

Seguro Complementario de Salud Colectivo

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240005

ARTÍCULO 1º: 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 póliza que se emita pro parte de la aseguradora, se hace en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el contratante a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante, respecto a las condiciones de cobertura, términos y modalidades del seguro, ya sea a través una cotización o una propuesta, según sea el caso, antecedentes y documentos todos que se entienden forman parte integrante de la cobertura dada en la presente póliza o contrato de seguro.

Conforme a la naturaleza de seguro colectivo del presente contrato de seguro, y pudiendo ser distintas la persona del contratante y asegurados, se aplicarán a la presente póliza las normas contenidas en el artículo 517 del Código de Comercio. Asimismo, y de acuerdo con el carácter de coberturas patrimoniales que contiene esta póliza, la indemnización de los siniestros cede a favor de los asegurados afectados por ellos, sin perjuicio de la modalidad de pago de ella, esto es, reembolso o pago directo al prestador, y se estará a lo señalado en el artículo 601 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar al beneficiario, o en su caso al prestador de salud, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, a consecuencia de las afecciones a la salud que le afecten, producto de una enfermedad, accidente o una incapacidad cubierta por este contrato de seguro, ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá al asegurado 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.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por los asegurados, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, para cada caso.

Los reembolsos, pagos o provisiones de medicamentos según corresponda, se efectuarán de acuerdo con

las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso, provisión o pago expresados en ellas.

Las coberturas descritas en el Artículo N° 3 de estas Condiciones Generales, definidas en las letras B) C) D) E) y F) pueden ser contratadas una o varias en forma conjunta con el Beneficio Hospitalización las cuales se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos o la provisión de medicamentos que correspondan por las prestaciones en que incurran durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que ella y sus coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y que haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado algún tipo de deducible, la compañía de seguros reembolsará los gastos médicos y proveerá los medicamentos que excedan cualesquiera de los deducibles que se establezcan, cuyos montos, períodos y formas de acumulación para cada uno de ellos se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que podrá otorgar la compañía de seguros en virtud de esta póliza son las que se indican a continuación.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD

C) BENEFICIO AMBULATORIO

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

F) BENEFICIOS ADICIONALES

Para los efectos de tener derecho a los beneficios que emanan de estas coberturas, éstas deberán estar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, en las cuales se establecerán además los porcentajes y límites de reembolso o pago correspondientes a cada una de ellas.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos 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 definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN: Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería,

suministrada al asegurado durante su hospitalización;

ii. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en punto i. anterior, tales como derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;

iii. **HONORARIOS MÉDICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado y honorarios por procedimientos y visitas o consultas médicas intrahospitalarias

iv. **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:** Gastos por concepto de prótesis fijas y/o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica.

v. **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 y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas;

vi. **SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERÍA:** Es el servicio privado otorgado por un profesional de enfermería durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante;

vii. **SERVICIO DE AMBULANCIA:** Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, otro seguro o convenio, respecto del asegurado titular o su cónyuge asegurado, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen del beneficio de maternidad, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza bajo el cuadro de beneficios donde se establecerán los porcentajes y límites de reembolso o pago para cada una de ellas. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i) Parto normal;

ii) Cesárea;

iii) Aborto involuntario;

iv) Complicaciones del embarazo;

v) Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A) Beneficio de Hospitalización, todas las cuales se reembolsarán de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada ítem del Beneficio de Maternidad en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. La parte que exceda de dicho límite se entenderá no cubierta por esta póliza.

Para que el asegurado titular o cónyuge asegurado tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica. 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. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

Sin perjuicio de los límites definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios 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 el asegurado titular o su cónyuge asegurado 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 el asegurado titular o su cónyuge asegurado, 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 el beneficio 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.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, 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, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes prestaciones, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i) Consultas médicas generales;
- ii) Consultas médicas especialistas;
- iii) Consultas médicas domiciliarias;
- iv) Exámenes de laboratorio;
- v) Exámenes de imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear;
- vi) Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos;
- vii) Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos;
- viii) Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora proveerá al Asegurado los medicamentos Ambulatorios recetados por el 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, pago o cobertura definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios objeto de la cobertura de la presente póliza, ya sea aquellos medicamentos susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de 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 este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;

ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, 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;

iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;

iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

En los casos en que Compañía Aseguradora otorgue 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 de los medicamentos a los Asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.

b) La Compañía Aseguradora no será responsable de la existencia de stock de los medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacias, en cuyo caso el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, 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 este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

- i. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;
- ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.
- iii. Medicamentos psiquiátricos prescritos por el médico psiquiatra tratante.

F) BENEFICIOS ADICIONALES

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 a 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 adicionalmente, las siguientes prestaciones y servicios los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

- i. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo 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 (V.D.T).
- ii. 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.

- iii. 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, como también los implantes cocleares.

