**SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320190138

ARTÍCULO N° 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro individual las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el contratante y/o asegurado titular a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante y/o asegurado titular, respecto a las condiciones de cobertura, términos y modalidades del seguro, ya sea a través de una cotización o una propuesta, según sea el caso, antecedentes y documentos todos que se entienden forman parte integrante de la cobertura dada en la presente póliza o contrato de seguro.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA Y CONDICIONES DE LA COBERTURA

A) DECLARACIÓN PREVIA SOBRE LA COBERTURA CONTRATADA:

Las condiciones de la presente cobertura consideran como elemento esencial del contrato, la afiliación de los asegurados al actual sistema de salud vigente, esto es, a los planes de las instituciones de salud previsional (Isapres) y/o al sistema público de salud (Fonasa) como primera capa de cobertura de los riesgos de salud, o cualquier institución que las reemplace en conformidad a la legislación vigente en el futuro.

Conforme a lo establecido en el artículo 22 de la Ley Sobre Efecto Retroactivo de las Leyes, cualquier Ley que modifique las normas vigentes que se entienden incorporadas al presente contrato y por ello, cualquier cambio legislativo, normativo y/o regulatorio que pueda ocurrir durante la vigencia del seguro, en especial aquellas que se refieren a los planes de salud que otorgan las Isapres y sistema público de salud (Fonasa), si afectan los derechos y obligaciones asumidas por las partes en este contrato en forma importante, en especial las condiciones de los planes de salud de la ya denominada primera capa de cobertura, y por ello los montos asumidos como riesgo por la aseguradora bajo la cobertura del seguro, dará derecho a las partes para revisar y evaluar en conjunto con el asegurado, tomador o contratante, el nuevo escenario, con el objeto de adaptar las condiciones del seguro a la nueva realidad del riesgo al que se enfrentará la aseguradora.

De no existir acuerdo, se pondrá término anticipado a la póliza, y se aplicará lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, debiendo la aseguradora enviar la respectiva comunicación en este sentido, con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de término.

Esta estipulación se basa en lo esencial que resulta para la celebración del presente contrato de seguro o de la cobertura que se otorga, la normativa sobre prestaciones de salud y los contratos que tienen impacto en los riesgos que asume la Aseguradora y que transfiere el asegurado.

B) FORMAS DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA:

La aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al asegurado titular, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado a consecuencia de las afecciones a la salud que le afectaren, producto de una enfermedad, accidente o incapacidad cubierta conforme a lo señalado en el artículo N° 3 y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Los reembolsos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas señaladas en el artículo N° 3 de estas Condiciones Generales, siempre y cuando estén expresamente contratadas e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. El porcentaje de reembolsos, se determinará en base al cuadro de bonificación señalado en las Condiciones Particulares, y en él se indican los diferentes porcentajes de reembolso, los topes de reembolso que afectarán a cada cobertura en caso de existir, los montos asegurados, los deducibles y los topes de números de prestaciones médicas según lo contratado.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por un asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado podrá solicitar reembolsos de los gastos médicos que correspondan, por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la aseguradora reembolsará los gastos médicos que excedan el deducible que se haya contratado, cuyo monto, periodo y forma de acumulación se señalan en Condiciones Particulares de la póliza. A efectos de orden de aplicación, en primer lugar, se determinarán los montos reclamados que corresponda reembolsar o pagar al prestador, a estos montos, se le aplicarán los porcentajes de reembolso pactados para cada cobertura, y luego se aplicarán los topes que pudieren haberse pactado. Cuando se hubiese estipulado un deducible, este se rebajará directamente del monto resultante del cálculo precedentemente señalado.

La determinación del monto a reembolsar o pagar directamente, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado.

ARTÍCULO 3º: DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

En virtud de esta póliza las coberturas que otorga la Compañía aseguradora, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, en la forma y los límites allí señalados, son las que se indican a continuación.

Si en las Condiciones Particulares de esta póliza se hubiese estipulado un deducible, la compañía aseguradora reembolsará los gastos que excedan el deducible.

A) Beneficio de Hospitalización: Gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

a) Días cama hospitalización: Gastos por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e) Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por un médico tratante.

f) Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms., y con un máximo número de traslados indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) Beneficio Ambulatorio: Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente en las Condiciones Particulares.

