SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320220199

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO Se aplicarán al presente contrato de seguro 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 dependiente.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Contratante a solicitud del Asegurador, y en base a la información que ha entregado el Asegurador al Contratante respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES Para los efectos de esta póliza, se entiende por:

CONTRATANTE: Persona natural que suscribe este contrato con el Asegurador y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. El Contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como Contratante del seguro y debe informar a los Asegurados u otros legítimos interesados sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

ASEGURADO: La persona indicada en las condiciones particulares de esta póliza, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por el Asegurador.

ASEGURADOR: Es la entidad Aseguradora que se obliga a tomar de su cuenta el riesgo indicado en la presente póliza, mediante el otorgamiento de las coberturas pactadas con el Contratante a favor de los Asegurados señalados en la misma.

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 físicas.

CARENCIA: Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia, o de la fecha de su rehabilitación o de la incorporación de los Asegurados a ella, en el cual está vigente el contrato no obstante no encontrarse vigente la cobertura contenida en la presente póliza. Esta última comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período. En virtud de lo anterior, el Asegurador no reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado dentro del período de carencia. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por coberturas específicas que originen el gasto médico.

EDAD MAXIMA DE INCORPORACION: Es el número máximo de años de edad, expresado en las Condiciones Particulares o en el Formulario de Incorporación, que puede tener una persona para incorporarse a esta póliza.

ENFERMEDAD: Son aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

ENFERMEDAD O DOLENCIA PREEXISTENTE: Son aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata en su favor, previamente a la celebración del contrato, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un médico o doctor legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido.

Cuando el Asegurador cuente con pruebas documentales de que el Asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o dolencia de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o dolencias por los que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables

documentalmente, para recibir el tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

El Asegurador podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los Asegurados que se someta a un examen médico. Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o dolencia alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

HOSPITAL: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud o la autoridad competente del país donde se lleve a cabo el servicio, incluyendo clínicas privadas. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, viviendas particulares, sanatorios particulares, casas para convalecientes y lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.

HOSPITALIZACIÓN: Se entenderá que un Asegurado se encuentra hospitalizado cuando está registrado e internado 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. Para estos efectos se entiende que la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería corresponde a 24 horas contadas desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

IMC: Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la

condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cociente entre el peso

expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado.

PRESTADOR: Corresponde a las instituciones de salud o médicos designados por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza, destinadas a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta póliza. El Asegurador podrá designar nuevos Prestadores, así como revocar

designaciones de éstos durante toda la vigencia de la póliza.

TRATAMIENTO: Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de laboratorio e imagenología) para tratar una enfermedad o padecimiento o lesión con el objeto de que el Asegurado recupere, restablezca, restaure o conserve su estado de salud.

GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar, además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo con el nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando, según se especifique en las Condiciones Particulares.

DEDUCIBLE: Es la estipulación por la que el Asegurador y Asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado. Para los efectos de esta póliza corresponderá al monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del Asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrá establecer un deducible por Asegurado, por grupo familiar, o una combinación de éstos, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos, o por solicitud de reembolso, o por la edad del Asegurado.

PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del

deducible y el monto máximo de reembolso, y será siempre de un año.

BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI): Las prestaciones deberán contar

con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del Asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las condiciones particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará la bonificación del seguro.

Se podrá establecer un BMI para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos, o por el sistema de salud previsional del Asegurado.

ARTÍCULO 3: COBERTURAS En virtud de la presente póliza, el Asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones que más adelante se detallan hasta los límites de capital, condiciones, plazos y alcance territorial establecidos en las Condiciones Particulares de ésta, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia de la presente cobertura y hubiere transcurrido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares.

El Asegurador reembolsará al Contratante, o pagará directamente al prestador o a quien acredite haberse hecho cargo de todos o una parte de los gastos médicos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado. una vez otorgada y pagada la cobertura del sistema de salud previsional.

