

## CLAUSULA ADICIONAL SALA DE URGENCIA

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320240153

### ARTICULO 1: DEFINICION DE LA COBERTURA

Mediante el pago de la prima, y en las condiciones y términos que a continuación se establecen, el asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones que más adelante se detallan a consecuencia del tratamiento de las prestaciones de "Sala de Urgencia"; a causa de accidente o enfermedad, según los límites, condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares.

Todos los servicios que se detallan en el presente anexo se prestarán por medio de la institución designada por la compañía indicada en las Condiciones Particulares, en todas las ciudades de la República de Chile y en las que tenga Red de Prestadores Médicos.

### SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE.

-Corresponde la atención en SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE (Tránsito, Laboral, Doméstico) y comprende a las siguientes coberturas:

-Derecho de URGENCIA.

-Atención de URGENCIA.

-Atención de médico DE URGENCIA.

-Valoración clínica por médico Urgencia.

-Exámenes de laboratorio:

a) Hemograma completo.

b) Glucosa.

c) Grupo sanguíneo.

d) EMO (elemental y microscópico de orina).

-Exámenes de imágenes:

a) Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa.

b) Ecografía abdomino-pélvica: 1 estudio.

-Medicamentos:

a) Analgésicos (dolor).

b) Anti-inflamatorios (inflamación).

c) Antipiréticos (fiebre)

-Material de uso médico: yeso, venda, etc.

-Equipo y material de sutura.

-Traslado médico terrestre.

#### SALA DE URGENCIA POR ENFERMEDAD.

Corresponde a la atención debido a una URGENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD, de acuerdo a las siguientes coberturas:

-Derecho de URGENCIA.

-Atención de URGENCIA.

-Atención de Médico de Urgencia.

-Valoración clínica.

-Exámenes de laboratorio:

a) Hemograma completo.

b) Glucosa.

c) Grupo sanguíneo.

d) EMO (elemental y microscópico de orina).

e) Reacción de Widall.

-Exámenes de imágenes:

a) Radiografía simple: 1 placa por evento.

b) Ecografía abdomino-pélvica: 1 estudio por evento.

-Medicamentos:

a) Analgésicos (dolor): dosis inicial.

b) Anti-inflamatorios (inflamación): dosis inicial.

c) Antipiréticos (fiebre): dosis inicial.

-Traslado médico terrestre

Carencia: 45 días desde la fecha de contratación del seguro que, para estos efectos, es la que se encuentra establecida en las condiciones particulares.

#### CONSULTA AMBULATORIA VIRTUAL.

Servicio de telemedicina que permite hablar con un médico, en cualquier momento, el cliente puede agendar las atenciones médicas todos los días del año. Las especialidades disponibles son:

-General.

-Psicología.

-Nutriología.

También estarán disponibles las siguientes especialidades:

-Pediatria.

-Fonoaudiología.

Modalidades:

A) Atención en instituciones designadas por la Compañía:

A.1. Cobertura

Bajo esta modalidad el asegurador cubrirá los gastos efectivos que demanden las prestaciones cubiertas por esta cláusula adicional y que se detallan en las condiciones particulares de la póliza, siempre que estos gastos se realicen por intermedio de la o las instituciones que el asegurador determine en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de cobertura establecido y de eventos establecidos en el Condicionado Particular de la póliza. En el evento que la Institución designada por la Compañía deje por cualquier causa de prestar los servicios establecidos bajo esta póliza, la Compañía tendrá un plazo de 30 días para nominar una nueva institución que continúe con el tratamiento.

Todas las prestaciones cubiertas bajo esta modalidad se otorgarán exclusivamente si son solicitadas a la institución designada por la compañía por medio del proceso general de solicitud de servicio indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El asegurado no podrá exigir al asegurador el cambio de institución o la designación de otra para iniciar o continuar el tratamiento iniciado o realizar determinadas prestaciones. Bajo esta modalidad se entiende que la cláusula adicional ha sido contratada en consideración a la institución prestadora de los servicios médicos que designa el asegurador en forma previa al tratamiento.

El asegurador tiene la facultad de modificar la o las instituciones prestadoras en cualquier momento y sin expresión de causa según lo estime pertinente, lo que deberá comunicar oportunamente a los asegurados por los medios de notificación establecidos en las Condiciones Particulares.

