

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320210024

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 beneficiario.

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 al 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 2º: COBERTURA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, o pagará directamente al prestador de salud, los pagos directos, asociados a las prestaciones detalladas en esta póliza, en los términos y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares, y ocurridas durante la vigencia del Asegurado en la póliza.

Los reembolsos o pagos directos se efectuarán de acuerdo a las coberturas efectivamente contratadas de aquellas descritas en esta póliza, y de acuerdo a los términos, proporciones, límites, topes por prestación y condiciones que deberán quedar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas descritas en esta póliza pueden ser contratadas en forma conjunta o se puede optar por alguna de ellas, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos médicos incurridos por el Asegurado solo dentro de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para las coberturas antes descritas, la Compañía Aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos que excedan del deducible, una vez aplicado el plan de beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

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 la institución de salud previsional haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

La cobertura de que da cuenta la presente póliza se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, y cualquier otro seguro o convenio, que se encuentre vigente a favor del asegurado.

ARTÍCULO 3º: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que otorga la aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas como contratadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, son las que se indican a continuación:

PRESTACIONES DE HOSPITALIZACION Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

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.

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

a) DIAS CAMA HOSPITALIZACIÓN: Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al Asegurado durante su hospitalización.

b) SERVICIOS HOSPITALARIOS: Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo y/o intermedio; exámenes de laboratorio e imagen médica, procedimientos especiales (diagnósticos y/o terapéuticos) ; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la enfermedad o incapacidad. Todos los medicamentos, materiales e insumos clínicos, incluidos medicamentos para quimioterapia, se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P) y sean usados con fines curativos. Se excluyen de esta cobertura los medicamentos, materiales e insumos clínicos usados con fines de investigación y/o experimentación.

c) HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Los honorarios de profesionales médicos y arsenaleros que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) VISITA POR MÉDICO TRATANTE O MÉDICO INTERCONSULTOR.

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

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

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

f) DROGAS BIOLÓGICAS: Corresponden a los productos de fabricación o síntesis biotecnológicas utilizados para el tratamiento de patologías no oncológicas.

Se dará esta cobertura siempre que las drogas biológicas se encuentren registradas en el Instituto de Salud Pública (I.S.P) y sean usadas con fines curativos. Se excluyen de esta cobertura las drogas biológicas usadas con fines de investigación y/o experimentación."

g) KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA.

PRESTACIONES AMBULATORIAS

Si se contrata esta cobertura, la aseguradora reembolsará o efectuará el pago directo de los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o que no califique como Beneficio de Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio."

A continuación, se detallan las coberturas asociadas al Beneficio Ambulatorio:

a) CONSULTAS MÉDICAS: Es el tiempo en que el paciente está junto al médico en un lugar determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras este último evalúa al paciente, entrega su opinión profesional y recomienda el tratamiento a seguir.

b) EXÁMENES DE LABORATORIO: La exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

c) HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Los honorarios de profesionales médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica ambulatoria al asegurado.

d) PABELLÓN AMBULATORIO: Dentro de esta cobertura se consideran las camas, sillón, camilla u otro utilizado en un establecimiento asistencial, con fines diagnósticos o terapéuticos, que se utilice por menos de 4 horas.

e) EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA, RADIOGRAFÍAS, ECOTOMOGRAFÍA Y MEDICINA NUCLEAR.

f) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, NO QUIRÚRGICOS: Bonificación de los honorarios del profesional o la institución que realiza la atención.

g) RADIOTERAPIA.

h) QUIMIOTERAPIA.

PRESTACIONES RESTRINGIDAS

A continuación, se presentan las coberturas con beneficio restringido en relación a la cobertura genérica que se encuentre relacionada con las definiciones antes descritas:

a) CIRUGIA METABÓLICA: Se entiende por Cirugía Bariátrica o de obesidad al by pass gástrico y/o manga gástrica. La Cirugía Metabólica corresponde al by pass gástrico, sea efectuado en pacientes obesos o no.

b) CIRUGIA LASIK: Comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden.

c) PET - CT.

Las coberturas de Cirugía Bariátrica, Metabólica, Lasik y PET-CT, consideran el evento hospitalario completo.

OTRAS PRESTACIONES

Bajo este beneficio la Compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurrido 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.

Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

a) BOX AMBULATORIOS: Utilización de cualquier tipo de acomodación dentro del establecimiento asistencial -cama, sillón, camilla u otro- con fines de diagnóstico o tratamiento, que se utilice por menos de 4 horas.

b) MEDICAMENTOS AMBULATORIOS: Todos los medicamentos, materiales e insumos clínicos, drogas biológicas, incluidos medicamentos para quimioterapia, se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) y tengan fines curativos. Por lo anterior, se excluyen de cobertura los medicamentos que tengan fines de investigación y/o experimentación.

Solo se consideran dentro de esta cobertura, los medicamentos correspondientes a atención de urgencia, cirugía ambulatoria, y procedimiento de ortopedia y traumatología.

c) ATENCIÓN DE URGENCIA:

1. Consulta de Urgencia.

2. RNM-PRO-HMQ-DPA-EXS-RX-TAC-ECO: RNM: Resonancia Nuclear Magnética; PRO: Procedimientos; HMQ: Honorarios Médicos Quirúrgicos; DPA: Derecho de Pabellón; EXS: Exámenes de Laboratorio; RX: Radiología; TAC: Tomografía Axial Computarizada (scanner); ECO: Ecotomografía.

3. Medicamentos Ambulatorios.

d) **PRESTADORES DERIVADOS:** En caso de insuficiencia de los prestadores preferentes indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, o bien en caso de encontrarse el beneficiario en territorio nacional fuera de la Región Metropolitana, el beneficiario recibirá la bonificación como si se tratase de un prestador preferente. La cobertura fuera de la Región Metropolitana aplicará siempre que el ingreso del paciente sea a través de un Servicio de Urgencias.

1. Prestaciones Ambulatorias.
2. Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria.

ARTÍCULO 4º: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro, se entiende por:

1. **CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que suscribe este contrato 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.

2. **ASEGURADOS:** Se consideran asegurados de esta póliza aquellos que se relacionan con el contratante, y que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se entiende dentro de esta definición:

a) **Asegurado Titular:** Es la persona que tiene relación con el contratante.

b) **Asegurado Dependientes:** Los familiares del Asegurado Titular que tengan los siguientes vínculos:

i. **Cargas Legales:** Los familiares beneficiarios del Asegurado Titular, es decir, aquellos que, respecto de éste, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no, incluyéndose en esta categoría el conviviente civil del Asegurado Titular, definido en la Ley 20.830.

ii. **Cargas Médicas:** Para efectos de esta póliza, se consideran cargas médicas aquellas aceptadas por la aseguradora y que se encuentren incluidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un Asegurado Titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un Asegurado Titular como a un Asegurado dependiente.

3. **ASEGURADORA:** Es la compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo.

4. **ENFERMEDAD:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

5. **EVENTO:** Se entiende como tal a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, con una duración máxima definida en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de pago del primer reembolso o pago cubierto por el evento en particular.

6. **INCAPACIDAD PREEXISTENTE:** Se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud, que hayan sido conocidas por el Asegurado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de su vigencia inicial de incorporación a la póliza.

7. **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 y que esté adscrito al Fondo Nacional de Salud o al sistema Isapre.

8. **HOSPITAL:** Todo establecimiento de salud 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.

9. HOSPITALIZACIÓN: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

10. GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos incurridos por el Asegurado a causa del tratamiento de una enfermedad, accidente o incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

11. 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.

12. GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS: Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de los servicios, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con el Sistema de Salud Previsional al que se encontrare afiliado el asegurado.

13. CARENIA: Es el periodo de tiempo establecido en estas Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza, o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a ella, durante el cual no están cubiertas las prestaciones detalladas en las condiciones particulares, en su caso, ocurridos al asegurado, quedando éstos excluidos de esta cobertura respecto del Asegurado afectado. La aseguradora no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de una incapacidad ocurrida en ese período.

14. DEDUCIBLE: Es el monto de los gastos cubiertos por este seguro que soportará el Asegurado hasta el monto de pérdida pactado que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, además, su período de acumulación.

15. PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, y será siempre el período de vigencia de la póliza.

16. PRIMA: Es la retribución o precio del seguro, que se paga en dinero a la aseguradora según la modalidad definida en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5º: 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 incapacidades.