Para efectos de esta póliza, se entenderá por prestaciones cubiertas, los gastos médicos efectivos incurridos por el Asegurado, siempre que dichas prestaciones se encuentren expresamente detalladas en la póliza y se otorguen por intermedio del Prestador que el Asegurador determine en las Condiciones Particulares.

Los reembolsos o los pagos directos de los gastos médicos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, limitaciones de cobertura, porcentajes establecidos como de reembolso o pago directo, porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud, montos Asegurados, deducibles y tope de números de prestaciones médicas, según lo contratado y todos los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema previsional de salud del Asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre, el valor de la

prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado. En caso de no existir bonificación del sistema previsional de salud, no se otorgará la cobertura amparada en esta póliza.

Para los efectos del pago directo al prestador, la Aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un Asegurado de la Aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la Aseguradora para dichos Asegurados. En estos casos, los Asegurados deberán pagar al prestador sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la Aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al prestador, será requisito que en caso de corresponder bonificación por parte de la institución de salud previsional ésta haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables o pagados directamente al prestador en virtud de esta póliza, siempre que estén expresamente estipulados en las Condiciones Particulares son los que se detallan a continuación:

A. BENEFICIOS HOSPITALARIOS:

Gastos Médicos de Hospitalización provenientes de prestaciones realizadas durante una Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

1. DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado Intensivo e Intermedio e Incubadora.

2. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministradas al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la enfermedad. Dentro de los servicios hospitalarios no se consideran las prótesis.

3. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleras que intervengan en una Operación Quirúrgica de las enfermedades cubiertas por este seguro, incluyéndose las consultas médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.

4. SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.

5. CIRUGÍA BARIÁTRICA: Si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y si la cobertura respectiva está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un Asegurado, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondientes a los gastos de Cirugía Bariátrica. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. CIRUGÍA MAXILOFACIAL: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un Asegurado, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1 , 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

7. CIRUGÍA RINOLARINGOLÓGICA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de septoplastía funcional en que incurra un Asegurado, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía Rinolaringológica. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

8. CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía de Reducción Mamaria, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA: Se cubrirá bajo la cobertura Hospitalaria cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que permanezca a lo menos, 24 horas completas de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

Todos los medicamentos para quimioterapia se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P) y sean usados con fines curativos. Se excluyen de esta cobertura los medicamentos usados con fines de investigación y/o experimentación.

Se entiende por quimioterápicos o drogas antineoplásicas, los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer, pudiendo ser de síntesis química o biotecnológica.

B. BENEFICIO DE MATERNIDAD:

La compañía de seguros reembolsará o pagará en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, u otros seguros o convenios, los gastos incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un Asegurado definido en las Condiciones Particulares, a consecuencia del embarazo y parto, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de la asegurada en la póliza, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente.

Para los efectos de la cobertura de esta póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imagenología obstétrico practicado a la asegurada. En caso de no existir exámenes diagnósticos, para acceder a la cobertura se considerará una carencia de 9 meses contados desde el inicio de vigencia de la asegurada. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado de este sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico, la interrupción voluntaria del embarazo por las causales establecidas en el artículo 119 del Código Sanitario y cualquier enfermedad inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido.

Los gastos médicos que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todos aquellos definidos en los números 1,2, y 3 del Beneficio de Hospitalización anterior, todos los cuales se liquidarán bajo este beneficio, y será pagado solo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la compañía de seguros solo reembolsará o pagará según el porcentaje de reembolso y hasta el valor tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no

correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o pagarán por el Beneficio de Hospitalización, sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato y el recién nacido hubiera sido incorporado al seguro.

Se entenderá como gastos inherentes al embarazo o nacimiento, todos aquellos que se originen como consecuencia de este, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo. A modo de ejemplo, en esta categoría se encuentran aquellos gastos originados en las hospitalizaciones por partos prematuros, asfixias neonatales, fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra directamente originada como consecuencia del embarazo y nacimiento.

