegurado cuya ocurrencia se manifieste por primera vez durante el período de vigencia de ésta póliza, y para la cual se requiera de tratamiento médico o de intervención quirúrgica en un establecimiento hospitalario.

Lesión cubierta :

Se denomina " lesión cubierta" a una lesión física que sea consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado dentro del período de vigencia de la póliza, y para la cual se requiera de atención médica o de intervención quirúrgica en un establecimiento hospitalario.

Establecimiento hospitalario :

Se entiende por " establecimiento hospitalario" a una institución legalmente constituida, de carácter público o privado, con licencia otorgada por la autoridad de Salud competente para la atención de pacientes y que provee de servicios organizados de diagnóstico, cirugía y/o tratamiento.

No se considera como establecimiento hospitalario a una institución o parte de una institución que opere como casa de reposo, clínica de rehabilitación de alcohólicos o drogadictos, o de tratamiento de afecciones sicóticas o psiconeuróticas. Tampoco tendran dicho carácter los establecimientos - termales.

Período de hospitalización:

Se denomina " período de hospitalización", el lapso - comprendido entre el día de ingreso del asegurado, como paciente registrado en un establecimiento hospitalario con ocasión de una lesión o enfermedad cubierta, y el día del alta.

Beneficios cubiertos

Se denomina " beneficios cubiertos" a aquellos gastos incurridos por el asegurado, o en nombre del asegurado, como consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta y que reúnan los siguientes requisitos copulativos :

- a) Sean necesarios para el tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta.
- b) Su monto no exceda los niveles normales de precio para tales servicios dentro del país. La Compañía se reserva

el derecho y la oportunidad para calificar el nivel normal de precio de cualquier servicio o material u tilizado, en base a un estudio representativo de per sonas e instituciones que provean de tales servicios o materiales.

- c) No sean excluidos de coberturas de acuerdo a las es pecificaciones de esta póliza y,
- d) sean incurridos como resultado de la utilización de los servicios o elementos que se especifican en la descripción de los beneficios a), b), c), d), o e), del artículo siguiente, y en las cláusulas adicionales que corresponda.

ARTICULO 2º. Cobertura

La Compañía reembolsará al asegurado los gastos en que este hubiere incurrido, haciendo uso de los beneficios definidos a continuación y en las cláusulas adicionales correspondientes, con motivo de una lesión o enfer medad cubierta, dentro de los máximos estipulados en la presente póliza, y en las condiciones expresadas para cada beneficio.

Durante la vigencia de la póli za, el monto total a reembolsar por la Compañía por los beneficios definidos en las condiciones generales y por las correspondientes cláusulas adicionales, cualquiera que sea el número de períodos de hospitalización del a asegurado, no podrá exceder en conjunto para todos los - beneficios, del monto máximo de beneficio asegurado es tipulado en las condiciones particulares de la presente póliza.

Beneficio A. Beneficio por hospitalización

El beneficio por hospitalización consiste en el reembolso de gastos por la estadía del asegurado en un establecimiento hospitalario, en calidad de paciente registrado y como consecuencia de una lesión o enfermedad cubierta.

El monto a indemnizar por concepto de este beneficio se calculará multiplicando la tarifa diaria de hospitalización estipulada en las condiciones particulares de esta póliza, por el número de días de permanencia de asegurado en el establecimiento hospitalario, el que se reembolsará en el porcentaje de cobertura contratada.

Para los efectos de determinar el número de días de hospitalización, el día de ingreso al establecimiento hospitalario y el día de alta se considerarán como uno sólo .

Beneficio B. Beneficio de intervención quirúrgica y tratamiento médico.

1.- El beneficio de intervención quirúrgica consiste en el reembolso de los gastos por concepto de honorarios del equipo de médicos cirujanos y asistentes que hubieren participado en una intervención y en los cuales se hubiere incurrido a causa de una lesión o enfermedad cubierta.

El monto máximo de indemnización por concepto de honorarios quirúrgicos por cada período de hospitalización, será aquel que se indica para cada operación en la " lista de procedimientos quirúrgicos", que forma parte integrante de esta póliza, conforme

al porcentaje de cobertura contratada.

Si para una lesión o enfermedad cubierta fuere necesario realizar dos o más operaciones a través de la misma incisión quirúrgica, de la misma especialidad médica y durante el mismo período de hospitalización, el monto total reembolsable no deberá exceder el monto especificado en la lista de procedimientos quirúrgicos para la operación de mayor valor.