C) Beneficio Enfermedades Graves: Si se hubiese estipulado un deducible en las Condiciones Particulares de la póliza por la contratación de estas Condiciones Generales, se reembolsará el monto del deducible descontado en el reembolso de los gastos médicos correspondientes a los beneficios de Hospitalización y Ambulatorio señalados en las letras A y B precedente, incurridos con motivo de una incapacidad cubierta por esta póliza, siempre y cuando dicha incapacidad sea exclusivamente a consecuencia de una de las enfermedades graves o lesiones que se indican a continuación y según las condiciones establecidas en las Condiciones Particulares:

a) Infarto agudo al miocardio: Para los efectos de esta póliza, se define como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

b) Derrame o hemorragia e infarto cerebral: Para los efectos de esta póliza, se define como cualquier incidencia cerebro-vascular que incluye la muerte de tejido cerebral, hemorragia, trombosis y embolia originada en una fuente extracraneal. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica estable e invalidante, de una duración de por lo menos 90 días.

c) Cáncer: Para los efectos de esta póliza, se define como la enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, pero en cambio no lo está cualquier clase de cáncer sin invasión e in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.

d) Insuficiencia renal: Para los efectos de esta póliza, se define como la falla total, crónica e irreversible, de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal.

e) Parálisis: Para los efectos de esta póliza, se define como la pérdida completa de la función motora, de dos o más extremidades, en forma irreversible, a consecuencia directa de una enfermedad no originada en un accidente.

f) Cirugía arterio-coronaria: Para los efectos de esta póliza, se define como la intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran obstruidas, introduciéndose un bypass arterio-coronario. La angioplastía o cualquier otra intervención intra-arterial, no están cubiertas por esta póliza.

g) Trasplante: Para los efectos de esta póliza, se define como la sustitución total o parcial de un órgano enfermo en todo o parte, de la siguiente lista: corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas y médula ósea.

ARTÍCULO 4º : EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre los gastos médicos señalados en el artículo anterior, cuando ellos provengan o se originen por, o como consecuencia o complicaciones de:

a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, consultas, tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

c) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para adelgazar.

d) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan como finalidad corregir malformaciones congénitas o producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de entrada en vigencia de esta póliza, para el respectivo asegurado.

e) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta póliza.

f) Cirugía de mamas por cualquier causa, y tratamientos secundarios o como consecuencia de ellas.

g) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

h) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA, sus consecuencias y complicaciones.

i) Lesión o enfermedad causada por:

Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas y abortos provocados. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear. Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.

k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, lentes intraoculares y de contacto.

l) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el punto A) Beneficios de Hospitalización del artículo N° 3 precedente.

m) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una incapacidad.

n) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

o) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

p) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

q) Epidemias o cualquier extensión de un foco infeccioso o su multiplicación.

r) Servicio de ambulancia aérea y traslado aéreo.

s) Malformaciones y/o patologías congénitas.

t) Estudios de diagnóstico y tratamientos de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

u) Criopreservación de células madres y técnicas similares.

v) Cualquier tratamiento con cámara hiperbárica.

w) La obesidad mórbida o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, por ejemplo cirugías bariátricas.

x) Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios de refracción.

y) Cualquier tipo de alimento, aunque sean con fines terapéuticos.

z) Tratamientos y remedios homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales.

aa) La práctica de cualquier deporte objetivamente riesgoso. Serán consideradas riesgosas actividades tales como: competencias o ejercitación de tipo federado, de liga o club; equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta, artes marciales u otros del mismo género, y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

bb) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio objetivamente riesgosa, que hayan sido declaradas por el asegurado y que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo en las primas o de los costos de cobertura asociados, o que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia. En el primer caso, deberá dejarse constancia de las exclusiones en las condiciones particulares de la póliza.

cc) Maternidad: los gastos de parto normal, cesárea, aborto, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier patología inherente a la concepción, embarazo, parto o puerperio, a excepción de las complicaciones del embarazo cuando hayan transcurrido tres (3) años de vigencia ininterrumpida desde la fecha de incorporación a la cobertura.

ARTÍCULO 5º : EXCLUSIÓN ESPECIAL DE PREEXISTENCIAS

Además de las exclusiones generales señaladas en el artículo precedente, este adicional no cubrirá los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen por preexistencias.

Para estos efectos, se entenderá por preexistencia a aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, de la incorporación o de la rehabilitación, según sea el caso, y que quedan excluidas de cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En el proceso de contratación del seguro, de incorporación o de rehabilitación, según sea el caso, el asegurador estará obligado a preguntar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que conozca el asegurado o le hayan sido diagnosticadas con anterioridad.

