

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240008

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 el beneficiario.

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

Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 2. COBERTURA.

La compañía de seguros bajo las condiciones, términos y límites que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al asegurado o pagar directamente al prestador de salud que corresponda según instrucciones del asegurado -en adelante también llamados como los pagos-, como complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, otros seguros o beneficios, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante el periodo de vigencia de la cobertura indicada en las condiciones particulares. Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al Asegurado por su médico tratante, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las que serán expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de este seguro, y de acuerdo a los porcentajes establecidos para los efectos de los reembolsos o pagos directos, valor de provisión de los medicamentos ambulatorios, porcentaje efectivo de reembolso, porcentaje de bonificación mínima exigida del sistema previsional de salud (BME) y/o reembolso mínimo a otorgar por prestación, montos asegurados, deducibles, tope de números de prestaciones médicas, patologías y/o cirugías restringidas con límites y topes por patologías y/o rangos etarios, porcentajes, factor o topes de aranceles de uno o más prestadores o de un arancel de referencia o listados de prestaciones definidos por la compañía, límites y topes de montos en unidades de fomento (UF) por atención o prestación o prestador médico, según lo contratado, todo lo cual se dejará expresamente indicado en las Condiciones Particulares

de la póliza. Adicionalmente, la compañía podrá establecer en las condiciones particulares de la póliza el sistema de salud previsional al que deben pertenecer los asegurados al momento de la contratación.

Sujeto a las condiciones que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza, se otorgará cobertura a los gastos médicos hospitalarios y ambulatorios incurridos por el asegurado dentro del territorio nacional o en el extranjero, pudiendo establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más prestadores exclusivos y/o preferentes, en convenio o no.

Las coberturas descritas en el artículo 3 pueden ser contratadas en forma conjunta como un todo, o bien, el contratante puede optar por alguna de ellas o la compañía ofrecer sólo algunas de ellas, o la Compañía podrá exigir la contratación de una o más de ellas para acceder a las otras coberturas, todo lo cual se estipulará expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos o los pagos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que esta póliza, y las coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos que excedan del deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar cuando corresponda, 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 de salud previsional (BME) 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.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, el asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la compañía de seguros, para que ésta pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, el asegurado otorgará las autorizaciones necesarias para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en las propuestas de seguro o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso o en un documento firmado directamente en el recinto médico.

ARTÍCULO 3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

La Compañía de Seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria y/o hospitalarias, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrá contratar uno o más de estas coberturas, según el plan o producto ofrecido por la Compañía, las que deberán estar expresamente indicadas en el Plan de Reembolsos o Cuadro de Cobertura de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto. Las coberturas son las siguientes:

A. COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN.

Bajo este beneficio se pueden contratar las siguientes coberturas que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza:

1. **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
2. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo y/o intermedio, recuperación u observación; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.
3. **HONORARIOS MÉDICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica efectuada a un asegurado hospitalizado, incluyéndose las consultas médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.
4. **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 éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
5. **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, adicional al contemplado en la definición de Día Cama Hospitalización.
6. **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridas a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales.
7. **HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA:** Es una alternativa a la hospitalización tradicional en un hospital o clínica. Las atenciones brindadas al paciente deben corresponder a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, en atención a lo exigido por su estado de salud y a que las atenciones estén indicadas y controladas por un médico tratante. Las prestaciones se reembolsarán previa presentación del informe del médico tratante.
8. **TRASLADOS MÉDICOS:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio urbano.
9. **CIRUGÍAS RESTRINGIDAS:** La compañía podrá limitar la cobertura a otorgar a determinadas cirugías, las cuales serán indicadas en las condiciones particulares de la póliza, señalando además las condiciones y requisitos a cumplir para gozar de cobertura por la póliza.

B. COBERTURA DE MATERNIDAD

Si se contrata esta cobertura, 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, que tenga la calidad de asegurada titular, cónyuge o conviviente civil, y el recién nacido a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento, siempre

que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la asegurada, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado del mismo 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 incapacidad 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 esta cobertura son todos aquellos definidos en los numerales 1, 2 y 3 de la letra A anterior, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura y serán pagados 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 y se reembolsarán en forma proporcional del tiempo de vigencia de la asegurada en la póliza a la fecha del parto/cesárea cuando la compañía haya aceptado la incorporación de una asegurada cursando un embarazo.