Si en un mismo período de hospitalización fuere necesario realizar para una lesión o enfermedad cubierta dos o más operaciones a través de incisiones quirúrgicas distintas, el monto máximo a reembolsar no podrá exceder de la suma del monto especificado en la lista de procedimientos quirúrgicos para la operación de mayor valor, incrementado con el monto correspondiente al 50% de el o los valores estipulados para la o las operaciones restantes.

Los montos máximos reembolsables especificados en la lista de procedimientos quirúrgicos incluyen el reembolso por concepto de honorarios de todo el equipo médico que participe en la intervención quirúrgica, vale decir, los honorarios del médico cirujano principal y los de los demás integrantes del equipo, tales como primer ayudante, segundo ayudante, tercer ayudante, anestesista y arsenalera, cuando el respectivo procedimiento quirúrgico así lo requiera.

2. Beneficio por tratamiento médico.

El beneficio por tratamiento médico consiste en el reembolso de los gastos en que haya incurrido el asegurado, debido al pago de honorarios médicos por procedimientos no quirúrgicos necesarios para

el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta.

Si para un mismo período de hospitalización el asegurado debe incurrir en gastos debido al pago de honorarios médicos, tanto por un procedimiento quirúrgico como por un tratamiento médico intrahospitalario no quirúrgico, el beneficio por tratamiento médico cubrirá el reembolso por honorarios pagados a un profesional médico sólo en el caso que aquel no haya formado parte del equipo que realizó la intervención quirúrgica.

El monto máximo a indemnizar por conceptos de este beneficio se calculará, multiplicando el valor de la visita médica intrahospitalaria especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el número de visitas médicas efectivamente realizadas, las que no podrán exceder al número de días de permanencia del asegurado en el establecimiento hospitalario.

Este monto se reembolsará conforme al porcentaje de cobertura contratada.

Beneficio C. Beneficio de gastos especiales

El beneficio de gastos especiales consiste en el reembolso de los gastos incurridos durante un período de hospitalización, por concepto de derechos de pabellón, consumo de medicamentos y suplementos médicos cobrados por el respectivo establecimiento hospitalario, así como los honorarios por servicios nocturnos de enfermería, conforme al porcentaje de cobertura contratada aplicado sobre los máximos que se establecen a continuación

El gasto máximo a indemnizar por derechos de pabellón no podrá exceder al 30% del monto que corresponda reembolsar bajo el beneficio de intervención quirúrgica. El monto máximo a indemnizar por los demás gastos especiales cobrados por el respectivo establecimiento hospitalario, tales como medicamentos, sueros, sangre y otros suplementos médicos, no podrá exceder del 15% del monto reembolsable bajo el beneficio de intervención quirúrgica. No obstante lo anterior, si la hospitalización tuviere lugar en la unidad de tratamiento intensivo, en la unidad coronaria o en servicios similares de neurocirugía del establecimiento hospitalario, el monto reembolsable por consumo de medicamentos y suplementos médicos, podrá ascender como máximo hasta el 50% del valor que corresponda indemnizar bajo el beneficio por intervención quirúrgica, siempre y cuando se acredite la necesidad de la realización de dichos gastos extraordinarios a satisfacción de la Compañía.

El monto máximo a reembolsar por servicios nocturnos de enfermería se calculará multiplicando la tarifa diaria de enfermería estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el número de días de atención efectivamente prestados, los que en ningún caso podrán exceder de 4.

Beneficio D. Beneficio de exámenes médicos.

El beneficio de exámenes médicos consiste en el reembolso de los gastos correspondientes a exámenes de diagnóstico y control que se practiquen al asegurado durante un período de hospitalización debido a una enfermedad o lesión cubierta, así como los gastos incurridos en exámenes que se hayan realizado al asegurado -

en los 30 días inmediatamente precedentes a dicho período de hospitalización.

El gasto máximo a reembolsar por este concepto no podrá exceder del monto máximo de beneficio por exámenes médicos estipulados en las Condiciones Particulares de esta póliza, conforme al porcentaje de cobertura contratada.

El asegurado sólo tendrá derecho a este beneficio de exámenes médicos, en el caso en que, por prescripción médica, se produzca su hospitalización para la realización de un tratamiento médico o intervención quirúrgica de alguna lesión o enfermedad cubierta.

Beneficio E. Beneficio de tratamiento Especializado de Cáncer

El beneficio de tratamiento especializado de cáncer consiste en el reembolso de los gastos correspondientes al pago de honorarios por tratamiento de quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia u hormonoterapia, necesario según el tipo y gravedad del cáncer contraído por el asegurado.

El monto máximo a reembolsar por el beneficio E, no deberá exceder al beneficio máximo de tratamiento especializado del cáncer, estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza, y en el porcentaje de cobertura contratada.