Las Condiciones Particulares establecerán las enfermedades preexistentes declaradas por el asegurado o contratante que serán excluidas de cobertura o las condiciones bajo las cuales se les asegurará.

ARTÍCULO 6º : GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones. Para estos efectos se deberá entender que el seguro es de mera indemnización y jamás podrás ser fuente de lucro para el asegurado o contratante.

El asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía aseguradora, al momento de contratar esta póliza o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza, como asimismo, de su afiliación en alguna de las instituciones de salud previsional, tales como Isapres o Fonasa o cualquier institución estatal o servicio dependiente de la Administración del Estado.

Los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de

Accidentes Personales establecido en la Ley No 18.490, los seguros de accidentes del trabajo, o por otras instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas. Asimismo, tampoco podrán ser reembolsados o pagados los montos usados para el pago de servicios o prestaciones mediante los denominados excedentes previsionales provenientes de los pagos de los planes de salud.

ARTÍCULO 7º : MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

La Compañía aseguradora sólo reembolsará hasta el monto máximo que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos por un asegurado. Dicho monto máximo de reembolso tendrá una aplicación conjunta:

a) Anual: Por año de vigencia de la póliza se reembolsará como máximo el monto establecido en las Condiciones Particulares, independiente del número de Eventos que ocurran en este período. Se considerarán dentro de este límite anual todas las prestaciones médicas que se hayan efectuado en el referido año y;

b) Por Evento: Un Evento tendrá reembolsos por la duración y monto máximo establecidos en el Condicionado Particular. Vencido este monto y/o plazo, no se reembolsará ninguna suma adicional ocasionada por dicho Evento.

ARTÍCULO 8º : DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el asegurado por cualquier causa, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

Asegurado: Se consideran asegurados de esta póliza aquellos que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Asegurado Titular: La persona que tiene la calidad de asegurado titular en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumpla los requisitos de edad establecidos en ellas.

b) Asegurados Dependientes: Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos y que cumplan los requisitos de edad establecidos en ellas:

a. Cónyuge;

b. Los hijos mayores de 14 días de edad;

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.

Contratante: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones y cargas que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por esta póliza que las partes han acordado sea soportado por el asegurado y que se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.

Evento: El conjunto de gastos médicos reembolsables originados por un mismo diagnóstico de incapacidad y las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con ese diagnóstico, con una duración máxima definida en las Condiciones Particulares de esta póliza contada desde la fecha del primer diagnóstico médico por la incapacidad en particular.

Gastos Ambulatorios: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la

incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica y que utilice, a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

Dolencia: Toda indisposición, malestar o alteración del estado de salud que se manifieste a través de la presencia de síntomas en quien los padece y que posteriormente puedan ser confirmatorios de la existencia de una enfermedad.

Incapacidad: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

Incapacidad Preexistente: Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, según se establece en el artículo 5 de esta póliza.

Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

Representante: Para efectos de esta póliza se entenderá como representante al asegurado que completa y firma la declaración personal de salud para sí y para los demás asegurados.

Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional: Corresponde al cociente entre el monto bonificado por el Sistema Previsional de Salud del asegurado, y el valor original de las prestaciones bonificadas. Este valor se determinará en cada programa médico hospitalario, y en cada Bono o Reembolso para los casos de atenciones ambulatorias, agrupados por los conceptos de coberturas que corresponda liquidar en cada solicitud de reembolso presentada, según las definiciones de coberturas del artículo N° 3 anterior.

Porcentaje de Reembolso de la Póliza: Corresponde al porcentaje que se aplicará al monto reclamado para determinar el valor a reembolsar por parte de la aseguradora. Este porcentaje se definirá en las Condiciones Particulares de la póliza para cada cobertura contratada. El porcentaje de reembolso podrá variar en una misma cobertura dependiendo del Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional que puedan estar estipulados en las Condiciones Particulares Los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley No 18.490, los seguros de accidentes del trabajo, o por otras instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas. Asimismo, tampoco podrán ser reembolsados o pagados los montos usados para el pago de servicios o prestaciones mediante los denominados excedentes previsionales provenientes de los pagos de los planes de salud de la Póliza.