- iv. Los aparatos auditivos, Kinesiología y Fonoaudiología.

Estos beneficios adicionales sólo podrán ser contratados en conjunto con alguno de los beneficios indicados en las letras precedentes, no siendo posible su contratación en forma individual.

Las coberturas señaladas en el presente artículo corresponden a la totalidad de coberturas amparadas bajo este condicionado general, por tanto, en las Condiciones Particulares de cada una de las pólizas que se contraten, deberán contener mención expresa a las coberturas que se contratan, así como también los porcentajes y límites de reembolso o pago, así como capitales máximos asegurados y todas aquellas

condiciones de la póliza contratada que digan relación con la cobertura y el riesgo transferido a la Compañía aseguradora

LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS:

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso o pago que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

Este seguro es complementario al sistema de salud previsional público o privado al que pertenezca el asegurado Titular y sus cargas legales, por lo tanto en consideración a ello:

i. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, no tendrá cobertura por el presente seguro, liberando a la Compañía de toda la responsabilidad.

En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso y que este sea inferior al porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

iii. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer porcentajes y límites de reembolso o pago diferentes según el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o el prestador médico que originó el gasto.

iv. En aquellos casos en que las prestaciones médicas sean cubiertas por BONOS emitidos por la entidad previsional a la que se encuentre afiliado el asegurado, sólo se cubrirá el copago generado en la compra del bono, no correspondiendo reembolsar cobros adicionales, por parte del prestador, al monto pactado por él con dichas instituciones previsional. Sólo podrá existir cobros adicionales al monto de los bonos, en los casos de Servicios Hospitalarios de los afiliados de FONASA, o en caso de las prestaciones de servicios hospitalarios no cubiertas por el plan de isapre del asegurado.

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

ARTÍCULO 4: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1) ASEGURADORA: Es la Compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo

2) **CONTRATANTE:** El empleador o persona que suscribe este contrato con la compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo y debe informar a los asegurados u otros legítimos interesados sobre la contratación del seguro, sus condiciones y modificaciones.

3) **ASEGURADOS:** Se consideran asegurados de esta póliza a las personas a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

a. **Asegurado Titular:** Se considera asegurado titular para los efectos de este seguro a la persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

b. **Asegurado Dependiente:** Podrán ser parte de esta categoría aquellas personas que tengan alguno de los siguientes vínculos con un asegurado titular:

i. **Cónyuge;**

ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan uno de los siguientes requisitos:

1. Ser menor de dieciocho (18) años de edad;

2. Ser mayor de dieciocho (18) y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres.

Los hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza;

iii. Otras personas dependientes del asegurado titular o de su cónyuge que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las referencias en esta póliza al asegurado, sin especificar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se entenderán que se refieren a los asegurados titulares y asegurados dependientes, indistintamente.

4) **INCAPACIDAD:** Toda enfermedad o dolencia y, además, toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera 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.

5) **ENFERMEDAD:** El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto infringidas intencionalmente por el asegurado, excepto cuando el asegurado sea menor de catorce (14) años de edad al momento del diagnóstico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el numeral precedente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

6) 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.

7) 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.

8) INCAPACIDAD O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualesquiera enfermedad, dolencia o situaciones de salud que afecte al Asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado o por quién contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza.

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

10) 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.

11) PRESTADOR DE SALUD: Son los hospitales y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

12) HOSPITALIZACIÓN: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.

13) CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin requerir ser hospitalizado.

14) GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

15) GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

16) CARENIA: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas, pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, por un plazo determinado y especificado en las Condiciones Particulares. Se podrán establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

17) DEDUCIBLE: Es el monto de los gastos médicos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

18) PERÍODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del

deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

19) DEDUCIBLE POR SOLICITUD DE REEMBOLSO: Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 15 del presente artículo.

20) MEDICAMENTO: Para efectos de esta póliza se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata y destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.

No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural o alternativo.

21) SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO: Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

22) CIRUGÍA: Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, suturar, etc., órganos, miembros o tejidos.

23) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad.

24) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias 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 las siguientes enfermedades o dolencias: 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.

25) COMPLICACIONES DEL PARTO: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias 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.

26) Cuadro de Beneficios: Es aquel cuadro que contempla las prestaciones cubiertas por este seguro y que se encuentra detallado en las condiciones particulares de la póliza.

27) 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 UF122

28) 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.

29) Prima: Es la retribución o precio del seguro, que se paga en dinero a la aseguradora.

30) Prima pagada: Es el monto efectivamente recibido y que se encuentre disponible para la aseguradora.

ARTICULO Nº 5 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo. En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos.
- e) Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro
- f) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y
- g) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTÍCULO 6: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

La compañía de seguros sólo reembolsará o provisionará según corresponda, hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos médicos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades.

ARTÍCULO 7: NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones.

