SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO INDIVIDUAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230311

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora conviene reembolsar o pagar directamente al beneficiario o al prestador de salud, según corresponda, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, los gastos de asistencia médica, razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos (copago) por el Asegurado en complemento de lo que cubra su Sistema de Salud Previsional, tanto dentro como fuera de Chile, asociados a una enfermedad, dolencia, condición o situación de salud o accidente, según corresponda, que se produzcan por prestaciones otorgadas dentro de la vigencia del Asegurado en la póliza y conforme a los términos, proporciones, límites, topes y condiciones que deberán quedar expresamente señalados en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura contempla el reembolso de las prestaciones incluidas en los Beneficios indicados a continuación, en la medida que figuren expresamente como contratados en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como reembolso y/o porcentaje de bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional (BMI), montos asegurados, deducibles y límites definidos para esta, los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

A. Beneficio Hospitalario: Corresponde al reembolso de los gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación. Se excluyen las prestaciones definidas en las letras C, D y E de este artículo.

i. Día Cama por Hospitalización: Corresponde al gasto por concepto de día cama en un establecimiento asistencial por un periodo mayor a veinticuatro (24) horas o pernoctando en el lugar, ya sea en una habitación estándar o en UTI o UCI, dependiendo de la condición y gravedad del Asegurado, hasta los porcentajes de reembolso y límites definidos en las Condiciones Particulares.

ii. Servicios Hospitalarios: Corresponde al gasto por concepto de servicios clínicos no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; exámenes de laboratorio e imagenología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos; y otras prestaciones otorgadas a los Asegurados durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante ésta como necesarios para el tratamiento del accidente o enfermedad, dolencia, condición o situación de salud que motivó la hospitalización.

iii. Honorarios Médicos: Corresponden a los honorarios del equipo médico que hubiera participado en una intervención quirúrgica o procedimientos, incluyéndose las consultas médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.

iv. Atención de Urgencia en Traumatismos con y sin compromiso de Piezas Dentarias por Accidente: Gastos

por concepto de intervenciones de urgencia a consecuencia de un accidente, realizadas dentro de los 6 meses siguientes a éste, por un cirujano máxilo facial o dentista que resuelva las lesiones generadas. Considera gastos asociados a radiología, sutura de heridas, reducción de fracturas, luxaciones, extracciones dentarias, tratamientos de endodoncia de urgencia y piezas dentarias provisorias.

v. Ambulancia Terrestre y/o Aérea: Es el servicio de traslado, para conducir al Asegurado, desde y hacia un centro asistencial, conforme a los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en las Condiciones Particulares.

B. Beneficio Ambulatorio: Corresponde al reembolso de los gastos médicos incurridos por el Asegurado asociados a prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, y que se detallan expresamente a continuación. Se excluyen las prestaciones definidas en las letras D y E de este artículo.

i. Consultas Médicas.

ii. Exámenes de Laboratorio, Radiológicos y de Imágenes.

iii. Procedimientos de Diagnóstico no Quirúrgicos. Considera el día cama en un establecimiento asistencial por un periodo mayor a seis (6) horas y menor a veinticuatro (24) horas.

iv. Procedimientos Terapéuticos. Incluye medicamentos suministrados al Asegurado en dichos procedimientos, en la medida que éstos sean proporcionados y/o preparados en la misma entidad hospitalaria donde fueran suministrados. Considera el día cama en un establecimiento asistencial por un periodo mayor a seis (6) horas y menor a veinticuatro (24) horas. Para efectos de reembolso de estas prestaciones, constituye requisito la orden de derivación del médico tratante.

v. Cirugía Ambulatoria como consecuencia de un Accidente o Enfermedad. Incluye medicamentos suministrados al Asegurado en dicho procedimiento, en la medida que éstos sean proporcionados y/o preparados en la misma entidad hospitalaria donde fueran suministrados. Considera el día cama en un establecimiento asistencial por un periodo mayor a seis (6) horas y menor a veinticuatro (24)

vi. Kinesiología o Fonoaudiología. Para efectos de reembolso de estas prestaciones, constituye requisito la orden de derivación del médico tratante.