ARTICULO 3° : Exclusiones.

Esta póliza no cubre gastos que sean consecuencia de

- a) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones guerreras, actos cometidos por enemigos extranjeros, sea que haya

- sido declarada o no la guerra: guerra civil, huelga, mo
tin desorden popular, comoción civil, insurrección, re
belión, conspiración, golpe militar, naval o usurpado,
revolución o actos o atentados terroristas de cualquier
naturaleza.
- b) Terremoto erupción volcánica huracán, ciclón, tifón o
tornado.
 - c) Peleas o riñas en que haya intervenido el asegurado, sal-
vo aquellos casos en que se establezca judicialmente que
ha obrado en legítima defensa.
 - d) Acciones o actos delictivos, infracciones a las leyes, or
denanzas y reglamentos públicos relacionados con la segu-
ridad de las personas en los que hubiere tenido directa
participación el asegurado.
 - e) La participación del asegurado en actividades, remunera-
das o no que sean altamente riesgosas, tales como la avia-
ción, el paracaidismo, autorevillismo y motociclismo depor-
tivo, vuelos en alas delta, y las maniobras acrobáticas en
general
 - f) Tentativa de suicidio, suicidio frustrado o consumado.
 - g) De la embriaguez voluntaria del asegurado, sea ésta total
o parcial, o de la ingestión o inyección voluntaria de dó-
sis excesiva de drogas estupefacientes somníferos.
 - h) La negligencia o imprudencia grave por parte del asegurado,
esto es, la falta de aquella diligencia o cuidado que las
personas emplean ordinariamente en sus negocios propios de
acuerdo con el artículo 14 del Código Civil.
 - i) Accidentes ocasionados por experimentos de energía atómica
o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
 - j) La atención odontológica y cirugía maxilo- facial.

- k) Cirugía plástica, a menos que sea necesaria como consecuencia de una lesión cubierta.
- l) La atención del embarazo y parto, de cualquier naturaleza o gravedad, a menos que esté cubierta por una cláusula adicional de esta póliza.
- m) La hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento en establecimientos de psiquiatría, de alcohólicos, casas de reposo y en general todos aquellos no comprendidos en la definición de establecimientos hospitalarios del artículo 1° de las condiciones generales de la presente póliza
- ñ) La adquisición de aparatos de ortesis, ortopedia, prótesis, lentes, audífonos y otros dispositivos audiovisuales.
- o) Anomalías congénitas o cualquier enfermedad o lesión que ya se hubiere manifestado con anterioridad a la fecha de emisión de esta póliza o de la incorporación del asegurado a la misma, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o enfermedades o se relacionen con ellos.
- p) Enfermedades o lesiones cubiertas por el seguro de Accidentes de la Locomoción Colectiva previsto en el artículo 25 de la Ley 15.582 o el texto legal que la reemplace o por el seguro de accidentes y enfermedades profesionales previsto en la Ley 16.744 o el texto legal que la reemplace.
- q) Tratamiento de diálisis.
- r) Epidemias oficialmente declaradas.

ARTICULO 4° Vigencia de las coberturas.

El asegurado tendrá derecho a los beneficios estipulados en la presente póliza una vez transcurridos 15 días contados desde la fecha de su emisión, siempre y cuando la Compañía no hubiere rechazado su nombre en el momento de otorgar la cobertura.

El asegurado que se incorpore al plan de Seguro Colectivo con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, una vez aceptada expresamente su inclusión por la Compañía, gozará de los beneficios estipulados en la misma una vez transcurridos 15 días, contados desde la fecha de su aceptación, siempre y cuando se hubiere pagado la prima respectiva.

No obstante lo anterior, para el caso de la cobertura de gastos incurridos a consecuencia del padecimiento de cáncer en la persona del asegurado, el plazo estipulado en los dos párrafos precedentes se extenderá a los sesenta (60) días.

ARTICULO 5° Incorporaciones, retiros y término anticipado.

La incorporación de nuevos asegurados al plan de Seguro Colectivo de salud se hará mediante solicitud escrita efectuada por el contratante a la Compañía, la que deberá ir acompañada de las declaraciones de salud y otras que se exijan en cada caso.

Si algún asegurado perdiera su calidad de miembro del grupo asegurado, hecho que deberá ser puesto en conocimiento de la Compañía por el Contratante mediante comunicación escrita, quedará excluido de la cobertura de esta póliza. El retiro producirá sus efectos 30 días después de recibida la comunicación escrita por la Compañía, subsistiendo en consecuencia, hasta esa fecha, las obligaciones y derechos de las partes.

