SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320260049

ARTICULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, se entiende por:

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones fí

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL

ARTICULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, se entiende por:

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.

ASEGURADOR: La entidad aseguradora que asume de su cuenta el riesgo especificado en la presente póliza, otorgando las coberturas pactadas con el Contratante a favor deel o los Asegurados individualizados en la misma.

ASEGURADOS: Se consideran Asegurados de esta póliza aquellas personas naturales que tienen un vínculo con el Contratante, y que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza, han sido aceptados por la Aseguradora y se encuentran individualizados en dicha calidad en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurado puede revestir las siguientes calidades:

i) Asegurado Titular: Es la persona natural que tiene el vínculo con el Contratante. Este vínculo se encuentra especificado en las Condiciones Particulares.

BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI): Las prestaciones que den lugar a los gastos médicos reembolsables deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del Asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que la bonificación mínima del sistema de salud previsional del Asegurado sea inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares, siendo respecto del monto resultante sobre el cual se aplicarán los porcentajes, límites y topes que se indican en cada caso en las Condiciones Particulares.

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

CARENCIA: Es el período establecido en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia

del seguro, o desde la fecha de su rehabilitación o de la incorporación de los Asegurados a ella, en el cual está vigente el contrato no obstante no encontrarse vigente alguna(s) o todas las coberturas contenidas en la presente póliza. Esta última comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período. En virtud de lo anterior, el Asegurador no reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado dentro del período de carencia. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por coberturas específicas que originen el gasto médico.

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

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

EDAD MAXIMA DE INGRESO: Es el número máximo de años de edad, expresado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud de Incorporación, que debe cumplir una persona a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

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

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

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

Al Asegurado que se haya sometido a un examen médico por requerimiento de la compañía no se le aplicará la exclusión de preexistencia respecto de aquellas enfermedades o dolencias detectadas en el respectivo examen, cuando ellas no correspondan a la enfermedad o dolencia por la que la compañía le solicitó practicarse el citado examen médico.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, aquellas patologías oncológicas respecto de las cuales hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, no se considerarán preexistentes.

GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por

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

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

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

INDICE 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.

INMUNOTERAPIA: corresponde a la administración de tratamiento médico para fortalecer, modificar, regular, modular o estimular la respuesta inmune ante patologías oncológicas, autoinmunes, alérgicas, infecciosas y trasplantes.

PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo especificado en las Condiciones Particulares que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso.,

PRESTADOR: Corresponde a las instituciones de salud o médicos designados por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza, que se encuentren incorporados en alguna de las Redes con que cuenta el Asegurador, destinadas a otorgar las prestaciones que dan lugar a los gastos médicos que se encuentren cubiertos por esta póliza. El Asegurador podrá modificar, incorporar o eliminar prestadores incorporados en cualquiera de las Redes con que cuenta, durante toda la vigencia de la póliza.

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

ARTÍCULO 3: COBERTURAS

En virtud de la presente póliza, el Asegurador reembolsará los gastos médicos efectivos en que incurra el Asegurado, que se detallan más adelante, en complemento de lo que cubra la Isapre o tramos B, C o D de FONASA al que debe encontrarse afiliado el Asegurado durante toda la vigencia de este seguro.

El asegurado para obtener la cobertura de esta póliza deberá encontrarse adscrito a cualquiera de los tramos B, C o D de FONASA o a una Isapre.

La compañía cubrirá los gastos médicos en que incurra el Asegurado conforme los porcentajes, límites y topes que se indican en cada caso, considerando además los límites de capital, condiciones, plazos y alcance territorial establecido, siempre que el siniestro se iniciare durante la vigencia de la presente cobertura y hubiere transcurrido el período de carencia en caso de corresponder.

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

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

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

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

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

a) Asegurado afiliado a Isapre: no se otorgará la cobertura amparada en esta póliza.

b) Asegurado afiliado a alguno de los tramos B, C o D de FONASA: tendrán cobertura en la medida que se cumplan con los requisitos y bajo las condiciones indicadas en el Condicionado Particular.

Para los efectos del pago directo al prestador, la Aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un Asegurado de la Aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la Aseguradora para dichos Asegurados. En estos casos, los Asegurados deberán pagar al prestador sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la Aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al

prestador, será requisito que en caso de corresponder bonificación por parte de alguno de los tramos B, C o D de FONASA o Isapre a la que se encuentre afiliado el asegurado, haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que se describen en este artículo cubren los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado, siempre en complemento de lo que cubra la Isapre o tramos B, C o D de FONASA al que debe encontrarse afiliado el Asegurado durante toda la vigencia de este seguro, 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.