C. Beneficio de Maternidad: Bajo este beneficio la Compañía reembolsará los gastos incurridos, provenientes de una hospitalización del Asegurado y del recién nacido a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

En el Cuadro de **Beneficio de Maternidad** estipulado en las Condiciones Particulares, se establecerán los porcentajes y límites de reembolso para cada uno de los siguientes ítems:

i. Parto Normal.

ii. Parto por Cesárea.

iii. Aborto Espontáneo.

iv. Complicaciones del Embarazo.

v. Complicaciones del Parto.

Los gastos médicos que se considerarán bajo el **Beneficio de Maternidad** son aquellos definidos en los

numerales i, ii y iii, de la letra **A** de este artículo, y serán reembolsados solo una vez por cada embarazo. En caso de Partos Múltiples, se aplicará la cobertura establecida en las Condiciones Particulares.

Se entenderán como gastos inherentes al embarazo, parto y nacimiento, todos aquellos que se originen como consecuencia del mismo, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo, tales como:

i. Hospitalizaciones por partos prematuros.

ii. Asfixias neonatales.

iii. Fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra directamente originada como consecuencia del embarazo y/o del nacimiento.

Las complicaciones del embarazo y complicaciones del parto tendrán la cobertura señalada en el Cuadro de **Beneficios de Maternidad** estipulado en la Condiciones Particulares. Se considerarán como complicaciones del embarazo y complicaciones del parto, las definidas a continuación:

- Complicaciones del embarazo: Para efectos de esta póliza, se considerarán las siguientes complicaciones del embarazo:

i. Colestasia intrahepática del embarazo.

ii. Placenta Previa.

iii. Placenta Creta.

iv. Preeclampsia.

v. Eclampsia

vi. Hipertensión del embarazo.

vii. Diabetes gestacional.

viii. Incompetencia cervical.

ix. Distocia del embarazo.

x. Infección huevo ovular.

xi. Rotura prematura de membranas.

xii. Amenaza de parto prematuro, sin que éste haya terminado en parto.

- Complicaciones del parto: Para efectos de esta póliza, se considerarán como complicaciones del parto a aquellas que estén directamente relacionadas con el proceso del trabajo de parto y al parto en sí, y que normalmente surgen de manera súbita e inesperada. Se enumeran a continuación:

i. Trabajo de parto prolongado, parto de evolución rápida.

ii. Sufrimiento fetal.

iii. Asfixia perinatal.

iv. Frecuencia cardíaca anormal del recién nacido.

v. Distocia del hombro.

vi. Hemorragia excesiva.

vii. Distocia fetal (posición fetal).

viii. Desproporción cefalopélvica.

ix. Desgarros perineales.

x. Ruptura uterina.

xi. Embolia del líquido amniótico.

xii. Circular del cordón.

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido que hubiera sido incorporado a la póliza dentro del plazo señalado en las Condiciones Particulares y que no correspondan a una complicación del parto, es decir, que estén originados por enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán bajo la cobertura descrita en la letra A de este artículo, en la medida que el embarazo, parto y nacimiento estén cubiertos por la póliza.

D. Beneficio de Salud Mental: Bajo este beneficio, la Compañía cubrirá las prestaciones o tratamientos asociados a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, de acuerdo a los porcentajes y topes indicados en el Cuadro de prestaciones para el **Beneficio de Salud Mental** incorporado en las Condiciones Particulares. Las prestaciones podrán ser las que se detallan a continuación. Se excluyen de las prestaciones descritas a continuación las definidas en las letras A y B de este artículo.

i. Gastos ambulatorios por consultas de psiquiatría y/o psicología. Para efectos de reembolso de las prestaciones de psicología, constituye requisito la orden de derivación del médico tratante.

ii. Los gastos por consultas de sicopedagogía podrán incluirse en este ítem si así se estipulare en las Condiciones Particulares. Para su reembolso, constituye requisito la presentación de la orden de derivación del médico tratante.