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

Los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro,

sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 8: EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o consecuencia de, o complicaciones de:

- a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- c) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas
- e) 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 infringidas y abortos provocados.
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.
- g) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:
 - i. La obesidad independientemente del grado de IMC del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.
 - ii. Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.
 - iii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
 - iv. Cirugía Ocular para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.
 - v. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.
 - vi. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.

vii. Tratamientos para adelgazar.

h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

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

i) 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. , así como también cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos del tipo señalado anteriormente.

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

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

v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

vii. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales 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 y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.

k) 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. .

l) 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.

m) Hospitalización domiciliaria, 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

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

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

p) Incapacidades preexistentes.

q) Malformaciones y/o patologías congénitas diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación de la póliza

r) 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 a la de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o de distintos principios.

s) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

t) Realización o participación 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 y que hayan sido declarados por el asegurado y de los cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares. 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 benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

u) Crio preservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

v) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.

w) Gastos hospitalarios y ambulatorios de hijos de asegurados titulares derivados de embarazo y parto.

x) 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, los cuales para obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

y) Ambulancia aérea

ARTÍCULO 9: EXCLUSIÓN DE PREEXISTENCIAS

Sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el artículo precedente, esta póliza no cubrirá los gastos médicos u otorgará cobertura alguna cuando ellos provengan o se originen en situaciones o enfermedades preexistentes.

En el proceso de contratación del seguro, de incorporación o de rehabilitación, según sea el caso, el asegurador estará obligado a preguntar al asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades

que conozca el asegurado o le hayan sido diagnosticadas con anterioridad.

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

ARTÍCULO 10: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 6, Exclusiones, del presente contrato, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el certificado de cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 11: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año u otro plazo señalado en las Condiciones Particulares 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 tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los 10 días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. 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, sólo por el número de días que la compañía aseguradora se hubiere retardado en el envío de las condiciones de renovación.

La póliza tendrá una vigencia anual desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la póliza y queda convenido por las partes que esta póliza será renovada automáticamente por períodos anuales a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las condiciones que acuerden las partes.

No obstante, lo anterior las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales. Por su parte, el asegurado podrá ponerle término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos, treinta (30) días de anticipación.

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

ARTÍCULO 12: DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS.

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía de seguros, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía de seguros evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

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

En virtud de lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, 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 solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

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

ARTÍCULO 13: BENEFICIARIOS

El reembolso de los gastos efectivamente incurridos, o bien la entrega de los medicamentos según se definen en esta póliza, se efectuará por la Compañía al asegurado trabajador de la empresa contratante o se efectuará al contratante del seguro según se especifique en las condiciones particulares de la póliza. En el evento que el asegurado hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTÍCULO 14: PRIMAS

a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada en la oficina de la compañía de seguros o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. La compañía de seguros no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de las primas cualquiera sea el medio de pago o procedimiento utilizado por el contratante.

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, esta podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Financiamiento de la Prima: Según quien soporte el pago de las primas, se definen dos modalidades.

Elas son:

1) Modalidad Contributoria, cuando la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado

titular; y

2) Modalidad No Contributoria, cuando la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular. La modalidad elegida deberá constar en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 15: REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación.

A tal efecto, el contratante y/o asegurado deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 16: AVISO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico de cargo del asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza. 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.

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.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la compañía de seguros del reembolso de los gastos médicos que le habría correspondido.

ARTÍCULO 17: REQUISITOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de la compañía de seguros lo siguiente:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado o puesto a disposición por ella, con la información que en él se indique.
- b) La entrega a la compañía de seguros de los originales extendidos a nombre del asegurado de: boletas, facturas, bonos, órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto médico incurrido y su pago.

c) Que el asegurado declare si el gasto cuya devolución solicita, está cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el asegurado. En este caso, éste debe presentar los originales de la liquidación del gasto o reembolso efectuado, adjuntando además fotocopia de los documentos señalados en la letra b) anterior.

El plazo para presentar a la Compañía aseguradora los requisitos señalados en a) b) y c) será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, contado desde la fecha de la emisión del documento que acredite el gasto. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido.

Con todo, la compañía de seguros queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos 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 al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos. El asegurado o el contratante, deberá presentar los documentos adicionales dentro del plazo indicado en las condiciones particulares de la póliza, contado desde la fecha en la cual la Compañía solicitó dicha documentación.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos.

ARTÍCULO 18: PAGO DE SINIESTRO

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización en los términos convenidos en la presente póliza.

El pago de la indemnización se efectuará en las oficinas principales de la Compañía aseguradora al respectivo contratante o al asegurado, según fuere el caso.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N°18.010.

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

ARTÍCULO 19: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se procederá del modo que se indica en los párrafos siguientes de este artículo. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al 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.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, 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 solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si

proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

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

Por último, en caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, también se producirá la terminación anticipada de la póliza.