Si la suma de los reembolsos de gastos incurridos por el asegurado, de los servicios médicos prestados al Asegurado 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, por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

ARTÍCULO 6º: 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:

1. Rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas, psicológicas y/o

psicopedagógicas, terapia ocupacional y fonoaudiología.

2. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
3. Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. No se considerarán con fines de embellecimiento las cirugías plásticas destinadas a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas por un accidente, ni las que tengan una finalidad estrictamente curativa o reparadora.
4. 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.
5. Servicio de ambulancia terrestre y aérea.
6. Atención integral de enfermería y nutricionista.
7. Atención privada de enfermería.
8. Atención de kinesiología ambulatoria.
9. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general.
10. Injertos hematopoyéticos.
11. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
12. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
13. Prestaciones cubiertas por otras leyes.
14. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
15. Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas por el asegurado.
16. Todas aquellas prestaciones no cubiertas por el seguro, tales como: alimentos y sustitutos de alimentos, lociones, jabones, medias antiembólicas, insumos y medicamentos ambulatorios, criopreservación y prestaciones no aranceladas por FONASA.
17. Las que requiera un Asegurado como consecuencia de su participación en actos de guerra.
18. Prestaciones relacionadas al embarazo. Corresponden a las prestaciones relacionadas al embarazo: Parto, Cesárea, Aborto, Embarazo Ectópico y Hospitalizaciones por complicaciones del embarazo.
19. Prestaciones de carácter preventivo.
20. Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional.

ARTÍCULO 7º: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 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 y en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 8º: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza, nuevos Asegurados, Cónyuge, Hijos u otros, durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del Asegurado y previa aceptación de parte de la aseguradora, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes subsiguiente de la aceptación. Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un Asegurado Titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, (cónyuge o hijos), el Asegurado de la póliza deberá comunicarlo a la aseguradora. Será necesario acreditar, a satisfacción de la aseguradora, la buena salud de las incorporaciones de nuevos Asegurados, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes subsiguiente de la aceptación.

ARTÍCULO 9º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 10º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al Asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la aseguradora al

momento de evaluar su incorporación a la póliza, con el objeto de identificar el real estado de salud del Asegurado y de sus dependientes, si corresponden, y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la aseguradora para estos fines. Para este objeto la aseguradora podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

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

Convenido el contrato de seguro sin que la aseguradora solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del 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 a lo señalado anteriormente, la aseguradora podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el riesgo asegurado no revisten alguna de dichas características, la aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición de la aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la aseguradora quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado en el inciso anterior.

Estas sanciones no se aplicarán si la aseguradora, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 11º: 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 reajutable 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 reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la 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 12º: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

1. PAGO DE LA PRIMA: La prima será pagada en forma anticipada por el contratante en los lugares y/o formas que la aseguradora designe para ello, y de acuerdo a la periodicidad de pago indicada en el Certificado de Cobertura.

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

2. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO: La falta de pago de la prima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija la aseguradora al contratante y al asegurado, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda o parte de la prima. Esta terminación dará derecho a la aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, además de los reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince (15) días ya señalado, recayere en día sábado o

domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

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

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

3. FINANCIAMIENTO DE LA PRIMA: La prima será financiada por el Asegurado titular, según lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 13º: BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular y adicionales individualizados en el Certificado de Cobertura, salvo que se establezca uno diferente lo que deberá quedar expresamente establecido en el Certificado de Cobertura.

Siendo beneficiario el Asegurado Titular, en caso de fallecer éste antes del pago del beneficio asociado a esta cobertura, y en caso que ello corresponda, dicho beneficio será pagado a quien acredite haber efectuado los gastos, debiendo acompañar los documentos que al efecto la compañía especifique en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 14º: DENUNCIA DE SINIESTROS

En el evento en que no hubiere operado previamente el pago directo de la aseguradora al establecimiento de salud, una vez efectuado un gasto cubierto en virtud de la presente póliza, el Asegurado deberá informarlo a la Compañía Aseguradora dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del Asegurado cuyo reembolso se requiera, o bien dentro del plazo que se especifique en las Condiciones Particulares contado también desde la fecha de emisión antes referida.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la compañía aseguradora del pago del beneficio que habría correspondido.

Al denuncia de siniestro, deberán enviar a través de los canales de comunicación que establezca la compañía aseguradora para estos efectos los siguientes antecedentes:

- a) Formulario de Reembolso proporcionado por la Compañía Aseguradora.
- b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía 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, u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema público o privado, o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos 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, FONASA, y que otorguen tales beneficios o coberturas.

