

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320180044

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 beneficiario.

ARTÍCULO 2. COBERTURA.

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar directamente al beneficiario o al prestador de salud -en adelante también llamados como los pagos- los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza. Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al Asegurado por su médico tratante, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza

Los reembolsos o los pagos directos y los costos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como de reembolsos o pago directo, valor de provisión de los medicamentos ambulatorios, porcentaje efectivo de reembolso y/o porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud (BMI), montos asegurados, deducibles, franquicia y tope de números de prestaciones médicas según lo contratado y los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiendo en ambos casos establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En razón de lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá, a petición expresa del Contratante, limitar la aplicación de esta cobertura en relación al ámbito territorial de la póliza sin que ello afecte la vigencia de ésta, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares. Es decir, podrá definir zonas geográficas y ciudades específicas en Chile como en el extranjero, en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

Las coberturas descritas en el artículo N° 3, sobre Descripción de las Coberturas, de estas Condiciones Generales, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el contratante puede optar por una o más de ellas, las cuales se dejan expresamente establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos o los pagos de los gastos médicos que correspondan o la

provisión de los medicamentos por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que esta póliza y las coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

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

En caso de que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una franquicia, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos o dispondrá los medicamentos si éstos exceden el monto de la franquicia estipulada, cuyo monto y forma de aplicar se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar cuando corresponda, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema de salud previsional (BMI) del asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre, el valor de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, cada asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la compañía de seguros, para que la compañía de seguros pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, los asegurados otorgarán las autorizaciones necesarias para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en los documentos de solicitud de ingreso a la póliza o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

ARTÍCULO 3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

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

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

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) DÍAS 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, recuperación u observación; exámenes de laboratorio e imagen médica, procedimientos especiales; 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 in-capacidad.

c) HONORARIOS MÉDICOS: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica efectuada a un asegurado hospitalizado, incluyéndose las consultas médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.

d) CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se

realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e) SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama Hospitalización.

f) CIRUGÍA AMBULATORIA: Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

g) CIRUGIA BARIATRICA: Si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Si la cobertura respectiva está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de seis (6) meses. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b y c antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

h) CIRUGÍA MAXILOFACIAL: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de seis (6) meses, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b y c antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) CIRUGÍA DE RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTIA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de seis (6) meses, correspondiente a los gastos de una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b y c, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

j) PRÓTESIS QUIRÚRGICAS: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridas a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD.

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará o pagará en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, u otros seguros o convenios, los gastos incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, que tenga la calidad de asegurado(a) titular, cónyuge o conviviente civil, y el recién nacido a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la

asegurada, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado del mismo sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico, la interrupción voluntaria del embarazo por las causales establecidas en el artículo 119 del Código Sanitario y cualquier incapacidad inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido.

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

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

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

C) BENEFICIO AMBULATORIO.

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio.

El contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto. Los gastos son los siguientes:

- i. 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.
- ii. Exámenes de Laboratorio: la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
- iii. Exámenes de Imagenología.
- iv. Exámenes de Radiografías.
- v. Exámenes de Ultrasonografía.
- vi. Exámenes de Medicina Nuclear.
- vii. Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos.

viii. Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS.

Bajo este beneficio la compañía aseguradora proveerá al Asegurado los medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo su vigencia en la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

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

- i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo o productos farmacéuticos que han demostrado mediante estudios científicos que producen el mismo efecto terapéutico que un remedio original y que han sido certificados como tales en el Instituto de Salud Pública de Chile o el organismo que le reemplace en el futuro.
- ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;
- iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;
- iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos, bioequivalentes o no genéricos.

En los casos en que Compañía Aseguradora otorgue cobertura a través de la provisión de los medicamentos:

- a) Ello se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares, las cuales proveerán de los medicamentos a los Asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.
- b) La Compañía Aseguradora no será responsable de la existencia de stock de los medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacias, en cuyo caso el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL.

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. Gastos ambulatorios por consultas de Psiquiatría y/o Psicología. Para los efectos de las prestaciones de Psicología constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

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

ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.

F) BENEFICIOS ESPECIALES.

Bajo este beneficio la compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

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 los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. 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. Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas.

iv. Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.

v. Servicio de Ambulancia Aérea, para conducir al asegurado desde y hacia un hospital según lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

vi. Terapia Ocupacional, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

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

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

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

G) LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

La presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal al momento de otorgarse las prestaciones, se cubrirá el porcentaje de costo o gastos efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el respectivo sistema, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto o del costo efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Igualmente, las Condiciones Particulares podrán establecer porcentajes de bonificación especiales para prestaciones que sean objeto de homologación en el respectivo sistema.

3. En aquellos casos en que las prestaciones asociadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro, se cubrirá el porcentaje del gasto o del costo efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa, o aquellas que la reemplacen, vigente a la fecha de la respectiva prestación. Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES.

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1) CONTRATANTE: El que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las

obligaciones y cargas del contrato. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo en los términos definidos por el artículo 517 del Código de Comercio.