Las coberturas especificadas en este artículo pueden ser contratadas en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las cuales deberán individualizarse en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza y son las que se indican a continuación:

A. BENEFICIOS HOSPITALARIOS:

Bajo este beneficio se podrá contratar una o más de las siguientes coberturas, en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

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

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

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

4. CIRUGÍA MAXILOFACIAL: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por un Asegurado, provenientes de una hospitalización, después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial. Se cubren bajo esta

cobertura todos aquellos definidos en los puntos 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

7. CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO (CRS): Encontrándose esta cobertura expresamente incluida en las Condiciones Particulares, la Aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en razón de la Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS), después de haber cumplido el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos gastos definidos en los numerales 1, 2 y 3 antes indicados de este Beneficio de Hospitalización.

Para obtener esta cobertura el Asegurado deberá cumplir con los requisitos copulativos que se indican a continuación:

a) Contar con la indicación médica,

b) que el proceso de Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS) se inicie siendo ya asegurado de la Compañía de Seguros, por tanto, en ningún caso será objeto de cobertura servicio alguno relacionado con Cirugía de Reasignación de Sexo (CRS) que se hayan iniciado con anterioridad a la fecha de incorporación del Asegurado en la Póliza,

c) aportar todos los informes médicos que sean requeridos por la Compañía de Seguros para que ésta pueda desarrollar correctamente su actividad como aseguradora,

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

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

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

Para los efectos de las prestaciones indicadas precedentemente, se entenderá que una persona se encuentra

hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que permanezca como mínimo 24 horas completas de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

B. BENEFICIO DE MATERNIDAD:

La compañía de seguros reembolsará o pagará , los gastos incurridos por el Asegurado definido en las Condiciones Particulares, provenientes de una hospitalización, a consecuencia del embarazo y parto, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de la Asegurada en la póliza, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente.

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

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

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido desde el nacimiento y hasta el quinto día de vida se considerarán dentro del tope del Beneficio de Maternidad de la madre. Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o pagarán por el Beneficio de Hospitalización, sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato y el recién nacido hubiera sido incorporado al seguro.

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

C. BENEFICIO AMBULATORIO:

El Contratante podrá contratar una o más de las siguientes coberturas, en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto.

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

1. CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que no requiere de una hospitalización en un hospital.

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

3. CONSULTA NUTRICIONISTA: Para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

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

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

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

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

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

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

10. QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA. Se cubrirá cuando por prescripción médica la estadía del paciente en hospital, clínica o centro médico se extienda por menos de 24 horas, en el servicio que el prestador disponga para su tratamiento antineoplásico.

D. BENEFICIO 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 la Isapre o tramos B, C o D de FONASA al que debe encontrarse afiliado el Asegurado durante toda la vigencia de este seguro, 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. Las prestaciones cubiertas serán los gastos ambulatorios por consultas de Psiquiatría y/o Psicología. Para los efectos de las prestaciones de Psicología, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

E. BENEFICIOS ESPECIALES:

Bajo este beneficio la Compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos por el Asegurado en complemento de lo que cubra la Isapre o tramos B, C o D de FONASA al que debe encontrarse afiliado el Asegurado durante toda la vigencia de este seguro, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

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

1. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo, por tecnólogo médico con mención en oftalmología o por un optómetra con título obtenido en el extranjero en la medida que sean calificados y habilitados con arreglo a las disposiciones pertinentes del Código Sanitario, con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T).

2. Cirugía Ocular Láser, comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado tenga la edad mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia.

3. 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 dental, maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas. Además, para la prestación de Prótesis y Órtesis Auditivas se incluye cobertura para el aparato coclear.

4. Servicio de Ambulancia Terrestre, corresponde al traslado del Asegurado vía terrestre, en un vehículo acondicionado como ambulancia, cuando dicho traslado se encuentre médicamente justificado y prescrito, desde o hacia un hospital, clínica u otro establecimiento de salud, así como entre establecimientos de salud, o bien, desde/hacia el domicilio del asegurado, cuando corresponda. Este beneficio comprende traslados terrestres derivados de atenciones médicas, hospitalizaciones u otras situaciones clínicas que requieran este tipo de transporte especializado. El beneficio quedará sujeto a los porcentajes de cobertura, límites, topes y demás condiciones de reembolso establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

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

F. LIMITACIONES DE LA COBERTURA:

La presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

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

2. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas y Criterios Técnicos Administrativos del Arancel Fonasa, o aquellas que la reemplacen, vigente a la fecha de la respectiva prestación. En consecuencia, la Compañía reembolsará o pagará aquellas prestaciones respecto de las cuales se aplique el arancel FONASA (MLE), de conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas y Criterios Técnicos Administrativos del Arancel FONASA.