ARTICULO 6° Vigencia de la póliza

Las condiciones del presente contrato tendrán duración de 1 año, contado desde la fecha de emisión de la respectiva póliza, y se renovarán automáticamente a

su vencimiento, por períodos de 1 año, si ninguna de las partes manifestare por escrito a la otra su intención de ponerle término, o de modificar dichas condiciones con a lo menos 30 días de anticipación a la fecha del cumplimiento del plazo estipulado o de su respectiva renovación.

La vigencia de esta póliza estará determinada por el período cubierto por las primas efectivamente pagadas por el asegurado, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 7° siguiente .

ARTICULO 7° : Prima y resolución del contrato.

Las primas de este seguro colectivo deben ser pagadas por períodos anticipados y, según se convengan entre las partes, pueden ser anuales, semestrales, trimestrales o mensuales. El pago deberá hacerse en las Oficinas de la Compañía o en otros lugares que se acuerde entre las partes.

Si los asegurados pagaren las primas de este seguro colectivo por intermedio del Contratante, contraen la obligación precisa de cerciorarse personalmente que los pagos de las primas se efectúen en las fechas de sus vencimientos o dentro de los plazos de gracia, pues la Compañía no se hace responsable de cualquier omisión o falta de diligencia que produzca atraso en el pago de las primas, caducando el seguro en tal caso.

Efectuado el pago de la prima inicial del seguro, se concede un plazo de gracia de 30 días para el pago de las primas siguientes, cualquiera que haya sido la forma de pago convenida. Durante el plazo de gracia el seguro permanecerá vigente.

Si después de pagada la prima inicial, no se pagare cualquiera de las primas siguientes dentro del

plazo de gracia, el seguro caducará inmediatamente sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía libre de toda obligación y responsabilidad derivada de esta póliza respecto de cualquier interesado en ella.

La Compañía se reserva el derecho de modificar las tasas y primas correspondientes a las coberturas aseguradas en la presente póliza, las cuales sólo producirán efectos una vez vencido el plazo de duración del contrato y en el evento de operar la renovación automática del mismo.

ARTICULO 8° : Declaraciones del asegurado.

Con anterioridad a la fecha de emisión de la póliza o simultáneamente con su solicitud de incorporación a un plan de seguro colectivo de salud - ya vigente, la Compañía podrá exigir al asegurado declaración escrita acerca de todos los hechos y circunstancias que le permitan efectuar una correcta apreciación del riesgo.

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formulada en - cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigencia de la póliza, inclusive haciendo examinar médicamente al asegurado.

Toda declaración falsa o errónea y reticencia del asegurado en la declaración de las características del riesgo o de cualquiera otra circunstancia que conocida por la Compañía pudiera retraerle de la celebración del contrato, o producir alguna modificación substancial en sus condiciones, faculta a ésta para pedir la rescisión de la póliza, sin perjuicio de lo dispuesto en el

artículo 558 del Código de Comercio.

ARTICULO 9° : Modificaciones del riesgo asegurado.

Si en el curso de la vigencia del contrato ocurriere cualquier cambio en las características declaradas por el Contratante y/o los asegurados al momento de emitir la póliza, el seguro caducará inmediatamente. No obstante, el Contratante podrá mantener el seguro previa declaración a la Compañía de la o las circunstancias que hayan hecho variar las condiciones que se declararon en el momento de contratar el seguro, sujeta a la aceptación de la Compañía y mediante el pago de cualquiera prima adicional que fuere necesaria.

ARTICULO 10° Aviso, reclamo y pago de siniestros.

El asegurado o cualquier persona en su nombre, deberá dar aviso escrito a la Compañía de la ocurrencia de algún siniestro cubierto por la presente póliza dentro de los 6 días hábiles siguientes a aquel en que se haya producido el ingreso del asegurado a algún establecimiento hospitalario.

La falta de aviso dentro del plazo ya estipulado, hará perder al asegurado todo derecho a reclamar el reembolso de los gastos en los que hubiere -incurrido.

Todo reclamo solicitando el reembolso de gastos conforme a la cobertura otorgada por la presente póliza deberá ser presentado por escrito a la Compañía, adjuntando todos los recibos originales, boletas o facturas que acrediten fehacientemente el desembolso efectuado. Dicho reclamo deberá ser presentado a la Compañía dentro del plazo de 60 días contados desde la -

fecha de ingreso del asegurado al respectivo establecimiento hospitalario.

La no presentación del reclamo dentro del plazo señalado hará perder todo derecho a exigir el reembolso de los gastos en que el asegurado hubiere incurrido.