ARTÍCULO 9º : DECLARACION DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante y/o asegurado titular en su caso, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante y/o asegurado titular en su caso, no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el

verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de lo anterior, trascurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

ARTÍCULO 10°: AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION

El contratante y los asegurados autorizan expresamente a la Compañía aseguradora y le otorga en este acto poder suficiente e irrevocable en los términos del artículo 241 del Código de Comercio, en tanto rija esta póliza, para requerir de todos los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, otras instituciones de salud o personas que lo hubieran examinado o asistido en sus dolencias, lesiones o enfermedades, los antecedentes médicos, clínicos o patológicos que pudieren tener respecto de su estado de salud y de sus dependientes. La ejecución de esta cláusula no libera al asegurado de sus obligaciones legales y de las establecidas en el artículo 16 letra c) de esta póliza.

ARTÍCULO 11º: PRIMAS

a) Pago de la Prima: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en los lugares que éste designe, dentro de los plazos estipulados para el efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

b) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo la póliza permanecerá vigente, sin perjuicio que la aseguradora podrá rebajar de cualquier beneficio que deba pagar a los asegurados las primas vencidas y no pagadas.

c) Término por no pago de la Prima: Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado en la letra anterior la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará una vez transcurrido quince (15) días contados desde la fecha de envío de la comunicación por parte de la aseguradora al contratante dando aviso de termino por encontrarse impaga la prima conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, quedando la aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda o parte de la prima.

Esta terminación dará derecho a la aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Además de los reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince (15) días ya señalado, recayere en día sábado o domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

Producida la terminación del seguro, la responsabilidad de la aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Mientras la terminación no haya operado, la aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique a las personas que le haya enviado el aviso señalado en el párrafo anterior.

La circunstancia de haber recibido pago de la prima atrasada, y sus reajustes o interés, o de haber desistido de la resolución, no significa que la aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta póliza, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTÍCULO 12º: VIGENCIA Y RENOVACIONES

La prima de esta póliza podrá ser ajustada, de acuerdo a la tarifa por edad establecida en las Condiciones Particulares vigente al momento del cumpleaños del asegurado respectivo. Adicionalmente la prima podrá ser ajustada anualmente al momento de la renovación del contrato conforme a los porcentajes o métodos de cálculo establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cualquier ajuste no previsto en las Condiciones Particulares, deberá ser informado por la Compañía al contratante con una anticipación de sesenta (60) días, teniendo el derecho el contratante de aceptar la modificación o renunciar a esta póliza o aceptar otro seguro que la compañía le pudiese proponer, lo cual deberá informar en un plazo de veinte (20) días. Esta póliza tendrá una duración de un año, contado desde su fecha de vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario y, por lo menos, con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento.

No habiendo renovación de esta póliza, el asegurado carecerá de todo derecho a solicitar el reembolso de los gastos incurridos con posterioridad a esa fecha.

En caso que algún asegurado se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta cobertura, la

aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización, con el tope indicado en el artículo N° 7 de esta póliza y hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de término de este seguro.

ARTÍCULO N° 13: INCLUSIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza, podrán incorporarse nuevos asegurados. El contratante de la póliza deberá comunicarlo a la aseguradora y será necesario acreditar a satisfacción de ésta la buena salud de las personas propuestas mediante la suscripción de las declaraciones y propuestas que la aseguradora disponga, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

ARTÍCULO N° 14: DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

Corresponde al asegurado titular declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la aseguradora al momento de evaluar su incorporación a la póliza, con el objeto de identificar el real estado de salud de él y sus dependientes, y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la aseguradora para estos fines. Para este objeto la aseguradora podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

Particular relevancia tienen las respuestas en la Declaración Personal de Salud, también denominada D.P.S., en la que deberá referirse específicamente a:

Exámenes y/o procedimientos de diagnósticos efectuados durante los 180 días anteriores a la fecha de solicitud de seguro, o de incorporación a la póliza. Dolencias, padecimientos, o inicios de sintomatologías en proceso, por los cuales haya o aún no haya consultado una opinión médica. Licencias médicas o solicitudes de invalidez vigentes, rechazadas o en trámite. La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado, de acuerdo a lo que solicite la aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Si el siniestro no se ha producido, y el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la aseguradora de acuerdo a lo señalado anteriormente, la aseguradora podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el riesgo asegurado no revisten alguna de dichas características, la aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la aseguradora quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTÍCULO 15º: AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado o el contratante, según sea el caso, deberá informarlo a la compañía aseguradora, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, en el formulario especial que la compañía aseguradora facilitará al efecto.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, liberando a la Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTÍCULO 16º: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora:

a) La entrega oportuna del asegurado o el contratante, según sea el caso, a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del asegurado o el contratante si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y a los cuales pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de las boletas y facturas cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

d) Será condición necesaria para la aceptación por parte de la aseguradora de la incapacidad cubierta, que el asegurado o sus representantes autoricen a la aseguradora, para requerir ante cualquier médico, institución u otra persona que haya reconocido, examinado o asistido al asegurado en sus dolencias, y también respecto de los que lo hagan en el futuro, de todos los antecedentes médicos, clínicos o patológicos que pudiera tener respecto del asegurado.