ARTÍCULO 20 MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL. TERMINO ANTICIPADO, NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO U OFRECIMIENTO DE NUEVAS CONDICIONES. Sin perjuicio de las otras causales de terminación contempladas en la presente Póliza, en caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, o bien por el hecho de que un porcentaje relevante de los asegurados termine su contratos suscritos con las Isapres, y siempre que dichos cambios alteren significativamente la cobertura del presente contrato de seguro de salud, la Compañía podrá proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima y en caso de no llegar a acuerdo con el contratante, la Compañía/aseguradora podrá dar por terminada la póliza en forma anticipada, o bien, no renovarla para un nuevo periodo.

Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

- a) Imposibilidad que el asegurado pueda destinar la cotización legal para salud o una superior convenida a una ISAPRE.
- b) Término de un porcentaje relevante de los contratos de salud previsional suscrito entre los asegurados y las ISAPRES, se entenderá por porcentaje relevante el indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza o en su defecto un 50%.
- c) 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 contrato de seguros, tales como, y sin que la enunciación sea taxativa, que impliquen el levantamiento de exclusiones, otorgamiento de cobertura a las preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad o cambios en las prestaciones cubiertas.
- d) Imposibilidad que el presente contrato de seguro actúe en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional del asegurado, de bienestar u otro seguro o convenio implicando que este contrato de seguro se transforme en una primera capa de cobertura a los gastos de salud del asegurado, esto es, que la cobertura de este contrato de seguro aplique con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional, cualquiera sea éste.
- e) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del seguro.

En caso de no ser expresamente aceptadas por el contratante las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo de treinta (30) días corridos contados desde la fecha de envío de la comunicación por parte de la Compañía, dará lugar a la terminación anticipada del contrato y se aplicará lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, debiendo la aseguradora enviar la respectiva comunicación en este sentido, con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de término.

ARTÍCULO 21: TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Encontrándose la póliza colectiva vigente, la cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular en las siguientes circunstancias:

- a) En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, cuando el asegurado titular pierda la calidad de trabajador o afiliado de la empresa contratante o servicio de bienestar, según corresponda;
- b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) A partir de la fecha en que el cónyuge asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- d) A partir de la fecha en que el hijo cumpla los dieciocho (18) años de edad, o los veinticuatro (24) años de edad, según corresponda, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) A partir de la fecha en que se cumpla la edad que se indica expresamente para cada uno de los otros dependientes señalados en las Condiciones Particulares de la póliza;
- f) Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de él, excepto si en las Condiciones Particulares se hubiere dispuesto otra cosa o se hubiere contratado conjuntamente la Cláusula Adicional de exoneración del pago de primas;
- g) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía de seguros;
- h) Cuando no se efectúe el pago de la prima correspondiente a dicho asegurado y haya transcurrido el plazo de gracia caso en el cual la terminación se producirá una vez transcurrido 15 días contados desde el envío de la comunicación que en tal sentido dirija el asegurador al asegurado;
- i) Cuando el asegurado titular hubiere omitido, retenido o falseado información en cualquiera de las declaraciones efectuadas a la compañía de seguros sobre sí o sus dependientes o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas, caso en el cual deberá procederse en conformidad a lo señalado en el artículo 539 del Código de Comercio, esto es, el contrato será nulo si tales declaraciones se han realizado al contratar el seguro, o bien, será resuelto si éstas se realizan al reclamar la indemnización por un siniestro.

En todos estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y, a contar de la fecha de término, ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos acaecidos al asegurado respecto del cual ha terminado anticipadamente su cobertura individual. 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 cuya cobertura individual ha terminado.

ARTÍCULO 22: EFECTOS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Terminada la vigencia de la póliza, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso que se termine la vigencia individual de un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha del término de la cobertura individual o del término de la póliza, según corresponda.

ARTÍCULO 23: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS Podrán incorporarse a la póliza nuevos asegurados durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación, o la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, el contratante deberá notificar e informar a la compañía de seguros dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde la fecha de la contratación o afiliación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía de seguros. Para los efectos incorporarse como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, los trabajadores que hayan reunido los requisitos de asegurabilidad y no se hayan incorporado al inicio de la vigencia de la póliza, no lo podrán hacer, hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo cumplir los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la misma. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO 24: AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION

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

ARTÍCULO 25: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados y las primas 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, situación que será comunicada al contratante y/o al asegurado según sea el caso, para que manifieste su aceptación o no de la nueva unidad y lo comunique así a la compañía de seguros, 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 26: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del contratante, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del contratante. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 27: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado o contratante según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 28: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria 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 de la cobertura individual del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTICULO 29: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. 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 Superintendencia de Valores y Seguros 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 30: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

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 esta 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.