Las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza serán pagadas a los asegurados directamente, o por intermedio del respectivo contratante, o a las personas naturales o jurídicas que hayan otorgado las prestaciones o que las hayan financiado, según sea el caso.

Las indemnizaciones estipuladas en la presente póliza se pagarán conforme al valor de la Unidad de Fomento al día en que efectivamente se produjo el gasto por parte del asegurado, de acuerdo a la fecha de las boletas y facturas respectivas.

Formulado un reclamo de indemnización bajo los términos de esta póliza, la Compañía podrá hacer examinar medicamente al asegurado, en cualquier momento.

Asimismo, a requerimiento de la Compañía el asegurado deberá poner a disposición de aquella todos los antecedentes o documentos que digan relación con la cobertura otorgada por esta póliza.

ARTICULO 11°: Seguros concurrentes.

Si el asegurado tuviere contratado uno o más seguros con cobertura igual o semejante a la de esta póliza, con anterioridad a la fecha de su incorporación al presente plan de seguro colectivo de salud, éste tendrá derecho a ser indemnizado bajo la presente póliza considerando para tales efectos únicamente la diferencia de valores existentes entre el gasto efectivamente incurrido por él y el reembolso que hubiere percibido o tuviere derecho a recibir por concepto de algunos de los seguros ya mencionados.

ARTICULO 12 °: Cláusula arbitral.

Si surgieren dificultades entre la Compañía y el asegurado o el contratante, acerca de la interpretación o aplicación de las condiciones generales o de las Condiciones Particulares o cualquier otro documento que forme parte integrante de la presente póliza o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, la dificultad será sometida, independientemente de cualesquiera otras cuestiones, a la resolución de un árbitro nombrado por escrito por ambas partes. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, este será designado por el Juzgado de Letras en lo Civil competente de la ciudad de Santiago.

Queda entendido que este árbitro tendrá carácter de árbitro arbitrador, sin ulterior recurso, a menos que las partes, de común acuerdo, expresamente estipulen otra cosa.

No obstante lo expresado en los párrafos anteriores, el asegurado o el contratante podrá por si sólo y en cualquier momento someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los gastos incurridos por el asegurado cuyo reembolso se reclama no exceda del equivalente a 10 sueldos vitales anuales de la Región Metropolitana. Para someter al arbitraje de la Superintendencia dificultades que representen sumas mayores se requerirá siempre el acuerdo entre las partes.

ARTICULO 13° : Domicilio Legal

En conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 del Código Civil, las partes fijan, de común acuerdo, como domicilio especial para el cumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato, la ciudad de

CLAUSULA COMPLEMENTARIA PARA

COBERTURA DE MATERNIDAD

ARTICULO 1° : Esta Póliza hace extensiva su cobertura a los gastos ocasionados por el alumbramiento de la asegurada, así como a los gastos incurridos por complicaciones del embarazo, sea que éstas originen o no término de embarazo, de conformidad con lo previsto en " Las Condiciones Generales", siempre y cuando el embarazo haya comenzado con posterioridad a la fecha de emisión de esta póliza y una vez se haya efectuado el pago de la prima correspondiente.

No obstante lo anterior, el plazo límite de hospitalización es de cuatro días para el caso de alumbramiento normal y de siete días cuando se haya presentado complicación.

ARTICULO 2° : El beneficio de reembolso por servicios nocturnos de enfermería se extiende a dos noches consecutivas, sea que el alumbramiento se haya presentado con o sin complicaciones, y de acuerdo a las prescripciones de esta póliza.

ARTICULO 3° : Esta póliza otorga cobertura para los gastos ocasionados por una enfermedad o lesión cubierta del recién nacido dentro del período de los treinta (30) días inmediatamente posteriores a la fecha del parto de la asegurada, en los terminos definidos por esta póliza.

Transcurridos los 30 días de cobertura automática del recién nacido éste podrá continuar gozando de los beneficios de esta Póliza, siempre y cuando se haya solicitado su inclusión en el grupo asegurado y efectuado el pago de la primera prima correspondiente a satisfacción de la Compañía.

CLAUSULA COMPLEMENTARIA PARA
LA COBERTURA DE CONSULTAS MEDICAS

ARTICULO 1° : Esta póliza hace extensiva su cobertura a los gastos ocasionados por el pago de honorarios por consultas médicas realizadas por el asegurado, durante la vigencia de ella, una vez se haya efectuado el pago de la prima correspondiente.

ARTICULO 2° : El reembolso de los gastos se efectuará en el porcentaje de la tarifa de consulta médica estipulada en esta cláusula.

ARTICULO 3° : El monto máximo de beneficios por consulta médica durante la vigencia de esta póliza, no podrá exceder de -