2) ASEGURADOS: Aquellos a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para estos efectos se considerarán como tal a los que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

a. Asegurado Titular: La persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador, o esté vinculado con o por la entidad contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

b. Asegurados Dependientes: pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. Los asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares, podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

3) INCAPACIDAD: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

4) 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 debe 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 consideran 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.

5) ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

6) IMC: Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado.

7) INCAPACIDAD PREEXISTENTE: Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza según corresponda.

8) MEDICO: 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.

9) HOSPITAL: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, con excepción del beneficio de salud mental, y los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

10) PRESTADOR DE SALUD: Son establecimientos médicos públicos o privados y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

11) HOSPITALIZACION: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada e internada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. Para estos efectos se entiende que la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería corresponde a 24 horas contadas desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica.

12) GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital ni la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en los términos descritos en el numeral precedente, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

13) GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo 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, según se especifique en las Condiciones Particulares.

14) CARENCIA: 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 incapacidades y/o embarazos y sus complicaciones, en su caso, ocurridos al asegurado, quedando éstos automáticamente excluidos de esta cobertura respecto del asegurado afectado. La compañía de seguros no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de una incapacidad ocurrida en ese período. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

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

16) FRANQUICIA: Estipulación por la que la compañía aseguradora y asegurado acuerdan que aquél soportará la totalidad del gasto o del costo cuando éste exceda del monto que se hubiere pactado. El monto de la franquicia para cada siniestro será establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

17) BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI): Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las condiciones particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará la bonificación del seguro.

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

18) PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las condiciones particulares de la póliza.

19) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar una incapacidad.

20) PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados por un médico cirujano para tratar una incapacidad.

21) INSUMOS: Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.

22) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición, entre otras, las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distosia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

23) MEDICAMENTO: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

24) EVENTO: Se entiende como todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, cuya duración corresponderá a la vigencia de la Póliza o al plazo que se indique en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 5. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO.

La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos a causa de una o

más incapacidades por un asegurado, por un grupo familiar o por una combinación de éstos.

ARTÍCULO 6. NO DUPLICACION DE BENEFICIOS.

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

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

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

ARTÍCULO 7. PLURALIDAD DE SEGUROS.

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

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

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

ARTÍCULO 8. EXCLUSIONES.

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios.

Se encuentran excluidos de cobertura:

- a) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

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

d) Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

f) Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado

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

i. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N° 3 de este condicionado y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. Una Cirugía Maxilofacial, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

iii. Una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

iv. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

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

vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.

viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

ix. Tratamientos para adelgazar.

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

i. Insumos ambulatorios no utilizados en una cirugía.

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

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

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

v. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

i) Lesión o enfermedad causada por:

- i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
 - v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
 - vi. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
 - vii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.
- k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.
- l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.
- m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares
- o) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- p) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- r) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.
- s) Malformaciones y/o incapacidad congénita.
- t) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

u) Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

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

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

x) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

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

z) Ambulancia aérea.

ARTÍCULO 9. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 8 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/o en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Son obligaciones de los asegurados aquellas señaladas en el artículo 524 del Código de Comercio, en cuanto sean aplicables, y todas aquellas que consten en la póliza.

ARTÍCULO 11. DECLARACION DEL CONTRATANTE E INDISPUTABILIDAD.

Conforme lo dispone el artículo 525 del Código de Comercio, corresponde al asegurado declarar sinceramente por sí o por sus asegurados dependientes todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Con tal objeto el asegurador podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley

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

Si el siniestro no se ha producido, y el contratante o asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador, éste podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes del contratante no revisten alguna de dichas características, 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 diez 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 treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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 de acuerdo al párrafo anterior y, en caso contrario, 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.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, 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.

Conforme lo dispone el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 12. INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS.

Podrán incorporarse a la póliza, nuevos trabajadores con sus dependientes, cónyuge, conviviente civil, hijos u otros, durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación. El contratante deberá notificar e informar a la compañía de seguros dentro de un plazo máximo de 30 días desde la fecha de la contratación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, (cónyuge, conviviente civil o hijos), el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía de seguros dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares. Será necesario acreditar, a satisfacción de la compañía de seguros, la buena salud de las personas, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

Los trabajadores que contratados por la empresa contratante y reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas no hayan ingresado al inicio del seguro, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar, a satisfacción de la compañía de seguros la buena salud. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO 13. PRIMAS.

a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada en la forma y en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para estos efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad

alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro por falta de pago de la prima.

b) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato: Producido el no pago de la prima en la fecha estipulada o al vencimiento del plazo de gracia fijado en la letra anterior se producirá la terminación del contrato. De conformidad a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio, la terminación del contrato se verificará a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

d) Financiamiento de la Prima: De acuerdo al financiamiento de la prima de este seguro se definen dos modalidades, ellas son: 1) Contributorio, es aquella que la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado titular, y 2) No Contributorio, es aquella que la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular.