C. BENEFICIO AMBULATORIO:

Gastos Médicos Ambulatorios provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

1. CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.

2. CONSULTAS MÉDICAS: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico entrega su parecer y recomienda los pasos a seguir. Para estos efectos, no se consideran las consultas médicas psiquiátricas.

3. EXÁMENES DE LABORATORIO: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

4. RADIOGRAFÍAS: Es aquella imagen registrada en una placa fotográfica sensible a los rayos X. Estos rayos atraviesan el cuerpo humano en distintos grados según la densidad de los tejidos.

5. IMAGENOLOGÍA: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos.

6. ULTRASONOGRAFÍA: Es aquella técnica de imagen basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o refractar las ondas de ultrasonido emitidas por un equipo. Dichas ondas son emitidas y detectadas por un equipo que, mediante la codificación, en un plano, de los diferentes puntos de reflexión generados por el tejido, los representa en una imagen en gama de grises, de forma proporcional a la intensidad de la reflexión, según su frecuencia y el tiempo en que son detectados.

7. MEDICINA NUCLEAR: es la rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

8. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS, NO QUIRÚRGICOS: Procedimientos por los cuales se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, prótesis y órtesis.

9. QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.

D. BENEFICIOS ESPECIALES:

Bajo este beneficio la Compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar una o más de las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

i. Cirugía Ocular Laser, comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para

dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Laser debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.

ii. Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas. Además, para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Prótesis y Órtesis Auditivas debe ser mayor de cincuenta y cinco (55) años de edad a la fecha de la prestación. Dentro de esta categoría se excluye el aparato coclear.

iii. Servicio de Ambulancia Terrestre, es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.

iv. Consulta Nutricionista, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

E. LIMITACIONES DE LA COBERTURA:

La presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos y condiciones diferenciando por el sistema de salud previsional al que el Asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones rubros de prestaciones contenidas en las Normas y Criterios Técnicos Administrativos del Arancel Fonasa, o aquellas que la reemplacen, vigente a la fecha de la respectiva prestación.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO La Aseguradora sólo efectuará reembolsos de gastos incurridos por un Asegurado o el pago directo al prestador de los servicios médicos que se hagan durante la vigencia en este contrato hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, a causa de una o más enfermedades.

Si la suma de los montos pagados directamente por la compañía Aseguradora alcanza al Monto Máximo de Reembolso durante la vigencia de este contrato de seguro, el Asegurado no tendrá derecho a reembolso, pago directo de servicios médicos alguno, por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

ARTÍCULO 6: EXCLUSIONES La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando el reembolso o el pago directo se origine por, o consecuencia de, o complicaciones de:

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

b. Kinesiología, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.

c. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

d. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general.

e. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del Asegurado en la póliza.

f. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingesta de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

g. Trasplantes distintos al trasplante de médula ósea.

h. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

i. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

ii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.

iii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

iv. Tratamientos para adelgazar.

v. Rinoplastía

i. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos y medicamentos ambulatorios.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.

v. Materiales de vendas, yesos, plásticos o similares.

vi. Inmunoterapias.

j. Lesión o enfermedad causada por:

i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

ii. Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.

v. Accidentes provocados por el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo con la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vi. Fusión y fisión o cualquier accidente nuclear.

k. Suministro de aparatos o equipos médicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, máquinas de diálisis, etc.

l. Procedimientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo con la cobertura contratada de la póliza.

m. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

n. Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares

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

p. Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

q. Enfermedades y/o embarazos preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas lesiones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable.

r. Malformaciones y/o enfermedades congénitas, excepto a los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.

s. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

t. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

u. Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

v. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u

órgano.

w. Ambulancia aérea.

x. Prestaciones realizadas fuera de la red de prestadores designados en las Condiciones Particulares, a menos que hayan sido derivados expresamente por la Compañía para realizar la prestación.

y. Prestaciones Médicas que no sean ofrecidas por los Prestadores designados en las Condiciones Particulares

z. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como, asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

ARTÍCULO 7: NO DUPLICACION DE BENEFICIOS. Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, medicamentos provistos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos por las prestaciones contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Contratante o el Asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a Fonasa.