Queda expresamente establecido que el Asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTÍCULO 15º: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO COLECTIVO DE SEGURO

El presente contrato colectivo de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y tendrá la duración señalada en las Condiciones Particulares pudiendo ser

renovada por el lapso, condiciones y prima que pacte el Contratante con la compañía que otorga la cobertura al término de cada vigencia, sin que dicha renovación esté garantizada.

En caso de término del contrato de Seguro Colectivo, las coberturas contratadas para uno o más Asegurados en particular podrán permanecer vigentes hasta el término del período que se haya señalado en las Condiciones Particulares y por el cual se haya pagado la prima respectiva. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de que no podrán seguir incorporándose nuevos asegurados a ella, desde la fecha de su terminación.

El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza, o de sus posteriores renovaciones, si las hubiere.

ARTÍCULO 16º: VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año u otro plazo señalado en el Certificado de Cobertura respectivo 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 Asegurado Titular las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos noventa (90) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta por parte del Asegurado Titular, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de renovación. Si la compañía aseguradora no enviase al Asegurado Titular de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada la póliza en las mismas condiciones vigentes.

En todo caso, si el Asegurado Titular de la póliza, dejase de ser afiliado a la(s) institución(es) previsional(es) indicadas en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura, la compañía aseguradora podrá ponerle término a la póliza en la fecha de renovación de la misma.

ARTÍCULO 17º: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

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

- a) A partir de la edad que se indica expresamente para cada uno de los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de la póliza;
- b) Fallecimiento del Asegurado titular, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes;
- c) Conforme a lo señalado en el punto 2 del artículo N° 12 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 Asegurado Titular dando aviso de término por encontrarse impaga la prima conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- d) Cuando el Asegurado presentare reclamaciones de siniestros fraudulentas, engañosas, apoyadas en declaraciones falsas o documentos adulterados, además, la aseguradora exigirá la restitución de los gastos reembolsados o pagados al asegurado, si los hubiere. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.

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

Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del Asegurado Titular excluido.

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

2. Del contrato: Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Conforme a lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, en caso de terminación anticipada por parte del contratante o asegurado, en los casos que así se haya pactado, la póliza terminará a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Asimismo, se conviene que en caso 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 18º: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Producida la terminación anticipada de la cobertura para algún Asegurado conforme al presente contrato por no pago de prima, podrá el Asegurado 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, los asegurados deberán acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

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. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la aseguradora de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 19º: 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 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 el certificado de cobertura respectivo. 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 20º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, 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 N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 21º: CLAUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 22º: DOMICILIO

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

INFORME TÉCNICO – POL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO

1. Materia Asegurada

Reembolso de gastos médicos ambulatorios y hospitalarios especificados en las Condiciones Particulares

2. Riesgos cubiertos

El POL comprende:

COBERTURA La compañía aseguradora reembolsará los gastos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, o pagará directamente al prestador de salud, los pagos directos, asociados a las prestaciones detalladas en esta póliza, en los términos y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares, y ocurridas durante la vigencia del asegurado en la póliza.

Los reembolsos o pagos directos se efectuarán de acuerdo con las coberturas efectivamente contratadas de aquellas descritas en esta póliza, y de acuerdo con los términos, proporciones, límites, topes por prestación y condiciones que deberán quedar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas descritas en esta póliza pueden ser contratadas en forma conjunta o se puede optar por alguna de ellas, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos médicos incurridos por el Asegurado solo dentro de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para las coberturas antes descritas, la Compañía Aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos que excedan del deducible, una vez aplicado el plan de beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

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 la institución de salud previsional haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

La cobertura de que da cuenta la presente póliza se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, y cualquier otro seguro o convenio, que se encuentre vigente a favor del asegurado.

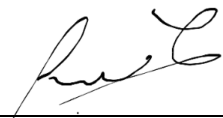
- A) DEDUCIBLE: Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para las coberturas antes descritas, la Compañía Aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos que excedan del deducible, una vez aplicado el plan de beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

B) Metodología de cálculo de Reservas Técnicas

De acuerdo con pautas establecidas NCG N°306 y NGC N° 320 y sus modificatorias.

C) Ramos FECU

309



Subgerente de Actuariado



Gerente General