e) La aseguradora deberá pronunciarse sobre la aceptación de la existencia de una incapacidad cubierta por esta cobertura, dentro de los 15 días hábiles de presentadas las pruebas requeridas para determinar su responsabilidad.

Sin perjuicio de lo anterior, para el pago directo a las entidades prestadoras de servicios cubiertos por esta póliza, conforme a las coberturas contratadas, se hará en los términos que establezca la aseguradora con dichas entidades, y sin que esos términos afecten de ningún modo los derechos de los asegurados.

ARTÍCULO 17º: PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente después de concluido el análisis de los antecedentes respectivos.

El pago de la indemnización, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora al respectivo asegurado titular.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley Nº 18.010.

La Compañía aseguradora podrá deducir de futuros reembolsos los montos que hubiere pagado indebidamente por esta cobertura.

ARTÍCULO 18: BENEFICIARIOS

El reembolso de los gastos efectivamente incurridos, según se definen en esta póliza, se efectuará por la Compañía al asegurado titular de la póliza. En el evento que el asegurado titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTÍCULO 19°: TERMINACIÓN ANTICIPADA

1) Del asegurado: El seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:

a) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, o por su fallecimiento.

b) Cuando el asegurado titular hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o sus dependientes que altere el concepto de riesgo asumido por la aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas. En estos casos, cesará toda responsabilidad de la aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado excluido.

2) Del contrato: Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Conforme a lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, en caso de terminación anticipada por parte del contratante o asegurado, en los casos que así se haya pactado, la póliza terminará a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

ARTÍCULO N° 20: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del contratante, salvo que por ley fuesen del cargo de la aseguradora.

Cualquier cambio legal relativo a los impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de modificación se aplicarán sobre la prima neta de la póliza.

ARTÍCULO N° 21: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidos bajo esta póliza y que no pertenecen a la aseguradora, estarán reservados al contratante, asegurado titular o los asegurados dependientes según sea el caso y naturaleza de ellas, salvo que en estas Condiciones Generales se hubiere convenido algo diferente.

Si el contratante falleciere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el asegurado titular u otro de los asegurados, se hiciere cargo de sus obligaciones antes del término del período de gracia conferido para el pago de la prima, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al contratante ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

ARTÍCULO N° 22: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado, el monto de la prima y demás valores de este contrato se expresarán en moneda

extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo.

La misma regla será aplicable a la devolución de prima que correspondiere. Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la aseguradora, dentro de los treinta días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

## ARTÍCULO N° 23: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la aseguradora y el contratante, quien, de haberlos distintos de este, actuará por sí y en representación de cada uno de los asegurados bajo esta póliza.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza.

Dichos documentos deberán cumplir con las mismas formalidades que se hubieren realizado o pactado para la póliza principal.

## ARTÍCULO N° 24: REHABILITACIÓN

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los doce meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, los asegurados deberán acreditar que reúnen las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la aseguradora y pagar toda la prima vencida que corresponda, los gastos que origine la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la aseguradora.

La sola entrega a la aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante.

El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

## ARTÍCULO N° 25: INDISPUTABILIDAD

Conforme a lo señalado en el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años desde la iniciación del seguro, la aseguradora no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.

## ARTÍCULO N° 26: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa.

Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante, lo estipulado precedentemente, en las disputas entre el asegurado y la aseguradora que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a UF 10.000.- (diez mil Unidades de Fomento), el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. El contratante, asegurado o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley No 251, de Hacienda, de 1931.

## ARTÍCULO N° 27: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deban hacer la aseguradora, el asegurado o el contratante a cualquiera de los otros, según se han referido, y con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que este no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación.

En caso de oposición del uso de los correos electrónicos como medio de comunicación, se usará la carta certificada, enviada al domicilio de la persona a la que fuere dirigida, conforme se haya informado en la póliza o en algunos de los endosos, declaraciones o documentos que formen parte de ésta.

Las notificaciones efectuadas por correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado estas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO N° 28: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.