Los beneficios de este seguro 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 este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas, o las prestaciones cubiertas con los excedentes previsionales.

ARTÍCULO 8: PLURALIDAD DE SEGUROS. Habiendo más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, el Asegurado podrá reclamar a cualquiera de los Aseguradores el pago del siniestro según el respectivo contrato y a cualquiera de los demás el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el Asegurado no podrá exceder el valor del objeto Asegurado.

El Asegurador que hubiere indemnizado al Asegurado tendrá derecho a repetir contra los demás Aseguradores la cuota que les corresponda en la indemnización, según el monto que cubran los respectivos contratos.

Cabe señalar que, en ningún caso, son adicionales los límites y montos de indemnización cuando existen dos o más contratos de seguros vigentes al mismo tiempo.

ARTÍCULO 9: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA La Aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 6 del presente

contrato, con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las

Condiciones Particulares de la póliza los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 10: CARENCIA Esta cobertura tiene un período de carencia, el que estará definido en las Condiciones Particulares de la póliza y se contabilizará a partir del inicio de vigencia de cada Asegurado. En virtud de lo anterior, la cobertura contenida en la presente póliza comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período.

ARTÍCULO 11: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio, en cuanto sean aplicables, y todas aquellas que consten en la póliza.

ARTÍCULO 12: DECLARACIONES DEL ASEGURADO Corresponde al Contratante declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Aseguradora al momento de evaluar la incorporación de los Asegurados a la póliza, con el objeto de identificar el real estado de salud del Asegurado y de sus dependientes, si corresponden, 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 con lo establecido en la ley.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante, de acuerdo con 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.

Convenido el contrato de seguro sin que la Aseguradora solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite la Aseguradora de acuerdo con 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 Contratante 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 exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo con lo señalado en el inciso anterior. Estas sanciones no se aplicarán si la Aseguradora, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 13: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO Los montos Asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, en moneda extranjera o cualquier otra unidad reajustable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos Asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajustable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se

establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajustable 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 comunique así a la Aseguradora, dentro de los treinta (30) 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 14: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS 1. PAGO DE LA PRIMA: La prima será pagada en forma anticipada por el Contratante en los lugares y/o formas que la Aseguradora designe

para ello, y de acuerdo con la periodicidad de pago indicada en las Condiciones Particulares.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de esta será siempre de responsabilidad del Contratante de la póliza.

2. 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 se establezca un plazo diferente, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la aseguradora, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

3. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO: La falta de pago de la prima

conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija la Aseguradora al Contratante y/o al Asegurado, 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.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que este contrato quedó sin efecto.

4. FINANCIAMIENTO DE LA PRIMA: La prima será financiada por el Contratante o quien se indique en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 15: AVISO DE SINIESTRO En caso de que el Asegurado incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, éste deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del Gasto Reembolsable, de acuerdo con los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante, lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía, hasta 60 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El aviso de siniestro deberá efectuarse por medio del formulario físico o electrónico que la compañía de seguros dispondrá para estos efectos, el que deberá completarse con la información que en él se exija.

Con todo, en caso de no renovación de la póliza el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza o el plazo que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificada, hará perder los derechos del Asegurado, liberando a la Compañía de seguros del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTÍCULO 16: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO Constituye requisito para cualquier reembolso o pago directo de los gastos médicos por parte de la Aseguradora:

a) La entrega oportuna a la Aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución o pago se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el Asegurado.

c) La entrega a la Aseguradora de los originales extendidos a nombre del Asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de 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 u otra entidad de

las referidas en la letra anterior.

Con todo, la Aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, 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 Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos.

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 compañía Aseguradora con dichas entidades, y sin que esos términos afecten de ningún modo los derechos de los Asegurados.