E. Beneficios Complementarios: Bajo este beneficio, la Compañía cubrirá los gastos por concepto de Óptica, Cirugía Ocular Lásik, Bariátrica, Maxilofacial, Rinolaringológica, Prótesis, elementos de osteosíntesis y Órtesis. La Compañía realizará el reembolso de acuerdo a los porcentajes y topes indicados en el Cuadro de prestaciones de los **Beneficios Complementarios** incorporado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las que se detallan a continuación. Se excluyen de las prestaciones descritas a continuación las definidas en las letras A y B de este artículo.

i. Gastos por Óptica: incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo, por un tecnólogo médico con mención en oftalmología o por un optómetra con título obtenido en el extranjero certificado y habilitado para ejercer la profesión en Chile, con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T.).

ii. Cirugía Ocular Lásik: comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado acredite la necesidad del procedimiento mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para otorgar cobertura en los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo,

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

iii. Cirugía Bariátrica: Comprende los gastos derivados de una Cirugía Bariátrica para casos de obesidad, entendiéndose por tal si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40 o si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo.

iv. Cirugía Maxilofacial: Considera los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado asociados a una Cirugía Maxilofacial a causa de una enfermedad.

v. Cirugía Rinolaringológica: Considera los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico no estético, incluyendo la cirugía de rinoplastia y/o septoplastía funcional.

vi. Prótesis, Osteosíntesis y Órtesis: Considera los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado asociados a aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo, dispositivos para fijar y estabilizar fragmentos óseos de una fractura y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas.

Para las prestaciones asociadas a los Beneficios descritos en las letras A, B, C, D y E de estas Condiciones Generales, se tendrán las siguientes consideraciones:

Se establece que el inicio de cobertura será de acuerdo a los plazos indicados para cada una de ellas en las Condiciones Particulares.

Las prestaciones médicas aranceladas que se presenten a la Compañía para solicitar su reembolso, deberán contar con una Bonificación Mínima del Sistema de Salud Previsional o de bienestar u otro seguro o convenio del Asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares. En caso que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones se le aplicará el porcentaje de bonificación mínima definido en las Condiciones Particulares. Sobre el valor remanente, entre el valor de la prestación y el resultado de la operación descrita, se aplicará la cobertura de la póliza conforme a los términos, proporciones, límites, deducibles, topes y condiciones que deberán quedar expresamente señalados en las Condiciones Particulares.

Las prestaciones no aranceladas y aquellas que no tengan cobertura en el Sistema de Salud Previsional o de bienestar u otro seguro o convenio no tendrán cobertura bajo esta póliza, salvo que se establezca algo distinto en las Condiciones Particulares.

En aquellos casos en los que el Asegurado no se encuentre afiliado en algún Sistema de Salud Previsional, ya sea Público o Privado, no tendrá la cobertura otorgada por el presente seguro.

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

Queda expresamente establecido que, de acuerdo con el principio de mera indemnización consagrado en el artículo 550 del Código de Comercio, el seguro no puede constituir una oportunidad de ganancia o enriquecimiento para el Asegurado, por tanto, las coberturas que otorga esta póliza no se duplicarán con las coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios al cual pertenezca el Asegurado. De esta manera, la póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las Empresas, Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490, Compañías de Seguros, Instituciones Médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

a) Contratante: Es aquella persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguros con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

b) Asegurado: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere a la Compañía Aseguradora. Se entenderá como Asegurado a la persona que figure en tal condición en las Condiciones Particulares.

c) Beneficiario: Corresponde a la persona que tiene derecho a la indemnización o reembolso en caso de siniestro indicado en las Condiciones Particulares y cuya designación podrá realizarse en el contrato o en un acto posterior.