Seguro Complementario de Salud Colectivo

ARTÍCULO 1º: 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 póliza que se emita pro parte de la aseguradora, se hace en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el contratante a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante, respecto a las condiciones de cobertura, términos y modalidades del seguro, ya sea a través una cotización o una propuesta, según sea el caso, antecedentes y documentos todos que se entienden forman parte integrante de la cobertura dada en la presente póliza o contrato de seguro.

Conforme a la naturaleza de seguro colectivo del presente contrato de seguro, y pudiendo ser distintas la persona del contratante y asegurados, se aplicarán a la presente póliza las normas contenidas en el artículo 517 del Código de Comercio. Asimismo, y de acuerdo con el carácter de coberturas patrimoniales que contiene esta póliza, la indemnización de los siniestros cede a favor de los asegurados afectados por ellos, sin perjuicio de la modalidad de pago de ella, esto es, reembolso o pago directo al prestador, y se estará a lo señalado en el artículo 601 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar al beneficiario, o en su caso al prestador de salud, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, a consecuencia de las afecciones a la salud que le afecten, producto de una enfermedad, accidente o una incapacidad cubierta por este contrato de seguro, ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá al asegurado 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.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por los asegurados, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, para cada caso.

Los reembolsos, pagos o provisiones de medicamentos según corresponda, se efectuarán de acuerdo con las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso, provisión o pago expresados en ellas.

Las coberturas descritas en el Artículo N°3 de estas Condiciones Generales, definidas en las letras B) C) D) E) y F) pueden ser contratadas una o varias en forma conjunta con el Beneficio Hospitalización las cuales se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos o la provisión de medicamentos que correspondan por las prestaciones en que incurran durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que ella y sus coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y que haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado algún tipo de deducible, la compañía de seguros reembolsará los gastos médicos y proveerá los medicamentos que excedan cualesquiera de los deducibles que se establezcan, cuyos montos, períodos y formas de acumulación para cada uno de ellos se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que podrá otorgar la compañía de seguros en virtud de esta póliza son las que se indican a continuación.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD

C) BENEFICIO AMBULATORIO

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

F) BENEFICIOS ADICIONALES

Para los efectos de tener derecho a los beneficios que emanan de estas coberturas, éstas deberán estar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, en las cuales se establecerán además los porcentajes y límites de reembolso o pago correspondientes a cada una de ellas.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos 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 definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i. **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización;
- ii. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en punto i. anterior, tales como derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;
- iii. **HONORARIOS MÉDICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado y honorarios por procedimientos y visitas o consultas médicas intrahospitalarias
- iv. **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:** Gastos por concepto de prótesis fijas y/o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica.
- v. **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 y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas;
- vi. **SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERÍA:** Es el servicio privado otorgado por un profesional de enfermería durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante;
- vii. **SERVICIO DE AMBULANCIA:** Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, otro seguro o convenio, respecto del asegurado titular o su cónyuge asegurado, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen del beneficio de maternidad, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza bajo el cuadro de beneficios donde se establecerán los porcentajes y límites de reembolso o pago para cada una de ellas. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i) Parto normal;
- ii) Cesárea;
- iii) Aborto involuntario;
- iv) Complicaciones del embarazo;

v) Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A) Beneficio de Hospitalización, todas las cuales se reembolsarán de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada ítem del Beneficio de Maternidad en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. La parte que exceda de dicho límite se entenderá no cubierta por esta póliza.

Para que el asegurado titular o cónyuge asegurado tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica. 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. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

Sin perjuicio de los límites definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios 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 el asegurado titular o su cónyuge asegurado 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 el asegurado titular o su cónyuge asegurado, 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 el beneficio 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.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, 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, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes prestaciones, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i) Consultas médicas generales;
- ii) Consultas médicas especialistas;
- iii) Consultas médicas domiciliarias;

- iv) Exámenes de laboratorio;
- v) Exámenes de imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear;
- vi) Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos;
- vii) Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos;
- viii) Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora proveerá al Asegurado los medicamentos Ambulatorios recetados por el 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, pago o cobertura definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios objeto de la cobertura de la presente póliza, ya sea aquellos medicamentos susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de 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 este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

- i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
- ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, 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;
- iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;
- iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

En los casos en que Compañía Aseguradora otorgue 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 de los medicamentos a los Asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.

b) La Compañía Aseguradora no será responsable de la existencia de stock de los medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacias, en cuyo caso el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, 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 este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

- i. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;
- ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.
- iii. Medicamentos psiquiátricos prescritos por el médico psiquiatra tratante.

F) BENEFICIOS ADICIONALES

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 a 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 adicionalmente, las siguientes prestaciones y servicios los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

- i. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo 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 (V.D.T).

- ii. 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.

- iii. 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, como también los implantes cocleares.

- iv. Los aparatos auditivos, Kinesiología y Fonoaudiología.

Estos beneficios adicionales sólo podrán ser contratados en conjunto con alguno de los beneficios indicados en las letras precedentes, no siendo posible su contratación en forma individual.