ARTÍCULO 17: PAGO DE SINIESTRO Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la Aseguradora dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la póliza y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la Aseguradora, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma, además, la Aseguradora da por cumplida la obligación de informar al Asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS N° 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza. El Contratante declara en este acto aceptar la forma de liquidación señalada.

El pago de la indemnización y el informe de liquidación se pondrá a disposición del Asegurado, en las oficinas principales de la Aseguradora o en el acceso a clientes de su sitio Web, a través del Contratante, del corredor de seguros, o a través de la forma y medios que se pacten con el Contratante y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza y sean comunicadas a los Asegurados.

En caso de que los gastos cuya devolución o pago se esté solicitando se hubieren 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 Titulo II de la Ley N° 18.010.

El reembolso de los gastos se efectuará por la Aseguradora a nombre del Contratante del seguro, según se

especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el Contratante hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTÍCULO 18: VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS La póliza tendrá una vigencia de un (1) año u otro plazo señalado en las Condiciones Particulares respectivas y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas entre la compañía Aseguradora y el Contratante.

Para los efectos de la renovación de la póliza, la compañía de seguros deberá enviar al Contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta por parte del Contratante, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de renovación. Si la compañía Aseguradora no enviase al Contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada la póliza en las mismas condiciones vigentes.

ARTÍCULO 19: MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL. En caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o proponer al Contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el Contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 20: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO 1. Del Asegurado: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un Asegurado en particular, en los siguientes casos:

a) A partir de la edad que se indica expresamente para cada uno de los Asegurados indicados en las Condiciones Particulares de la póliza;

b) Fallecimiento del Contratante, en este caso también se excluyen sus Asegurados dependientes, salvo que en un plazo no superior a 60 días desde la fecha de fallecimiento, alguno de los Asegurados, o algún tercero con interés asegurable sobre los Asegurados, manifieste formalmente su intención de tomar el rol de Contratante;

c) Conforme a lo señalado en el punto 3 del artículo 14 de las presentes Condiciones Generales, una vez transcurridos quince (15) días contados desde la fecha de envío de una comunicación por parte de la

Aseguradora al Contratante dando aviso de término por encontrarse impaga la prima conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza,

d) Cuando el Asegurado presentare reclamaciones de siniestros fraudulentas, engañosas, apoyadas en declaraciones falsas o documentos adulterados, además, la Aseguradora exigirá la restitución de los gastos reembolsados o pagados al Asegurado, si los hubiere. En este caso también se excluyen sus Asegurados dependientes.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la Aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión.

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 Contratante excluido.

En caso de que se reciban primas con posterioridad al término de la cobertura de un Asegurado, se realizará la devolución de éstas al Contratante.

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.

Asimismo, se conviene que en caso de que se excluya un Asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de la exclusión o de término del contrato.

ARTÍCULO 21: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA Producida la terminación anticipada de la cobertura para el (los) Asegurado(s) conforme al presente contrato por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares y mientras se encuentre dentro del período de vigencia del contrato. A tal efecto, el Contratante deberá pagar las primas que debió haber pagado si la póliza se hubiese mantenido vigente, incluyendo las primas en mora. En este caso, el (los) Asegurado(s) no deberá(n) acreditar reunir condiciones de asegurabilidad.

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.

ARTÍCULO 22: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el Contratante y/o Asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, 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 23: SOLUCION DE CONTROVERSIAS Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado o el Contratante, según corresponda, y el Asegurador, 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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el Asegurado o el Contratante, 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 compañía 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 Nº251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 24: CLAUSULAS ADICIONALES Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 25: DOMICILIO Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

INFORME TÉCNICO – POL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

1. Materia Asegurada

Reembolso de gastos médicos ambulatorios y hospitalarios asociados a las prestaciones especificadas en las Condiciones Particulares.

2. Riesgos cubiertos

El POL comprende:

3. COBERTURAS

En virtud de la presente póliza, el Asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones que más adelante se detallan hasta los límites de capital, condiciones, plazos y alcance territorial establecidos en las Condiciones Particulares de ésta, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia de la presente cobertura y hubiere transcurrido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares.