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.

Sin perjuicio de los límites definidos para este beneficio en el Plan de Reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza, se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea y aborto involuntario de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por la asegurada titular o cónyuge asegurada y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto involuntario, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o cesárea o aborto involuntario, según corresponda. Los gastos médicos en que incurra la asegurada titular o cónyuge asegurada, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, serán reembolsados bajo el ítem complicaciones del parto, si correspondiese según la definición de este concepto que se indica en la presente póliza y si éste ítem estuviese contratado. Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente serán reembolsados bajo la Cobertura de Hospitalización en la medida que se haya contratado, que el menor tenga la calidad de asegurado a la fecha de la prestación médica y el parto haya sido cubierto por la presente 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 las prestaciones de numerales 1, 2 y 3 de la letra A anterior, sólo si el recién nacido hubiera sido incorporado al seguro de acuerdo a las condiciones de inclusión de asegurados establecidos en las Condiciones Particulares.

C. COBERTURA AMBULATORIA

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio.

El contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos, los que deberán estar expresamente indicados en el Plan de Reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto. Los gastos son los siguientes:

1. CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD: Es el tiempo en que el paciente está junto al médico en un lugar determinado, mientras este último evalúa al paciente, entrega su opinión profesional y

recomienda el tratamiento a seguir. No se consideran en la cobertura de este ítem las consultas de psiquiatría y psicología.

2. TELECONSULTA MEDICINA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD: Corresponde a una atención a distancia realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica). No se consideran en la cobertura de este ítem las consultas de psiquiatría y psicología.

3. EXÁMENES DE LABORATORIO: Corresponden a la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

4. EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos. Se incluyen: radiografías, tomografía computarizada, ultrasonografía, resonancia magnética.

5. CIRUGÍA AMBULATORIA: Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en el número 2 de la Letra A) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente. La compañía podrá establecer porcentajes de reembolso y topes diferenciados por tipo de cirugía, lo cual deberá quedar expresamente señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar una incapacidad.

7. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados por un médico cirujano para tratar una incapacidad. Se excluyen de este ítem las prestaciones de kinesiología.

8. KINESIOLOGÍA. La compañía reembolsará las sesiones de atención integral de kinesiología destinadas al tratamiento y rehabilitación de pacientes en forma ambulatoria, siempre que sea requerida a consecuencia de una incapacidad cubierta por la póliza. Para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

9. TELEREHABILITACIÓN: La compañía reembolsará las sesiones de teleatención integral de kinesiología destinadas al tratamiento y rehabilitación de pacientes en forma ambulatoria, siempre que sea requerida a consecuencia de una incapacidad cubierta por la póliza. Para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

10. PROTESIS Y ORTESIS AMBULATORIAS: Comprende los gastos derivados de aparatos protésicos que se encuentren incluidos en el Arancel de Referencia y/o Listado de Prestaciones u otro que se indique en las condiciones particulares, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte de este 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. Se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial, audífonos y marcos ópticos, cristales y lentes de contacto.

D. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo esta cobertura compañía aseguradora proveerá al Asegurado los medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para esta cobertura en el Plan de

Reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de su vigencia en la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Bajo esta cobertura se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

1. **MEDICAMENTO AMBULATORIOS GENÉRICOS:** Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo su denominación común internacional (DCI), es decir el nombre del principio activo, sin marca comercial, hayan o no demostrado o no bioequivalencia.
2. **MEDICAMENTO AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTE GENÉRICOS:** Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente, se comercializa bajo su denominación común internacional (DCI), es decir, nombre del principio activo.
3. **MEDICAMENTO AMBULATORIOS BIOEQUIVALENTE MARCA:** Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente registrado bajo un nombre comercial una vez vencida la patente del innovador.
4. **MEDICAMENTO AMBULATORIOS DE MARCA:** Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en las categorías anteriores, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.
5. **MEDICAMENTO AMBULATORIO REFERENTE, ORIGINAL O INNOVADOR:** Corresponde al producto original, es decir, el primer producto que sacó al mercado el medicamento con un principio activo nuevo o aquel que posee todos los estudios farmacológicos y pruebas científicas.