d) Deducible: Corresponde al monto que siempre será de cargo del Asegurado, y cuyo monto corresponderá al definido en las Condiciones Particulares. Se podrá establecer un deducible por Asegurado, grupo familiar, o una combinación de ellos. En consecuencia, la Compañía sólo pagará los reembolsos cubiertos por la póliza, una vez que estos hayan superado acumulativamente el equivalente al deducible establecido y hasta el monto máximo reembolsable que se indique en las Condiciones Particulares.

e) Monto Máximo de Reembolso: Corresponde al monto máximo en la moneda de la póliza que la Compañía reembolsará por los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado (copago), de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

f) Enfermedad: Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto provocadas intencionalmente por el Asegurado.

g) Dolencia, Condición o Situación de Salud: Corresponde a cualquier elemento, factor, circunstancia o antecedente que altere la salud de una persona, haya o no requerido tratamiento, aun cuando haya sido dado de alta y exista o no un diagnóstico definitivo.

h) Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera también como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que provengan de una herida,

cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualquier otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

i) Gasto Médico Razonable y Acostumbrado: 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, dolencia, condición o situación de salud y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

j) Gasto Efectivamente Incurrido (copago): Corresponde al valor de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por beneficios otorgados por otras instituciones o Sistemas de Salud Previsional Público o Privado. Sobre este monto se aplicarán los porcentajes de reembolso establecidos en las Condiciones Particulares, salvo que se especifique lo contrario en dichas condiciones.

k) Prestación sin cobertura del Sistema de Salud Previsional Público o Privado: Se entenderá como una prestación sin cobertura del Sistema de Salud Previsional Público o Privado cuando ésta no haya otorgado bonificación alguna, según documento que acredita dicho gasto médico.

l) Prestación no arancelada: Se entenderá como una prestación no arancelada aquella que no se encuentra incorporada en el arancel del Sistema de Salud Previsional Público o Privado del Asegurado con un código.

m) Hospitalización: Es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Establecimiento Hospitalario 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 como día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería, a 24 horas contadas desde el comienzo de la hospitalización en el Establecimiento Hospitalario hasta su respectiva alta médica o al hecho de pernoctar en dicho Establecimiento. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

n) Médico: Corresponde a aquellas personas que poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión en el país en que se otorguen las prestaciones, en los términos establecidos en la normativa vigente.

o) Cuadro de Beneficios: Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones, de acuerdo a los límites y topes allí indicados, a los que tiene derecho de cobertura un Asegurado y que se encuentran descritos en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES

Esta póliza excluye de su cobertura, y no considera los gastos médicos definidos en ella cuando éstos provengan o se originen por, sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

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

b) Guerra; invasión; actos de enemigos extranjeros; hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra; guerra civil; insurrección; sublevación; sedición; motín; tumulto, rebelión, revolución, poder militar, sabotaje o conmoción contra el orden público, desórdenes sociales, dentro o fuera del país, o hechos que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.

c) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Se entiende por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivada por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

d) Prestaciones médicas, fármacos y técnicas experimentales, o no aprobadas por el ISP o bien no avaladas por sociedades científicas chilenas, ni de exámenes, medicamentos o procedimientos relacionados con nuevas tecnologías no reconocidas o no aranceladas por el sistema de salud previsional, sea FONASA, Isapre o la Institución que las reemplace, a menos que se especifique lo contrario en las Condiciones Particulares.

e) Gastos por hospitalización domiciliaria ni la atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria.

f) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

g) Cualquier prestación o medicamento que tenga cobertura a través de la Ley N° 20.850 (Ricarte Soto).

h) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una enfermedad o condición médica.

i) Cualquier tipo de alimentos, sustitutos alimenticios, productos cosméticos, medias antiembólicas y tratamientos para adelgazar, incluso aquellos prescritos con fines terapéuticos.

j) Todo tipo de tratamientos odontológicos, exámenes, extracciones, empastes e implantes dentales cuyo origen sea distinto a un accidente con excepción de los gastos asociados a una Cirugía Maxilofacial por enfermedad, los cuales tendrán cobertura a partir del plazo establecido en las Condiciones Particulares.