Las coberturas señaladas en el presente artículo corresponden a la totalidad de coberturas amparadas bajo este condicionado general, por tanto, en las Condiciones Particulares de cada una de las pólizas que se contraten, deberán contener mención expresa a las coberturas que se contratan, así como también los porcentajes y límites de reembolso o pago, así como capitales máximos asegurados y todas aquellas condiciones de la póliza contratada que digan relación con la cobertura y el riesgo transferido a la Compañía aseguradora

LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS:

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso o pago que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

Este seguro es complementario al sistema de salud previsional público o privado al que pertenezca el asegurado Titular y sus cargas legales, por lo tanto en consideración a ello:

- i. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, no tendrá cobertura por el presente seguro, liberando a la Compañía de toda la responsabilidad.

En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso y que este sea inferior al porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

iii. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer porcentajes y límites de reembolso o pago diferentes según el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o el prestador médico que originó el gasto.

iv. En aquellos casos en que las prestaciones médicas sean cubiertas por BONOS emitidos por la entidad previsional a la que se encuentre afiliado el asegurado, sólo se cubrirá el copago generado en la compra del bono, no correspondiendo reembolsar cobros adicionales, por parte del prestador, al monto pactado por él con dichas instituciones previsional. Sólo podrá existir cobros adicionales al monto de los bonos, en los casos de Servicios Hospitalarios de los afiliados de FONASA, o en caso de las prestaciones de servicios hospitalarios no cubiertas por el plan de isapre del asegurado.

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

ARTÍCULO 4: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

- 1) ASEGURADORA: Es la Compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo
- 2) CONTRATANTE: El empleador o persona que suscribe este contrato con la compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo y debe informar a los asegurados u otros legítimos interesados sobre la contratación del seguro, sus condiciones y modificaciones.
- 3) ASEGURADOS: Se consideran asegurados de esta póliza a las personas a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:
 - a. Asegurado Titular: Se considera asegurado titular para los efectos de este seguro a la persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

b. Asegurado Dependiente: Podrán ser parte de esta categoría aquellas personas que tengan alguno de los siguientes vínculos con un asegurado titular:

i. Cónyuge;

ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan uno de los siguientes requisitos:

1. Ser menor de dieciocho (18) años de edad;
2. Ser mayor de dieciocho (18) y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres.

Los hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza;

iii. Otras personas dependientes del asegurado titular o de su cónyuge que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las referencias en esta póliza al asegurado, sin especificar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se entenderán que se refieren a los asegurados titulares y asegurados dependientes, indistintamente.

4) INCAPACIDAD: Toda enfermedad o dolencia y, además, toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera 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.

5) ENFERMEDAD: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto infringidas intencionalmente por el asegurado, excepto cuando el asegurado sea menor de catorce (14) años de edad al momento del diagnóstico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el numeral precedente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

6) 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.

- 7) **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.
- 8) **INCAPACIDAD O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualesquiera enfermedad, dolencia o situaciones de salud que afecte al Asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado o por quién contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza.
- 9) **MÉDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.
- 10) **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.
- 11) **PRESTADOR DE SALUD:** Son los hospitales y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.
- 12) **HOSPITALIZACIÓN:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.
- 13) **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin requerir ser hospitalizado.
- 14) **GASTOS AMBULATORIOS:** Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.
- 15) **GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
- 16) **CARENCIA:** Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas, pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, por un plazo determinado y especificado en las Condiciones Particulares. Se podrán establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

17) **DEDUCIBLE:** Es el monto de los gastos médicos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

18) **PERÍODO DE ACUMULACIÓN:** Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

19) **DEDUCIBLE POR SOLICITUD DE REEMBOLSO:** Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 15 del presente artículo.

20) **MEDICAMENTO:** Para efectos de esta póliza se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata y destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.

No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural o alternativo.

21) **SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO:** Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

22) **CIRUGÍA:** Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, suturar, etc., órganos, miembros o tejidos.

23) **PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS:** Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad.

24) **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias 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 las siguientes enfermedades o dolencias: 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.

25) **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias 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.

26) **Cuadro de Beneficios:** Es aquel cuadro que contempla las prestaciones cubiertas por este seguro y que se encuentra detallado en las condiciones particulares de la póliza.

27) **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 UF122

28) **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.

29) **Prima:** Es la retribución o precio del seguro, que se paga en dinero a la aseguradora.

30) **Prima pagada:** Es el monto efectivamente recibido y que se encuentre disponible para la aseguradora.

ARTICULO N° 5 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado estará obligado a:

- a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- b) Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo. En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos.
- e) Notificar al asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro
- f) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y
- g) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTÍCULO 6: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

La compañía de seguros sólo reembolsará o provisionará según corresponda, hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos médicos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades.

ARTÍCULO 7: NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones.