En aquellos casos en que la aseguradora otorgue la cobertura a través de la provisión de los medicamentos:

- a) Ello se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares, las cuales proveerán los medicamentos a los asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.
- b) El stock de los medicamentos recetados es de responsabilidad exclusiva de las farmacias. De esta manera, si a la época en que el Asegurado solicite la provisión del medicamento éstos se encontraran agotados o no disponibles éste, previamente informado de lo anterior, podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

E. COBERTURA SALUD MENTAL

1. **CONSULTAS MÉDICAS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA.** La compañía reembolsará los gastos por consultas de psiquiatría y psicología en los términos, condiciones, porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso de las Condiciones Particulares de la póliza. Podría incluirse en este ítem los gastos por consultas de Psicopedagogía si así se estipulare en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para las prestaciones de sicología y psicopedagogía, cuando corresponda, constituye requisito para su reembolso, la presentación de la orden de derivación del médico tratante.

2. TELECONSULTAS MÉDICAS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA. La compañía reembolsará los gastos por teleconsulta de psiquiatría y psicología en los términos, condiciones, porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso de las condiciones particulares de la póliza.

Para las prestaciones de sicología, constituye requisito para su reembolso, la presentación de la orden de derivación del médico tratante.

3. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: Se reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de consultas y tratamientos hospitalarios, como asimismo los medicamentos que se reciban durante la hospitalización. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

F. COBERTURAS ESPECIALES

1. GASTOS POR ÓPTICA: La compañía reembolsará los gastos por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo, o por tecnólogo médico con mención en oftalmología o por un optómetra con título obtenido en el extranjero en la medida que se encuentren calificados y habilitados con arreglo a las disposiciones pertinentes del Código Sanitario, con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual.

2. CIRUGÍA OCULAR PARA VICIOS DE REFRACCIÓN: Comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, incluido el uso de prótesis o lentes intraoculares; 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 cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia.

3. AUDÍFONOS: Se reembolsarán los audífonos requeridos para el tratamiento de la hipoacusia de un asegurado siempre que se trate de una incapacidad cubierta por la póliza; será requisito la presentación de la orden médica correspondiente.

4. FONOAUDIOLOGÍA: La compañía reembolsará las sesiones de fonoaudiología que requiera un asegurado a consecuencia de una incapacidad cubierta por la póliza, en los términos, condiciones, porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso de las condiciones particulares de la póliza. Para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

5. TERAPIA OCUPACIONAL: La compañía reembolsará las sesiones de terapia ocupacional que requiera un asegurado a consecuencia de una incapacidad cubierta por la póliza, en los términos, condiciones, porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso de las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

6. ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA: La compañía reembolsará las atenciones integrales de nutricionista que requiera un asegurado a consecuencia de una incapacidad cubierta por la póliza, en los términos, condiciones, porcentajes y topes establecidos en el Plan de Reembolso o Plan de Reembolso de las condiciones particulares de la póliza. Para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su

reembolso la orden de derivación del médico tratante.

G. LIMITACIONES DE LA COBERTURA

La presente póliza contempla los siguientes límites de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal u otro, al momento de otorgarse las prestaciones, se cubrirá el porcentaje de los costos o gastos efectivamente incurridos que se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el respectivo sistema o en el Arancel de Referencia o Listado de Prestaciones cubiertas, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto o del costo efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Igualmente, las Condiciones Particulares podrán establecer porcentajes de bonificación especiales para prestaciones que sean objeto de homologación en el respectivo sistema.
3. En aquellos casos en que las prestaciones reclamadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro, se cubrirá el porcentaje del gasto o del costo efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
4. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado o público y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura previsional de salud del asegurado, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la Compañía Aseguradora calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Plan de Reembolso de las condiciones particulares de la Póliza.
5. En el Plan de Reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso 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.
6. El pago al prestador o reembolso al asegurado tendrá como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta póliza, el monto definido en el o los Aranceles del o los Prestadores o de la Compañía o de Referencia, por cada cobertura contratada según se indique en las condiciones particulares.
7. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa, o aquellas que la reemplacen, vigente a la fecha de la respectiva prestación o según el Arancel de Referencia o Listado de Prestaciones que se defina en las Condiciones Particulares. La compañía podrá complementar el Arancel de Referencia o Listado de Prestaciones con prestaciones adicionales, las que serán informadas en las condiciones particulares o publicadas en el sitio privado del asegurado.
8. En base a la Declaración Personal de Salud del asegurado la compañía podría limitar el monto asegurado, el monto de cobertura, incorporar o incrementar el deducible o excluir enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes, lo cual debe ser expresamente aceptado por el asegurado.
9. Límite Territorial: La compañía podrá definir zonas geográficas y ciudades específicas en Chile o en el extranjero en las que regirá la cobertura, así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Con todo, la Compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá de los montos máximos de reembolso y límites para cada cobertura en específico, indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES.