El Asegurador reembolsará al Contratante, o pagará directamente al prestador o a quien acredite haberse hecho cargo de todos o una parte de los gastos médicos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado. una vez otorgada y pagada la cobertura del sistema de salud previsional.

Para efectos de esta póliza, se entenderá por prestaciones cubiertas, los gastos médicos efectivos incurridos por el Asegurado, siempre que dichas prestaciones se encuentren expresamente detalladas en la póliza y se otorguen por intermedio del Prestador que el Asegurador determine en las Condiciones Particulares.

Los reembolsos o los pagos directos de los gastos médicos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, limitaciones de cobertura, porcentajes establecidos como de reembolso o pago directo, porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud, montos Asegurados, deducibles y tope de números de prestaciones médicas, según lo contratado y todos los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema previsional de salud del Asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre, el valor de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado. En caso de no existir bonificación del sistema previsional de salud, no se otorgará la cobertura amparada en esta póliza.

Para los efectos del pago directo al prestador, la Aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un Asegurado de la Aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la Aseguradora para dichos Asegurados. En estos casos, los Asegurados deberán pagar al prestador sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la Aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al prestador, será requisito que en caso de corresponder bonificación por parte de la institución de salud previsional ésta haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables o pagados directamente al prestador en virtud de esta póliza, siempre que estén expresamente estipulados en las Condiciones Particulares son los que se detallan a continuación:

BENEFICIOS HOSPITALARIOS:

Gastos Médicos de Hospitalización provenientes de prestaciones realizadas durante una Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado Intensivo e Intermedio e Incubadora.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministradas al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la enfermedad. Dentro de los servicios hospitalarios no se consideran las prótesis.

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleras que intervengan en una Operación Quirúrgica de las enfermedades cubiertas por este seguro, incluyéndose las consultas médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.

SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.

CIRUGÍA BARIÁTRICA: Si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y si la cobertura respectiva está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un Asegurado, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondientes a los gastos de Cirugía Bariátrica. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un Asegurado, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1 , 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

CIRUGÍA RINOLARINGOLÓGICA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de septoplastía funcional en que incurra un Asegurado, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía Rinolaringológica. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía de Reducción Mamaria, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto Asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA: Se cubrirá bajo la cobertura Hospitalaria cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que permanezca a lo menos, 24 horas completas de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

Todos los medicamentos para quimioterapia se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P) y sean usados con fines curativos. Se excluyen de esta cobertura los medicamentos usados con fines de investigación y/o experimentación.

Se entiende por quimioterápicos o drogas antineoplásicas, los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer, pudiendo ser de síntesis química o biotecnológica.

BENEFICIO DE MATERNIDAD:

La compañía de seguros reembolsará o pagará en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, u otros seguros o convenios, los gastos incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un Asegurado definido en las Condiciones Particulares, a consecuencia del embarazo y parto, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de la asegurada en la póliza, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente.

Para los efectos de la cobertura de esta póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imagenología obstétrico practicado a la asegurada. En caso de no existir exámenes diagnósticos, para acceder a la cobertura se considerará una carencia de 9 meses contados desde el inicio de vigencia de la asegurada. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado de este sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico, la interrupción voluntaria del embarazo por las causales establecidas en el artículo 119 del Código Sanitario y cualquier enfermedad inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido.

Los gastos médicos que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todos aquellos definidos en los números 1,2, y 3 del Beneficio de Hospitalización anterior, todos los cuales se liquidarán bajo este beneficio, y será pagado solo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la compañía de seguros solo reembolsará o pagará según el porcentaje de reembolso y hasta el valor tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no

correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o pagarán por el Beneficio de Hospitalización, sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato y el recién nacido hubiera sido incorporado al seguro.

Se entenderá como gastos inherentes al embarazo o nacimiento, todos aquellos que se originen como consecuencia de este, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo. A modo de ejemplo, en esta categoría se

encuentran aquellos gastos originados en las hospitalizaciones por partos prematuros, asfixias neonatales, fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra directamente originada como consecuencia del embarazo y nacimiento.