A.2. Obligaciones del asegurado

Para poder recibir los beneficios de esta Cláusula Adicional por parte de la institución designada por la Compañía, el asegurado deberá cumplir estrictamente las siguientes disposiciones. De lo contrario, ni el asegurador ni la institución designada por la compañía asumirán responsabilidad alguna por los gastos que se le presenten:

a) Abstenerse de realizar gastos médicos sin haber consultado y recibido la autorización previa de la institución designada por la compañía.

b) Abstenerse de realizar gastos médicos sin haber consultado y recibido la autorización previa de la institución designada por la compañía.

c) El beneficiario debe acudir a los prestadores médicos indicados por la institución designada por la compañía.

d) Queda entendido que en caso de que el cliente establezca su residencia permanente en un lugar distinto al territorio nacional, la relación entre la institución designada por la compañía y el cliente se entenderá por extinta, con lo cual la institución designada por la compañía se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente anexo y el cliente se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.

e) Identificarse como cliente o beneficiario ante los funcionarios de la institución designada por la compañía o ante las personas que esta última contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en la presente Cláusula Adicional.

f) Conectarse en horario agendado, en caso de no asistir hacer anulación de cita médica virtual.

g) Seguir las instrucciones entregadas en la plataforma de medicina virtual.

Constituye requisito para optar al Plan:

a) Que la prestación correspondiente se encuentre incluida en las Condiciones Particulares de la póliza y que haya sido realizada como Urgencia.

b) Que la cobertura se encuentre vigente para cada beneficiario y que el contratante se encuentre al día en sus pagos.

c) Que no se hubiese consumido el límite de cobertura y eventos anual por beneficiario.

Se reconocerán como gastos efectivos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por el sistema de salud previsional, privado o estatal (Fonasa B, C o D), como asimismo otros sistemas o Instituciones al cual pertenezca el beneficiario y que le otorgue beneficios similares al presente adicional. Por tanto, esta póliza opera como complemento de la cobertura económica del sistema previsional del asegurado, privado o estatal (Fonasa B, C o D).

B) Atención en Libre Elección:

B.1. Cobertura

Bajo esta modalidad la Compañía pagará por una sola vez el monto único señalado en las Condiciones Particulares. Con el referido pago se causará el término inmediato y automático de la cláusula adicional, liberando a la compañía de toda responsabilidad por los gastos que demande las atenciones del asegurado afectado. En ningún caso la indemnización será mayor al monto contratado bajo esta modalidad.

## B.2. Obligaciones del Asegurado

El asegurado para poder recibir los beneficios de esta Cláusula Adicional bajo la modalidad de libre elección, deberá cumplir estrictamente las siguientes condiciones:

- a) Dar aviso por escrito a la compañía dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha de la prestación de Sala de Urgencia.
- b) Proporcionar a la compañía aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al tratamiento, todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder y dar las facilidades y para efectos de determinar y verificar la prestación. El incumplimiento o el cumplimiento extemporáneo de las obligaciones establecidas en este artículo, hará perder el derecho al beneficio establecido en la presente Cláusula Adicional, salvo en caso de impedimento por fuerza mayor. En este último caso, el plazo de presentación se extenderá por el tiempo que dure el impedimento.

Si el asegurado decide hacer su tratamiento bajo la modalidad de libre elección, la cláusula adicional terminará automática e inmediatamente respecto del asegurado afectado y en ningún caso tendrá derecho a los beneficios establecidos bajo la modalidad señalada en la letra A) anterior.

## ARTICULO 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

**Atención en Libre Elección:** Son todas aquellas atenciones y prestaciones médicas distintas a las señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza y/o efectuada sin haber acudido a un prestador designado por la compañía.

**Asegurados:** Aquel a quien afectan los riesgos que se transfieren al Asegurador y que se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza. Podrá ser asegurado de esta cláusula adicional la persona que solicita la cobertura. No obstante, la solicitud de incorporación será calificada por la Compañía.

**Carencia:** Período durante el cual los asegurados no tienen derecho a percibir los beneficios de esta cobertura que se encuentra establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Deducible:** Es el monto de los gastos cubiertos por esta cláusula adicional que serán siempre de cargo del asegurado y cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares.

**Institución designada por la compañía:** Corresponde a la institución indicada en las condiciones particulares de esta póliza por intermedio de la cual se gestionarán y otorgarán las prestaciones de urgencia requeridas.

**Beneficiario:** Para los efectos de esta cobertura, se entiende como beneficiario a la persona individualizada como tal en las condiciones particulares en tanto cumpla con los requisitos de ingreso y permanencia establecidos en la presente cobertura.