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

Los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 8: EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o consecuencia de, o complicaciones de:

- a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- c) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas
- e) 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 infringidas y abortos provocados.

f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.

g) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

- i. La obesidad independientemente del grado de IMC del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.
- ii. Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.
- iii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
- iv. Cirugía Ocular para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.
- v. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.
- vi. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.
- vii. Tratamientos para adelgazar.

h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

- i. Insumos ambulatorios.
- ii. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.
- iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
- iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

i) 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. , así como también cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos del tipo señalado anteriormente.
- iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
- iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
- v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- vii. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales 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 y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.

k) 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. .

- l) 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.
- m) Hospitalización domiciliaria, 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
- n) Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- o) Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- p) Incapacidades preexistentes.
- q) Malformaciones y/o patologías congénitas diagnosticada o conocida por el asegurado antes de la contratación de la póliza
- r) 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 a la de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o de distintos principios.
- s) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
- t) Realización o participación 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 y que hayan sido declarados por el asegurado y de los cuales haya quedado constancia en las Condiciones Particulares. 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 benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
- u) Crio preservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- v) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.
- w) Gastos hospitalarios y ambulatorios de hijos de asegurados titulares derivados de embarazo y parto.

x) 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, los cuales para obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

y) Ambulancia aérea

ARTÍCULO 9: EXCLUSIÓN DE PREEXISTENCIAS

Sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el artículo precedente, esta póliza no cubrirá los gastos médicos u otorgará cobertura alguna cuando ellos provengan o se originen en situaciones o enfermedades preexistentes.

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

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

ARTÍCULO 10: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 6, Exclusiones, del presente contrato, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el certificado de cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 11: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año u otro plazo señalado en las Condiciones Particulares 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 tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los 10 días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. 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, sólo por el número de días que la compañía aseguradora se hubiere retardado en el envío de las condiciones de renovación.

La póliza tendrá una vigencia anual desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la póliza y queda convenido por las partes que esta póliza será renovada automáticamente por períodos anuales a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las condiciones que acuerden las partes.

No obstante, lo anterior las partes podrán convenir que el asegurador pueda poner término anticipadamente, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales. Por su parte, el asegurado podrá ponerle término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos, treinta (30) días de anticipación.

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

ARTÍCULO 12: DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS.

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía de seguros, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía de seguros evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

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

En virtud de lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, 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 solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

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

ARTÍCULO 13: BENEFICIARIOS

El reembolso de los gastos efectivamente incurridos, o bien la entrega de los medicamentos según se definen en esta póliza, se efectuará por la Compañía al asegurado trabajador de la empresa contratante o se efectuará al contratante del seguro según se especifique en las condiciones particulares de la póliza. En el evento que el asegurado hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTÍCULO 14: PRIMAS

a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada en la oficina de la compañía de seguros o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. La compañía de seguros no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de las primas cualquiera sea el medio de pago o procedimiento utilizado por el contratante.

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, esta podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Financiamiento de la Prima: Según quien soporte el pago de las primas, se definen dos modalidades.

Ellas son:

1) Modalidad Contributoria, cuando la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado titular; y

2) Modalidad No Contributoria, cuando la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular. La modalidad elegida deberá constar en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 15: REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación.

A tal efecto, el contratante y/o asegurado deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 16: AVISO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico de cargo del asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza. 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.

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.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la compañía de seguros del reembolso de los gastos médicos que le habría correspondido.

ARTÍCULO 17: REQUISITOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de la compañía de seguros lo siguiente:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado o puesto a disposición por ella, con la información que en él se indique.
- b) La entrega a la compañía de seguros de los originales extendidos a nombre del asegurado de: boletas, facturas, bonos, órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto médico incurrido y su pago.
- c) Que el asegurado declare si el gasto cuya devolución solicita, está cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el asegurado. En este caso, éste debe presentar los originales de la liquidación del gasto o reembolso efectuado, adjuntando además fotocopia de los documentos señalados en la letra b) anterior.

El plazo para presentar a la Compañía aseguradora los requisitos señalados en a) b) y c) será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, contado desde la fecha de la emisión del documento que acredite el gasto. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido.

Con todo, la compañía de seguros queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos 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 al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos. El asegurado o el contratante, deberá presentar los documentos adicionales dentro del plazo indicado en las condiciones particulares de la póliza, contado desde la fecha en la cual la Compañía solicitó dicha documentación.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos.

ARTÍCULO 18: PAGO DE SINIESTRO

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización en los términos convenidos en la presente póliza.

El pago de la indemnización se efectuará en las oficinas principales de la Compañía aseguradora al respectivo contratante o al asegurado, según fuere el caso.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N°18.010.

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

ARTÍCULO 19: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se procederá del modo que se indica en los párrafos siguientes de este artículo. La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contados desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al 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.