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1. **CONTRATANTE:** La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo en los términos definidos por el artículo 517 del Código de Comercio.
2. **ASEGURADO:** Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo sido debidamente aceptado como tal por la Compañía, está habilitado para requerir la cobertura. El asegurado puede revestir las siguientes calidades:

Asegurado Titular: La persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador, o esté vinculado con o por la entidad contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.
Asegurados Dependientes: Pueden ser asegurados dependientes los integrantes del grupo familiar del titular o aquellos especificados en las condiciones particulares de la póliza. Estos asegurados deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y encontrarse señalados como tales en el condicionado particular de la póliza.

Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre ellos, para efectos de entenderse incorporados en la póliza.

Cuando en estas Condiciones Generales se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

3. **INCAPACIDAD:** Toda enfermedad o 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.

4. **ENFERMEDAD:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación debe ser efectuado por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

5. 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 heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

6. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (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.

7. INCAPACIDAD PREEXISTENTE: Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza, según corresponda.

8. MÉDICO: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina en Chile y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, según lo establecido en el artículo 112 del Código Sanitario y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge/conviviente civil de la persona asegurada; c) hijo, padre, madre o hermano(a) del asegurado o de su cónyuge.

9. 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, con excepción del beneficio de salud mental, y los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

10. PRESTADOR DE SALUD: Son establecimientos médicos públicos o privados y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

11. PRESTADOR DE SALUD PREFERENTE: Establecimientos médicos públicos o privados, como facultativos médicos que otorgan servicios o acciones de salud y que han sido incluidos en el Condicionado Particular en calidad de Prestador Preferente para el otorgamiento de las coberturas contratadas en este seguro.

12. PRESTADOR DE SALUD EXCLUSIVO: Establecimientos médicos públicos o privados, como facultativos médicos que otorgan servicios o acciones de salud y que han sido incluidos en el Condicionado Particular en calidad de Prestador Exclusivo para el otorgamiento de las coberturas contratadas en este seguro.

13. HOSPITALIZACIÓN: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada e internada 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.

14. 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 ni la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en los términos descritos en los numerales precedentes, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

15. 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 Incapacidad 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 al 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.

16. 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 que, cubiertos por este seguro, serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrá establecer un deducible por asegurado, 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 o para una o más enfermedades, por evento, por patología o grupo de ellas, u otros criterios de tarificación, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

17. BONIFICACIÓN MÍNIMA EXIGIDA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BME): La compañía podrá exigir una cobertura mínima del sistema de salud previsional del asegurado para las prestaciones reclamadas, fijando el porcentaje de cobertura exigido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se podrá establecer una BME 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.

18. PERIODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para completar la acumulación del monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las condiciones particulares de la póliza.

19. INSUMOS: Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, o en una atención de urgencia u hospitalaria, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.

20. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponden a todas aquellas enfermedades que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición, entre otras, las siguientes enfermedades: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

21. COMPLICACIONES DEL PARTO: Para estos efectos se entenderá por complicaciones del parto a todas aquellas enfermedades que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como presentaciones del feto distócicas, hemorragias post parto, inercia uterina, inserciones placentarias

anómalas, corioamnionitis y endometritis, entre otras.