k) Las prestaciones no aranceladas y aquellas que no tengan cobertura en el Sistema de Salud Previsional o de bienestar u otro seguro o convenio no tendrán cobertura bajo esta póliza, salvo que se establezca algo distinto en las Condiciones Particulares.

l) Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes, entendiéndose por tales aquellas diagnosticadas, informadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Se considerarán también como preexistentes aquellas enfermedades o condiciones de salud que estén siendo sometidas a un proceso de estudio de diagnóstico y que posteriormente resulte confirmatoria de su existencia. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o Asegurado y aceptadas expresamente por la Compañía.

m) Tratamientos por: adicción a drogas, tabaquismo o alcoholismo; lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

n) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

o) Lesión o Enfermedad ocurrida a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubiertos por la Ley 16.744 que Establece Normas Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y sus modificaciones.

p) Crio preservación, compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano, así como los tratamientos o procedimientos que se deriven de estas acciones.

q) Evaluaciones o tratamientos por terapia ocupacional.

r) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

s) La Compañía no reembolsará tratamientos realizados por médicos que no estén registrados en la Superintendencia de Salud. Asimismo, se excluyen los tratamientos de medicina alternativa y los no tradicionales, experimentales o empíricos, aun cuando hayan sido realizados o prescritos por médicos registrados en la Superintendencia de Salud.

t) Cirugías y Tratamientos Maxilofaciales, estéticos, plásticos, reparadores, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones congénitas o producidas por enfermedades o accidentes, salvo aquellos contenidos y expresamente señalados en el artículo 2 de este documento.

u) Cirugías, tratamientos o gastos asociados a:

i. La obesidad con un IMC inferior a 40, con o sin enfermedades asociadas; tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastia, u otros similares y cirugía de reducción o aumento mamario.

ii. Disfunción eréctil; fertilidad e infertilidad. Esterilización, inseminación artificial o la investigación, diagnóstico o tratamiento de la infertilidad y tratamientos anticonceptivos.

ii. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos,

entre otros.

iv Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica, lentes o anteojos ópticos.

Las exclusiones previamente mencionadas se aplicarán, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule otra condición.

v) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios, con excepción de los otorgados en el Beneficio Ambulatorio del Artículo N° 2 de las presentes Condiciones Generales, salvo que se señale algo distinto en las Condiciones Particulares de la póliza.

w) Negligencia, imprudencia o culpa grave, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o bajo los efectos del alcohol, drogas y la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas. Esto incluye la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados bajo los efectos descritos en esta exclusión, de acuerdo con la graduación establecida en la

legislación vigente al momento del accidente del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

x) Lesiones auto provocadas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

y) Intoxicación por encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, de cualquier narcótico, estupefacientes, drogas o cualquier alucinógeno, lo cual deberá ser calificado por las autoridades competentes.

z) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el Organismo de Salud Mundial competente.

aa) Una infección oportunista, o un neoplasma maligno, si al momento de la enfermedad el Asegurado sufría VIH (+). Con tal propósito, se entenderá por:

i. "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.

ii. Infección Oportunista incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

iii. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

iv. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).

bb) Prestaciones asociadas a embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y maternidad en general, que no se encuentren detalladas en el Beneficio de Maternidad de estas Condiciones Generales.

cc) Realización o participación en actividades o deportes peligrosos que pongan en riesgo su vida o integridad física, y que no hayan sido declarados al momento de contratar el seguro. Como ejemplo, se consideran actividades peligrosas el manejo de explosivos, armas de fuego, deportes extremos, entre otras. Sin embargo, si el asegurado realiza actividades deportivas de alto rendimiento según lo establecido en el artículo 8 de la Ley del Deporte N° 19.712 de enero 2001 en el DFL 1 de 1970, respectivamente o en las normas que las reemplacen o las sustituyan, pero las declara y son aceptadas expresamente por la compañía aseguradora, se cubrirán los gastos directamente relacionados con dicha actividad, y se acordará una prima adicional correspondiente.

dd) Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.

ee) Prestación de servicios del Asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo incluyendo las funciones de Policía Civil y Gendarmería, durante el ejercicio de sus funciones.

ff) Drogas y Medicamentos que no cuenten con registro sanitario en el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), de acuerdo con la normativa vigente del país.

gg) Participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o peligrosos, así como participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean la ocupación principal del asegurado.

ARTÍCULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atingentes en consideración al tipo de seguro de que se trate. En especial, el Asegurado estará obligado a:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar el objeto asegurado y apreciar la extensión de los riesgos;

2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;

3. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

4. Las demás obligaciones, deberes o cargas que contemple la ley, este Condicionado General, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Propuesta de Seguros o Solicitud de Incorporación en su caso.

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

Las obligaciones del Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 6: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al Asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para apreciar la extensión de los riesgos al momento de la contratación. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 524 número 1, 525 y 539 del Código de Comercio.

Será obligación del Asegurado, proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, autorizar a la Compañía para requerir de sus médicos tratantes y de Instituciones de Salud todos los antecedentes que ellos posean, y dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de evaluar y liquidar el siniestro conforme a la normativa aplicable. El costo de éstos será de cargo de la Compañía Aseguradora.

El Asegurado deberá otorgar las autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTÍCULO 7: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima deberá ser pagada por el Asegurado en la forma, periodicidad y lugar según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días, contado desde la notificación que dirija la Compañía al Asegurado, y dará derecho a la Compañía para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

En caso de no pago de la prima, la Compañía podrá conceder un periodo de gracia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde el primer día de cobertura no pagada de acuerdo a la

forma de pago convenida. Durante el plazo de gracia, la póliza permanecerá vigente y con cobertura. Una vez transcurrido el periodo de gracia sin el pago de la prima correspondiente, se 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 Compañía al Contratante. Terminado el plazo antes mencionado, la Compañía no estará obligada al pago de indemnizaciones por siniestros. En caso que el Asegurado fallezca antes de dicho plazo, se deducirá del reembolso a pagar la prima vencida y no pagada.

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

Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo de la Compañía, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, si fuese el caso.

ARTÍCULO 8: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza tendrá una vigencia inicial de un (1) año o del plazo que se señale en las Condiciones Particulares, y podrá ser renovada por un nuevo período a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, con la posibilidad de acordar nuevas condiciones de coberturas y primas entre la Compañía Aseguradora y el Contratante.

La renovación de la póliza no está garantizada, y la Compañía Aseguradora deberá comunicar al Contratante las nuevas condiciones de cobertura y prima para el próximo período de vigencia con al menos treinta (30) días de anticipación de la fecha de vencimiento de la póliza. En caso de no recibir respuesta por parte del Contratante antes del término de vigencia de la póliza, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de renovación.

No obstante lo anterior, el Contratante tendrá el derecho de terminar la póliza en cualquier momento durante su vigencia mediante notificación a la Compañía Aseguradora, con efectos a partir de la fecha de recepción de dicha comunicación.

Si la Compañía Aseguradora no enviase al Contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada se entenderá que la póliza ha sido renovada automáticamente en las mismas condiciones vigentes.

ARTÍCULO 9: DENUNCIA DE SINIESTROS

Los gastos médicos incurridos por el Asegurado deberán ser notificados a la Compañía en el plazo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del Asegurado.

