

CLÁUSULA ADICIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320180115

ARTÍCULO 1º: COBERTURA Y CONDICIONES DE LA COBERTURA

A) DECLARACIÓN PREVIA SOBRE LA COBERTURA CONTRATADA:

Las condiciones de la presente cobertura consideran como elemento esencial de esta cláusula adicional, 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 a la presente cláusula adicional y por ello, cualquier cambio legislativo, normativo y/o regulatorio que pueda ocurrir durante la vigencia de esta cobertura 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 esta cláusula adicional 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 cláusula adicional, 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 de la presente cláusula adicional 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° 2 y ocurrida durante la permanencia del asegurado en esta cláusula adicional.

Los reembolsos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas señaladas en el artículo N° 2 de esta cláusula adicional siempre y cuando estén expresamente contratadas e indicadas en las Condiciones Particulares de esta cobertura. 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 esta cláusula adicional.

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 cobertura, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

Si en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional 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 cláusula adicional. 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 2º: DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

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

Si en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional 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.

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 por la contratación de esta cláusula adicional, 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

cláusula adicional, 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional, 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 angioplastia o cualquier otra intervención intra-arterial, no están cubiertas por esta cláusula adicional.

g) Trasplante: Para los efectos de esta cláusula adicional, 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 3º : EXCLUSIONES GENERALES

Esta cláusula adicional 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional.

- 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° 2 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 cláusula adicional o durante su vigencia. En el primer caso, deberá dejarse constancia de las exclusiones en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.

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 4º : 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.

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 5º : GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta cláusula adicional, 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 podrá ser fuente de lucro para el asegurado o contratante.

El asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía aseguradora, al momento de contratar esta cláusula adicional 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 cláusula adicional, 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 cláusula adicional 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 cláusula adicional 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 6º : MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

La Compañía aseguradora sólo reembolsará hasta el monto máximo por período de acumulación que se establece en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, por los gastos incurridos por un

asegurado a causa de una o más incapacidades. Así, en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

ARTÍCULO 7º : DEFINICIONES Para los efectos de esta cláusula adicional 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 cláusula adicional aquellos que, habiendo solicitado su incorporación a la cláusula adicional, 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 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 cláusula adicional 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 cláusula adicional que las partes han acordado sea soportado por el asegurado a todo evento que conjuntamente al período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional .

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 cláusula adicional contada desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto 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 4 de esta cláusula adicional

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.

Período de Acumulación: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso establecido en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional .

Representante: Para efectos de esta cláusula adicional 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° 2 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 cláusula adicional 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 cláusula adicional 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 8º : 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, transcurridos 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 9º: 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

cláusula adicional, 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 14 letra c) de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 10º: VIGENCIA Y RENOVACIONES

La prima de esta cláusula adicional 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 establecidos en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

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, lo cual deberá informar en un plazo de treinta (30) días. Si así no lo hiciera se entenderá que acepta la modificación de la prima.

Esta cláusula adicional 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 cláusula adicional, 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° 6 de esta cláusula adicional y hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares de la cláusula adicional, contados desde la fecha de término de esta cobertura.

ARTÍCULO N° 11: INCLUSIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Con posterioridad a la vigencia inicial de la presente cláusula adicional, 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° 12: 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 cláusula adicional, 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 13º: AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente cláusula adicional, 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 14º: 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 15º: 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 N° 18.010.

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

ARTÍCULO 16: 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 17º: TERMINACIÓN ANTICIPADA

a) Anticipada. En caso de terminación anticipada de esta cláusula adicional cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta cláusula adicional.

Encontrándose la presente cláusula adicional vigente, la cobertura terminará anticipadamente para el

asegurado cuando el contratante o el asegurado hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas de acuerdo a lo señalado en el Artículo 12 de esta cláusula adicional.

b) General: Se deja constancia que la presente cláusula adicional quedará sin efecto a la fecha en que el asegurado titular cumpla la edad señalada en las Condiciones Particulares y la Compañía no tendrá obligación alguna con respecto de los riesgos que cubre al asegurado titular.

ARTÍCULO 18º: TERMINO DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

a) Por terminación anticipada del seguro principal.

b) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional que contemple exoneración de pago de primas por invalidez o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.

c) Por no haberse renovado la vigencia de la cláusula adicional en los términos del artículo 10 de esta cláusula adicional.

d) Por la llegada de la edad de término establecida en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización cubierta por esta cláusula adicional y cesará toda responsabilidad de la Compañía respecto de la indemnización.