22. MEDICAMENTO: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile o el órgano que lo reemplace, cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

23. EVENTO: Se entiende como todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por incapacidad y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, cuya duración corresponderá a la vigencia de la Póliza o al plazo que se indique en las Condiciones Particulares.

24. ARANCEL DE REFERENCIA: Documento o archivo que contiene las prestaciones médicas ambulatorias y hospitalarias y sus valores vigentes en un determinado prestador médico o el establecido por la compañía.

En los planes de reembolsos podrá fijarse topes de bonificación usando un porcentaje o factor respecto del arancel que se indique en las Condiciones Particulares.

Este Arancel formará parte integrante del contrato de seguro y se encontrará disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía, en la página web institucional o en el acceso al portal privado de cada asegurado, según se informe en las condiciones particulares de la póliza.

25. LISTADO DE PRESTACIONES CUBIERTAS: Documento o archivo que contiene el conjunto de las prestaciones médicas ambulatorias y/o hospitalarias que la aseguradora otorgará cobertura a través del Plan de Reembolsos indicado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones en él señalados.

El Listado de Prestaciones formará parte integrante del contrato de seguro y se encontrará disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía, en la página web institucional o en el acceso al portal privado de cada asegurado, según se informe en las condiciones particulares de la póliza.

26. ARANCEL DEL PRESTADOR: Documento o archivo que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes de un determinado Prestador. En caso de que alguna prestación exceda dichos aranceles, la Compañía Aseguradora sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado.

27. TOPE: Límite de cobertura a otorgar por prestaciones y/o atenciones médicas, patologías y/o cirugías, prestador médico, rango etario, aranceles de uno o más prestadores o de un arancel de referencia o listado de prestaciones definidos por la compañía, que podrá ser expresado en UF, porcentaje, unidades o cantidades, lo que será expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

28. PLAN DE REEMBOLSO LIBRE ELECCIÓN: aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el asegurado o beneficiario, sin intervención de la aseguradora.

29. PLAN DE REEMBOLSOS CON PRESTADOR EXCLUSIVO: aquel cuya estructura sólo contempla la cobertura de las atenciones de médicas a través de determinados prestadores individualizados en el plan de reembolsos, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre Elección, salvo que en las condiciones particulares se estipule lo contrario para determinadas prestaciones.

30. PLAN DE REEMBOLSO CON PRESTADOR PREFERENTE: aquel cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan de reembolsos.

31. DEDUCIBLE GES: corresponde a la suma de los copagos establecidos en el Decreto Supremo vigente, de acuerdo a la ley N°19.966 en la que se establece el régimen General de Garantías en Salud (GES). Copago fijado, para cada intervención sanitaria, en el DS, que tiene un monto máximo equivalente a UF 122.

32. DEDUCIBLE CAEC (Cobertura Adicional de Enfermedades Catastrófica): corresponde a la suma de los copagos realizados por un diagnóstico o problema de salud en la red cerrada de atención asignada por la Isapre, es equivalente a un máximo de UF126, los copagos que superen el deducible son cubiertos al 100% por la Isapre.

ARTÍCULO 5. MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO.

La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos a causa de una o más incapacidades por el asegurado, por su grupo familiar o por una combinación de éstos, o por cobertura o grupo de coberturas.

ARTÍCULO 6. 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 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 algún Sistema de Salud Previsional.

Las coberturas de este seguro son de carácter patrimonial, por lo que no se pueden duplicar 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 18.490, Seguro Individual Obligatorio Covid-19 establecido por la Ley 21.342, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 7. 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 8. EXCLUSIONES.

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el Plan de Reembolsos de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho Plan de Reembolsos.

Se encuentran excluidos de cobertura:

1. La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
2. Gastos /médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones, salvo que la Cobertura de Maternidad hubiese sido contratada.
3. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
4. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento, o secundarios a dichas cirugías, o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza. Sólo gozaran de cobertura aquellas requeridas por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
5. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión 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.
6. Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.
7. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:
 - a) Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.
 - b) Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.
 - c) Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

d) Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

e) Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual, se indique.

f) 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.

g) Tratamientos para adelgazar.

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

a) Insumos ambulatorios.