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

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

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

ARTICULO 6: EXCLUSIONES

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

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

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

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

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

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 inferidas y abortos provocados.

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

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

2. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

3. Tratamientos para adelgazar.

4. Rinoplastia.

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

1. Insumos y medicamentos ambulatorios.

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

3. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

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

5. Inmunoterapias no oncológicas.

h. Lesión o enfermedad causada por:

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

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

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

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

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

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

7. Fusión y fisión o cualquier accidente nuclear.

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

j. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.

k. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera o dentro del recinto hospitalario.

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

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

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

o. Enfermedades y/o embarazos preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable. Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, aquellas patologías oncológicas respecto de las cuales hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, no se considerarán preexistentes.

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

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

r. Iridología, reflexología, medicina alternativa, tratamientos médicos no tradicionales o experimentales y empíricos, que formen parte de un ensayo clínico registrado o cubierto por un patrocinador, o tratamientos médicos que, estando registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP) para el tratamiento de una patología o afección determinada, se utilicen como tratamiento de una patología o afección distinta a la registrada.

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

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

u. 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.

v. Ambulancia aérea.

w. Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el Asegurado tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del departamento del tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados (specially designated nationals list, sdn). En definitiva, este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones prohíban a la compañía de seguros proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones.

ARTÍCULO 7: NO DUPLICACION DE BENEFICIOS.

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, medicamentos provistos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos por las prestaciones contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa tramos B, C o D).
Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el Asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales

beneficios o coberturas.

En consecuencia, bajo ninguna circunstancia los reembolsos, las provisiones de Medicamentos Ambulatorios o los pagos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de este contrato de seguro, podrán duplicar los reintegros, aportes, bonificaciones y reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones o seguros antes mencionados.

ARTÍCULO 8: PLURALIDAD DE SEGUROS.

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

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

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

ARTÍCULO 9: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo 6 del presente contrato, con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTICULO 10: CARENCIA

Esta cobertura tiene un periodo de carencia, cuyo plazo se fija en las Condiciones Particulares, el cual se contará desde el inicio de la vigencia del seguro, o desde la fecha de su rehabilitación o de la incorporación de los Asegurados a ella, en el cual está vigente el contrato no obstante no encontrarse vigente alguna(s) o todas las coberturas contenidas en la presente póliza. Esta última comenzará a regir sólo una vez que haya transcurrido dicho período. En virtud de lo anterior, el Asegurador no reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado dentro del período de carencia. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por coberturas específicas que originen el gasto médico.

ARTÍCULO 11: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado estará obligado a: (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; (ii) pagar la prima en la forma y época pactadas; y, (iii) demás obligaciones establecidas en el Código de Comercio. Si el Contratante y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 12: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al Asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador al momento de evaluar la incorporación de los Asegurados a la póliza, con el objeto de identificar el real estado de salud del Asegurado Titular, y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga el Asegurador para estos fines. Para este objeto el Asegurador podrá solicitar la práctica de

exámenes médicos de acuerdo con lo establecido en la ley.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado, de acuerdo con lo que solicite el Asegurador en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

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

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

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

ARTÍCULO 13: AGRAVACIÓN DE RIESGOS ASEGURADOS

El Asegurado o Contratante en su caso, deberá informar al Asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los cinco días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Se presume que el Asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación. Si el siniestro no se ha producido, el Asegurador, dentro del plazo de treinta (30) días a contar del momento en que hubiere tomado conocimiento de la agravación de los riesgos, deberá comunicar al Asegurado su decisión de rescindir el contrato o proponer una modificación a los términos del mismo para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura de la póliza. Si el Asegurado rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá dar por rescindido el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido sin que el Asegurado hubiese efectuado la declaración sobre la agravación de los riesgos señalada en el primer párrafo, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización respecto de las coberturas del seguro afectadas por el agravamiento. No obstante, en caso que la agravación del riesgo hubiera conducido al asegurador a celebrar el contrato en condiciones más onerosas para el asegurado, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, por la naturaleza de los riesgos, hubiere debido conocerlos y los hubiere aceptado expresa o tácitamente.

Salvo en caso de agravación dolosa de los riesgos, en todas las situaciones en que, de acuerdo a los párrafos anteriores, haya lugar a la terminación del contrato, el Asegurador deberá devolver al Asegurado la proporción de prima correspondiente al período en que, como consecuencia de ella, quede liberado de los riesgos.

Excepto en la modalidad de los seguros de accidentes personales, las normas sobre la agravación de riesgos no tendrán aplicación en los seguros de personas.