## ARTICULO 3: EXCLUSIONES

El asegurador y la institución designada por la compañía no autorizarán prestaciones o servicios médicos, como tampoco reconocerá gastos o costos de tales servicios, si estos están relacionados o se originan de

acuerdo a la siguiente lista:

- a) Cuando la persona no se identifique como cliente del asegurador ante el prestador designado.
- b) Cuando el cliente no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atenderlo debidamente.
- c) Gastos médicos realizados por el cliente a libre elección, a menos que el cliente haya optado por la opción B, Atención en Libre Elección.
- d) Reembolsos de gastos médicos ambulatorios.
- e) Exámenes complementarios de diagnóstico no contemplados expresamente dentro de los servicios indicados en la cobertura adicional.
- f) Gastos de hospitalización clínica, quirúrgica y unidad de cuidados intensivos.
- g) Honorarios de médicos especialistas fuera de la sala de urgencia.
- h) Materiales o insumos (fibra de vidrio), prótesis o inmovilizadores.
- i) Las atenciones por medicina preventiva.
- j) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- k) Accidentes o lesiones causados por la práctica de deportes de alto riesgo.
- l) Daños causados a sí mismo por alteración de sus facultades mentales.
- m) Transporte que no sea prestado por ambulancias legalmente autorizadas.
- n) Traslado del cliente de una clínica u hospital a otro centro de atención médica.
- o) No están cubiertos los tratamientos ni exámenes posteriores a la consulta médica.
- p) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- q) Hechos y actos del hombre derivados de: terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, asalto, motín o tumulto, etc.
- r) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- s) La energía nuclear radiactiva.
- t) La preexistencia: para efectos del presente contrato se entiende por preexistencia cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al cliente, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio del contrato. Por lo anterior a criterio de GSA no se prestarán los servicios materia de este instrumento en situación de preexistencia, además si se presentan los siguientes supuestos, por mencionar, pero sin limitar y a entera discreción de GSA su comprobación.
- u) Enfermedades mentales.

- v) Enfermedades declaradas &ldquo;alertas epidemiológicas&rdquo; por la autoridad competente.
- w) Prácticas deportivas en competencia profesional.
- x) Cuando no exista infraestructura médica disponible para la debida atención de los beneficiarios.

#### ARTICULO 4: EXTENSION DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal y se regirá en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la póliza principal, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando el asegurado comience a percibir los beneficios de alguna cláusula adicional que contemple exoneración de pago de primas por invalidez o el pago anticipado del capital del seguro principal, en caso de haber sido contratado.
- c) Cuando en la renovación de la Póliza, se verifique que el asegurado cumplió la edad máxima de permanencia establecida en las condiciones particulares.
- d) Por el mal uso de esta cobertura por parte del Beneficiario (es decir, utilizar la cobertura para fines distintos a los regulados en el mismo) o la suplantación de la identidad del Beneficiario, en cuyo caso éste no tendrá derecho a las coberturas que otorga esta cláusula adicional. Asimismo, el Prestador se reserva el derecho de rechazar la inclusión en futuros planes de accidentes a quienes hayan hecho mal uso de la cobertura, sin perjuicio de ejercer las acciones legales correspondientes.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta cobertura, no dará derecho, en ningún caso, al beneficio contemplado en ella. En tal caso la prima será devuelta en moneda corriente y al valor que tenga la moneda del seguro principal, al día de pago.

#### ARTICULO 5: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Al momento de contratarse la cláusula adicional, el asegurado por él y por las demás personas aseguradas deberá declarar por escrito al asegurador, todos los hechos y circunstancias, que permitan apreciar el riesgo y que puedan influir en las condiciones de esta cláusula adicional. El asegurador se reserva la facultad de exigir la comprobación de lo declarado de acuerdo a la ley.

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

En virtud a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información solicitada por la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si el

siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato.

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

Sin perjuicio de lo anterior, transcurridos dos años contados desde la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas.

## ARTICULO 6: EXCLUSIÓN ESPECIAL DE PREEXISTENCIAS

Además de las exclusiones generales señaladas en el Artículo 3, este adicional no cubrirá los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen por preexistencias.

Para estos efectos, se entenderá por "preexistencia" a aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, de la incorporación o de la rehabilitación, según sea el caso, y que quedan excluidas de cobertura.

En el proceso de contratación del seguro, de incorporación o de rehabilitación, según sea el caso, el asegurado declarará acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que conozca o le hayan sido diagnósticas con anterioridad, cuando tal declaración le sea requerida por el asegurador.

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

## ARTICULO 7: DURACION DE ESTA CLAUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional tendrá una duración de un año, contado desde la fecha de su vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de comunicación escrita dada a la otra parte, con a lo menos un mes de anticipación a la fecha del vencimiento de esta cláusula adicional.