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

c) Homeopatías y/o Recetario Magistral.

d) Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo

9. Incapacidad causada por:

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

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

c) Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

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

f) Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

g) Fusión y fisión o cualquier accidente nucleares.

10. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza.

11. Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares.

12. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.
13. Hospitalización domiciliaria y gastos por acompañantes mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares. La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario, así como también se excluye la atención por auxiliar particular de enfermería intrahospitalaria o fuera del recinto hospitalario.
14. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
15. Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
16. Incapacidades preexistentes.
17. Situaciones de salud, malformaciones y/o incapacidad congénita diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación de la póliza
18. 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.
19. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
20. 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 bunge, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
21. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
22. Gastos que no estén expresamente indicados en el Plan de Reembolsos detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes, procedimientos y cirugías a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.
23. Ambulancia aérea.
24. Gastos hospitalarios y ambulatorios de hijos de asegurados titulares derivados de aborto, embarazo, complicaciones del embarazo, parto y sus complicaciones

ARTÍCULO 9. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado está obligado a:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto de este seguro; asimismo, deberá informar al asegurador la existencia de beneficios previsionales, otorgados por instituciones públicas y privadas, sobre el mismo objeto o coberturas de este seguro;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
4. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro;
5. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias;
6. Las demás que contemple la ley.

Si el Tomador o Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Tomador o Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del Tomador o Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 10. DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO.

La Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 524 número 1, 525, 539, 590, 591 y 592 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11. INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS.

Si durante la vigencia del seguro, el Contratante y/o asegurado titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía de Seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y ser aceptados por la Compañía de Seguros, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de las coberturas y el correspondiente cobro de prima para el o los nuevos asegurados dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía de Seguros u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo a partir de la fecha de aceptación del nuevo Asegurado y notificará dicha circunstancia al asegurado titular y/o contratante.

ARTÍCULO 12. PRIMAS.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada en la forma y en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para estos efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el contratante o asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima.

b) Plazo de Gracia. Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato. Producido el no pago de la prima en la fecha estipulada o al vencimiento del plazo de gracia fijado en la letra anterior, se producirá la terminación del contrato. De conformidad a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio, la terminación se verificará a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al contratante o asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

d) Financiamiento de la Prima: De acuerdo al financiamiento de la prima de este seguro se definen dos modalidades, ellas son: 1) Contributorio, es aquella que la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado titular, y 2) No Contributorio, es aquella que la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular.

ARTÍCULO 13. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación, dentro del período de vigencia del contrato. A tal efecto, el contratante y/o los asegurados deberán acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía de seguros y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago. La sola entrega a la compañía de seguros del valor de la prima vencida no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía de seguros a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de seguros de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad

ulterior.

ARTÍCULO 14. BENEFICIARIO.

El beneficiario de esta póliza y de las coberturas contratadas será el Asegurado Titular individualizado en las Condiciones Particulares, salvo que se establezca uno diferente lo que deberá quedar igualmente establecido en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza.

Siendo beneficiario el Asegurado Titular, en caso de que éste fallezca antes del pago del beneficio asociado a la cobertura, y en caso de que ello corresponda, dicho beneficio será pagado a quien acredite haber efectuado los gastos médicos reembolsables, debiéndose acompañar en tal caso los documentos que justifiquen dicho pago.

ARTÍCULO 15. AVISO DE SINIESTRO.

En caso que el Asegurado incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, o existiendo el requerimiento de la provisión de un medicamento ambulatorio cubierto por el seguro, éste deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro, de acuerdo a 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.

ARTÍCULO 16. REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO.

Constituye requisito para cualquier reembolso o pago de los gastos médicos por parte de la compañía de seguros:

a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario físico o electrónico dispuesto por ésta, 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 compañía de seguros de los documentos, o copias de estos, extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas, facturas y prefacturas 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.

d) Para obtener el reembolso de gastos médicos o la provisión de medicamentos bajo la cobertura de

Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida a la fecha de adquisición de los medicamentos, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:

- i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
- ii. Las recetas médicas tendrán una vigencia máxima de treinta (30) días contados desde su emisión. Con todo, tratándose de recetas a permanencia, se entenderá que éstas tienen una vigencia máxima de ciento ochenta (180) días, por lo que en caso que el tratamiento médico exceda de dicho plazo, será necesario presentar una nueva receta por el nuevo período.
- iii. Nombre del beneficiario que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
- iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
- v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

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

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos ni provisión de medicamentos según corresponda.