ARTÍCULO 14: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

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

El valor de la unidad reajustable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajustable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunique así a la Aseguradora, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 15: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

a) PAGO DE LA PRIMA: La prima será pagada en forma anticipada por el Contratante, en la forma y oportunidad indicada en las Condiciones Particulares.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

La Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de las primas. La prima se entenderá pagada sólo una vez que la Aseguradora la haya recibido efectivamente. La prima respecto de cada Asegurado se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares de la misma, o hasta la fecha de término de cobertura del Asegurado, si esto ocurre antes.

b) PLAZO DE GRACIA: Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, cuya extensión se establecerá en las Condiciones Particulares. Este plazo se contará a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la Aseguradora, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO: La falta de pago de la prima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija la Aseguradora al contratante, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda la prima. Esta terminación dará derecho a la Aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Además de los reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince (15) días ya señalado, recayere en día sábado o domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

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

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

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

ARTÍCULO 16: BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular. Lo anterior es sin perjuicio de que la Aseguradora podrá pagar directamente al prestador o a quien acredite haberse hecho cargo de todos o una parte de los gastos médicos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, una vez otorgada y pagada la cobertura de la ISAPRE o tramos B, C o D de FONASA a la que deberá encontrarse afiliado el Asegurado durante toda la vigencia de este seguro.

ARTÍCULO 17: DENUNCIA DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

ARTICULO 18: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso o pago directo de los gastos médicos por parte de la Aseguradora:

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

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

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

d) Para obtener la provisión de los Medicamentos Ambulatorios o el reembolso de los gastos incurridos por el Asegurado en la adquisición de los mismos, el Asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga, a lo menos, lo siguiente:

i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos.

ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a treinta (30) días de la fecha de aviso de siniestro.

iii. Nombre del beneficiario que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.

iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.

v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

Con todo, la Aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos.

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

ARTÍCULO 19: PAGO DE SINIESTRO

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

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la Compañía, sin perjuicio del derecho del Asegurado de solicitar el nombramiento de un liquidador externo en la forma y oportunidad señalada en el

D.S. N° 1055 de 2012, de Hacienda, que establece el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

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

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

El reembolso de los gastos se efectuará por la Aseguradora a nombre del Asegurado Titular, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el Asegurado Titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTÍCULO 20: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza, en calidad de Asegurados Titulares, durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la Aseguradora, en cuyo caso la vigencia de las coberturas darán inicio conforme los plazos estipulados en las Condiciones Particulares.

Será necesario acreditar, a satisfacción de la Aseguradora, la buena salud de las personas que deseen incorporarse al seguro, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación por parte de la compañía, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 21: VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS

La póliza tendrá la vigencia señalada 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 caso de no recibir respuesta por parte del Contratante, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de renovación. Si la compañía Aseguradora no enviase al Contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada la póliza en las mismas condiciones vigentes.

ARTÍCULO 22: MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL.

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

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) Disminución de los planes de salud de los afiliados en un porcentaje igual o mayor al 5%.

b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas, entre otras.

c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.

d) 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 a 1%; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

ARTÍCULO 23: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

1. Del Asegurado: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un Asegurado en particular, en los siguientes casos:

a) Cuando el Asegurado Titular pierda el vínculo con el Contratante;

b) A partir de la fecha en que el Asegurado Titular cumpla la edad que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;

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

c) Fallecimiento del Asegurado Titular;

d) Conforme a lo señalado en el punto 3 del artículo 15 de las presentes Condiciones Generales, una vez transcurridos quince (15) días contados desde la fecha de envío de una comunicación por parte de la Aseguradora al Contratante dando aviso de término por encontrarse impaga la prima conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza;

e) Cuando el Contratante excluya a un Asegurado Titular de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la Aseguradora;

f) Cuando el Asegurado presentare reclamaciones de siniestros fraudulentas, engañosas, apoyadas en declaraciones falsas o documentos adulterados, además, la Aseguradora exigirá la restitución de los gastos reembolsados o pagados al Asegurado, si los hubiere.

g) En caso de verificarse cualquiera de las causales establecidas en el Artículo 22 de estas Condiciones Generales, o cuando el Contratante no acepte o no de respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo;

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

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

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

Conforme a lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, en caso de terminación anticipada por parte del Asegurador, en los casos que así se haya pactado, la póliza terminará a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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

ARTÍCULO 24: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

ARTÍCULO 25: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el Contratante y/o Asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 26: SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado o el Contratante, según corresponda, y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta 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 las disputas entre el Asegurado y la Compañía 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.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el Asegurado o el Contratante, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 27: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 28: DOMICILIO

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