En tal sentido, se deberán presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro:

a) Formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, salvo que la información requerida esté contenida en la documentación recibida.

b) Informe Médico que estipule claramente el diagnóstico por el cual está haciendo uso de esta cobertura, indicando además el tratamiento asociado a dicho diagnóstico (si correspondiese).

c) Historial de prestaciones emitido por el Sistema de Salud Previsional del Asegurado (si correspondiese).

d) Documentos originales extendidos a nombre del Asegurado tales como: boletas, facturas y/o las órdenes de atención con el detalle de las prestaciones otorgadas y los documentos que acrediten su pago. Asimismo,

cuando corresponda, deberá acompañar los documentos originales que acrediten el pago o el reembolso por otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el Asegurado.

e) En caso de accidente, adicionalmente deberá acompañar el Formulario de Declaración de Accidente, proporcionado por la Compañía.

f) Parte Policial, Alcoholemia e Informe Toxicológico (si correspondiese).

g) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, otros informes médicos, exámenes, declaraciones, certificados u otros documentos, relativos al siniestro del Asegurado y que permitan establecer la procedencia de la cobertura (si correspondiese).

El Asegurado o su representante, deberá requerir de sus médicos tratantes, prestadores de salud públicos o privados, Compañías de Seguros, Instituciones de Salud, incluidas el Instituto de Salud Pública de Chile y las Comisiones Médicas respectivas, Instituciones de Salud Previsional Privadas y Públicas, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del siniestro denunciado. No obstante, el Asegurado autoriza expresamente a la Compañía o Liquidador de Seguros para requerir a las instituciones antes señaladas todos los antecedentes necesarios, incluidos datos sensibles, para evaluar la procedencia de la cobertura y para darlos a conocer en el proceso de revisión de la procedencia de estas coberturas, lo cual incluye el contenido de la Declaración Personal de Salud suscrita.

ARTÍCULO 10: TERMINACIÓN

El presente seguro terminará por las siguientes causales:

1. Cuando culmine el plazo de vigencia establecido en las Condiciones Particulares y la póliza no haya sido renovada.

2. Cuando no se efectúe el pago de prima de la póliza, una vez transcurrido el periodo de gracia y superado el plazo de quince (15) días desde la notificación que la Compañía le dirija al Contratante para estos efectos.

3. Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según los Artículos 5 y 6 de estas Condiciones Generales.

4. Cuando el Asegurado incurra en el delito de fraude de seguro, previsto en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

5. Cuando el Asegurado presentare reclamaciones de siniestros fraudulentas, engañosas, apoyadas en declaraciones falsas o documentos adulterados, la Compañía exigirá la restitución de los gastos reembolsados o pagados al Asegurado, si los hubiere. En estos casos, la cobertura se excluye para el Asegurado y sus dependientes, y la responsabilidad de la Compañía cesa. A partir de la fecha en que se efectúa la exclusión, la Compañía no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos cubiertos en esta póliza para el(los) Asegurado(s) excluido(s).

6. Si la moneda o unidad estipulada en las Condiciones Particulares dejare de existir y el Contratante no aceptare la nueva unidad que oficialmente la reemplazare, comunicándolo así a la Compañía dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad.

7. Cuando el Contratante solicite el término anticipado de la póliza.

8. Cuando el Asegurado Titular llegue a la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares y no exista un Asegurado Dependiente que cumpla con los requisitos de asegurabilidad para

asumir la calidad de tal, según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular y no exista un Asegurado Dependiente que cumpla con los requisitos de asegurabilidad para asumir la calidad de tal, según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

Terminada la vigencia de esta póliza, sea anticipadamente o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía sobre los riesgos que asume, y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 11: MODIFICACIÓN DEL 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) 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.

b) 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.

c) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en las Condiciones Particulares del seguro; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

ARTÍCULO 12: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico o a través de cualquier sistema de trasmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal indicada en las Condiciones Particulares o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente, asimismo señalado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 13: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las Cláusulas Adicionales que se contraten en forma conjunta con este contrato de seguro, complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del contrato de seguro y de sus coberturas, cuando dichos efectos estén previstos en las Cláusulas Adicionales respectivas.

ARTÍCULO 14: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

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

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

En las disputas entre el Asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 Unidades de Fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria, de acuerdo a lo establecido en el artículo 543 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 15: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El monto asegurado y el monto de la prima se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la Unidad de Fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, siguiente a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 16: 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.