ARTÍCULO 17. PAGO DE SINIESTRO.

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía de seguros 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 compañía de seguros, sin perjuicio del derecho del asegurado de solicitar el nombramiento de un liquidador externo en la forma y oportunidad señalada en el D.S. N° 1055 de 2012, de Hacienda, que establece el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización se efectuará a través de la forma y medios que se pacten con el contratante o asegurado titular y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que los gastos o costos 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 Título II de la Ley N° 18.010.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable. En tal sentido, el asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los Gastos Reembolsables.

ARTÍCULO 18. VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima acordada con el contratante.

En caso de cambios o modificaciones a las condiciones y términos del seguro, el asegurador deberá notificarlos al asegurado a través del contratante, y sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 19. TERMINACIÓN ANTICIPADA POR MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL.

La compañía de seguros podrá poner término anticipado al presente contrato de seguro, el que se producirá a la expiración de treinta días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

La terminación del seguro deberá considerar como causal una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al Sistema de Salud Previsional público o privado, siempre que se refiera a alguno de los siguientes supuestos:

- a) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento de la celebración del seguro tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones o cobertura de preexistencias o cambios en los requisitos de asegurabilidad o cambios en las prestaciones cubiertas o bonificaciones mínimas exigidas o cualquier otro elemento necesario para la evaluación del riesgo asegurado.
- b) Eliminación o modificación del Sistema de Salud Previsional privado vigente o, modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del Sistema de Salud Previsional vigente que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del Sistema de Salud Previsional vigente.
- c) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza contratada, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en las Condiciones Particulares del seguro; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

Verificada cualquiera de las causales antes indicadas 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. TERMINACION ANTICIPADA.

I. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubiere, terminarán para un asegurado en particular en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el asegurado titular o sus asegurados dependientes según corresponda cumplan la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares.
- b) Por fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de éste.
- c) Cuando el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, de conformidad a lo establecido en el artículo 9 de estas Condiciones Generales.
- d) Cuando el asegurado a sabiendas presentare reclamaciones de siniestros mediando información sustancialmente falsa en los términos del artículo 539 del Código de Comercio. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- e) Por falta de pago de la prima del asegurado o del contratante en los términos del artículo 12 de estas condiciones generales, caso en el cual también se excluyen sus asegurados dependientes.

En los casos descritos en las letras a), b), c) y d) cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros 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 compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular excluido.

II. Asimismo, la póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha de término de vigencia de la póliza señalada en las Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada de acuerdo a las condiciones de renovación de vigencia establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 22 siguiente;
- c) En caso de verificarse cualquiera de las causales establecidas en el artículo 19 de estas Condiciones Generales, o cuando el contratante no acepte o no de respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo.
- d) Si el Contratante cae en insolvencia o es declarado en quiebra; o si el Contratante inicia o se inicia en su contra un procedimiento no voluntario de quiebra o de liquidación; o si el Contratante inicia cualquier otro procedimiento destinado a liquidar sus bienes por insolvencia; o si se ha iniciado respecto al Contratante un procedimiento de convenio extrajudicial, o un convenio preventivo o judicial de quiebra, de acuerdo a la Ley de Quiebras chilena o de cualquiera otra jurisdicción.

En el caso de término anticipado del contrato por las causales descritas en las letras b), c) y d) anteriores, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 21 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado a las coberturas contratadas en el contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 21.

ARTÍCULO 21. COMUNICACIÓN.

Cualquier comunicación, declaración o 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 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 o en la solicitud de seguro respectiva.

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 22. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO.

El monto asegurado y la prima correspondiente a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, en moneda extranjera o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto el monto asegurado y como la prima se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable 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 reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía de seguros, dentro de los 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 23. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o los Asegurados, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes al momento de surgir una disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el Asegurado y el Asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la Justicia Ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del Beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 24. DOMICILIO.

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 25. CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.