BENEFICIO AMBULATORIO:

Gastos Médicos Ambulatorios provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.

CONSULTAS MÉDICAS: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico entrega su parecer y recomienda los pasos a seguir. Para estos efectos, no se consideran las consultas médicas psiquiátricas.

EXÁMENES DE LABORATORIO: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

RADIOGRAFÍAS: Es aquella imagen registrada en una placa fotográfica sensible a los rayos X. Estos rayos atraviesan el cuerpo humano en distintos grados según la densidad de los tejidos.

IMAGENOLOGÍA: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos.

ULTRASONOGRAFÍA: Es aquella técnica de imagen basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o refractar las ondas de ultrasonido emitidas por un equipo. Dichas ondas son emitidas y detectadas por un equipo que, mediante la codificación, en un plano, de los diferentes puntos de reflexión generados por el tejido, los representa en una imagen en gama de grises, de forma proporcional a la intensidad de la reflexión, según su frecuencia y el tiempo en que son detectados.

MEDICINA NUCLEAR: es la rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS, NO QUIRÚRGICOS: Procedimientos por los cuales se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas, prótesis y órtesis.

QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.

BENEFICIOS ESPECIALES:

Bajo este beneficio la Compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar una o más de las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

Cirugía Ocular Laser, comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Laser debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.

Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas. Además, para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Prótesis y Órtesis Auditivas debe ser mayor de cincuenta y cinco (55) años de edad a la fecha de la prestación. Dentro de esta categoría se excluye el aparato coclear.

Servicio de Ambulancia Terrestre, es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.

Consulta Nutricionista, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

LIMITACIONES DE LA COBERTURA:

La presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos y condiciones diferenciando por el sistema de salud previsional al que el Asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones rubros de prestaciones contenidas en las Normas y Criterios Técnicos Administrativos del Arancel Fonasa, o aquellas que la reemplacen, vigente a la fecha de la respectiva prestación.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando el reembolso o el pago directo se origine por, o consecuencia de, o complicaciones de:

a. La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas, psicológicas y/o psicopedagógicas.
b. Kinesiología, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.
c. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
d. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general.
e. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del Asegurado en la póliza.

f. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingesta de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
g. Trasplantes distintos al trasplante de médula ósea.
h. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:
    i. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.
    ii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.
    iii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
    iv. Tratamientos para adelgazar.
    v. Rinoplastía
i. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:
    i. Insumos y medicamentos ambulatorios.
    ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
    iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
    iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.
    v. Materiales de vendas, yesos, plásticos o similares.
    vi. Inmunoterapias.
j. Lesión o enfermedad causada por:
    i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
    ii. Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
    iii. Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
    iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.
    v. Accidentes provocados por el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo con la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
    vi. Fusión y fisión o cualquier accidente nuclear.
k. Suministro de aparatos o equipos médicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, máquinas de diálisis, etc.
l. Procedimientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo con la cobertura contratada de la póliza.
m. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
n. Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares
o. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
p. Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
q. Enfermedades y/o embarazos preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas lesiones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones

Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable.

r. Malformaciones y/o enfermedades congénitas, excepto a los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.
s. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.
t. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
u. Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
v. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
w. Ambulancia aérea.
x. Prestaciones realizadas fuera de la red de prestadores designados en las Condiciones Particulares, a menos que hayan sido derivados expresamente por la Compañía para realizar la prestación.
y. Prestaciones Médicas que no sean ofrecidas por los Prestadores designados en las Condiciones Particulares
z. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como, asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

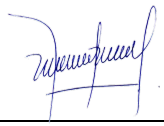
A) Metodología de cálculo de Reservas Técnicas

De acuerdo con pautas establecidas NCG N°306 y sus modificatorias.

B) Ramos FECU



Subgerente de Actuariado
Alfredo Paredes Zaror



Gerente General