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, 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 solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no fueron determinantes del riesgo asegurado, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza

la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 10 días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de 30 días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Por último, en caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, también se producirá la terminación anticipada de la póliza.

ARTÍCULO 20 MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL. TERMINO ANTICIPADO, NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO U OFRECIMIENTO DE NUEVAS CONDICIONES.

Sin perjuicio de las otras causales de terminación contempladas en la presente Póliza, en caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, o bien por el hecho de que un porcentaje relevante de los asegurados termine su contratos suscritos con las Isapres, y siempre que dichos cambios alteren significativamente la cobertura del presente contrato de seguro de salud, la Compañía podrá proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima y en caso de no llegar a acuerdo con el contratante, la Compañía/aseguradora podrá dar por terminada la póliza en forma anticipada, o bien, no renovarla para un nuevo periodo.

Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

- a) Imposibilidad que el asegurado pueda destinar la cotización legal para salud o una superior convenida a una ISAPRE.
- b) Término de un porcentaje relevante de los contratos de salud previsional suscrito entre los asegurados y las ISAPRES, se entenderá por porcentaje relevante el indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza o en su defecto un 50%.
- c) 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 contrato de seguros, tales como, y sin que la enunciación sea taxativa, que impliquen el levantamiento de exclusiones, otorgamiento de cobertura a las preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad o cambios en las prestaciones cubiertas.
- d) Imposibilidad que el presente contrato de seguro actúe en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional del asegurado, de bienestar u otro seguro o convenio implicando que este contrato de seguro se transforme en una primera capa de cobertura a los gastos de salud del asegurado, esto es, que la cobertura de este contrato de seguro aplique con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional, cualquiera sea éste.

e) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del seguro.

En caso de no ser expresamente aceptadas por el contratante las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo de treinta (30) días corridos contados desde la fecha de envío de la comunicación por parte de la Compañía, dará lugar a la terminación anticipada del contrato y se aplicará lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, debiendo la aseguradora enviar la respectiva comunicación en este sentido, con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de término.

ARTÍCULO 21: TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Encontrándose la póliza colectiva vigente, la cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular en las siguientes circunstancias:

- a) En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, cuando el asegurado titular pierda la calidad de trabajador o afiliado de la empresa contratante o servicio de bienestar, según corresponda;
- b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) A partir de la fecha en que el cónyuge asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- d) A partir de la fecha en que el hijo cumpla los dieciocho (18) años de edad, o los veinticuatro (24) años de edad, según corresponda, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) A partir de la fecha en que se cumpla la edad que se indica expresamente para cada uno de los otros dependientes señalados en las Condiciones Particulares de la póliza;
- f) Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de él, excepto si en las Condiciones Particulares se hubiere dispuesto otra cosa o se hubiere contratado conjuntamente la Cláusula Adicional de exoneración del pago de primas;
- g) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía de seguros;
- h) Cuando no se efectúe el pago de la prima correspondiente a dicho asegurado y haya transcurrido el plazo de gracia caso en el cual la terminación se producirá una vez transcurrido 15 días contados desde el envío de la comunicación que en tal sentido dirija el asegurador al asegurado;

i) Cuando el asegurado titular hubiere omitido, retenido o falseado información en cualquiera de las declaraciones efectuadas a la compañía de seguros sobre sí o sus dependientes o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas, caso en el cual deberá procederse en conformidad a lo señalado en el artículo 539 del Código de Comercio, esto es, el contrato será nulo si tales declaraciones se han realizado al contratar el seguro, o bien, será resuelto si éstas se realizan al reclamar la indemnización por un siniestro.

En todos estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y, a contar de la fecha de término, ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos acaecidos al asegurado respecto del cual ha terminado anticipadamente su cobertura individual. 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 cuya cobertura individual ha terminado.

ARTÍCULO 22: EFECTOS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Terminada la vigencia de la póliza, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso que se termine la vigencia individual de un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha del término de la cobertura individual o del término de la póliza, según corresponda.

ARTÍCULO 23: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza nuevos asegurados durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación, o la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, el contratante deberá notificar e informar a la compañía de seguros dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde la fecha de la contratación o afiliación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía de seguros. Para los efectos incorporarse como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, los trabajadores que hayan reunido los requisitos de asegurabilidad y no se hayan incorporado al inicio de la vigencia de la póliza, no lo podrán hacer, hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo cumplir los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la misma. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO 24: AUTORIZACION PARA RECABAR INFORMACION

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

ARTÍCULO 25: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados y las primas 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, situación que será comunicada al contratante y/o al asegurado según sea el caso, para que manifieste su aceptación o no de la nueva unidad y lo comuniqué así a la compañía de seguros, 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 26: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del contratante, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del contratante. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 27: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado o contratante según sea el caso, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 28: 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 de la cobertura individual del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTICULO 29: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. 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 Superintendencia de Valores y Seguros 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 30: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

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 esta 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.