ARTÍCULO 14. REHABILITACION DE LA POLIZA.

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

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

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

ARTÍCULO 15. AVISO DE SINIESTRO.

En caso que el Asegurado incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, o existiendo el requerimiento de la provisión de un medicamento ambulatorio cubierto por el seguro, éste deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

ARTÍCULO 16. REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO.

Constituye requisito para cualquier reembolso o pago de los gastos médicos por parte de la compañía de seguros:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución o pago se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía de seguros de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas, facturas y prefacturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución u otra entidad de las referidas en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos o la provisión de medicamentos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida a la fecha de adquisición de los medicamentos, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
 - ii. Las recetas médicas tendrán una vigencia máxima de treinta (30) días contados desde su emisión. Con todo, tratándose de recetas a permanencia, se entenderá que éstas tienen una vigencia máxima de ciento ochenta (180) días, por lo que en caso que el tratamiento médico exceda de dicho plazo, será necesario presentar una nueva receta por el nuevo período.
 - iii. Nombre del beneficiario que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
 - iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
 - v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

Con todo, la compañía de seguros queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos o pericias al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso o indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos ni provisión de medicamentos según corresponda.

ARTÍCULO 17. PAGO DE SINIESTRO.

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

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la compañía de seguros, sin perjuicio del derecho del asegurado de solicitar el nombramiento de un liquidador externo en la forma y oportunidad señalada en el D.S. N° 1055 de 2012, de Hacienda, que establece el Reglamento de los Auxiliares del

Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización se efectuará a través de la forma y medios que se pacten con el contratante y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

El reembolso de los gastos se efectuará por la compañía de seguros, cuando corresponda, a nombre del asegurado titular o al contratante del seguro, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el asegurado titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

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. En tal sentido, el asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los Gastos Reembolsables.

ARTÍCULO 18. VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima acordada con el Contratante.

Si en la póliza no se pactara su renovación automática, la Compañía podrá establecer nuevas primas y condiciones de renovación para el siguiente período, en cuyo caso la renovación de la póliza estará condicionada a la aceptación expresa del contratante a las nuevas primas y condiciones de renovación. Las nuevas primas y condiciones serán comunicadas por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días corridos a la fecha de renovación. En caso de aceptación de las condiciones de renovación, el contratante deberá manifestarlo en la forma dispuesta en el artículo 22 de estas condiciones generales.

En caso de pactarse su renovación automática ella se verificará por períodos iguales y sucesivos a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario comunicándolo en la forma establecida en el artículo 22 de estas condiciones generales, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha de vencimiento de la Póliza.

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

ARTÍCULO 19. MANTENCION DE CONTRATO.

La Compañía podrá establecer como requisito mínimo para mantener la vigencia de la póliza el cumplimiento de un porcentaje de adhesión o de un número de asegurados titulares y cargas mínimos que deban mantenerse incorporados al seguro, o conservar una determinada composición etaria de los asegurados titulares y cargas, debiendo dejarse constancia expresa de dicha condición como del porcentaje de adhesión o número mínimo que se exija en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 20. MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL.

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

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

- a) Disminución de los planes de salud de los afiliados en un porcentaje igual o mayor de aquel que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.
- c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.
- d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior 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 21. TERMINACION ANTICIPADA.

A) RESPECTO DEL CONTRATANTE:

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del contratante, en los siguientes casos:

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 13 letra c) precedente.
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 23 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.
- c) Por incumplimiento de los requisitos de mantención del contrato establecidos en el artículo 19 precedente, esto es, en el evento de que durante la vigencia de la póliza no se alcance el porcentaje mínimo de adhesión o el número mínimo de asegurados en los casos que dicho requisito se haya establecido en las condiciones particulares de la póliza.
- d) En caso de verificarse una modificación de la legislación o normativa vigente del sistema de salud previsional público o privado en los términos descritos en el artículo 20 de estas Condiciones Generales, o cuando el contratante no acepte o no de respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en las letras b), c) y d) anteriores, la Compañía,

conforme al Artículo 22 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

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

B) RESPECTO DEL ASEGURADO:

La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubiere, terminarán anticipadamente para un asegurado en particular en los siguientes casos:

- a) En caso de que la póliza fuera contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, cuando el asegurado titular pierda la calidad de trabajador o afiliado de la empresa contratante o servicio de bienestar, según corresponda de acuerdo al procedimiento descrito en las Condiciones Particulares;
- b) A partir de la fecha en que se produzca el vencimiento de la edad máxima de permanencia de los asegurados titulares o dependientes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.
- c) Fallecimiento del asegurado titular, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes;
- d) Cuando el contratante excluya a un asegurado titular de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía de seguros, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes;
- e) Cuando el asegurado a sabiendas presentare reclamaciones de siniestros mediando información sustancialmente falsa en los términos del artículo 539 del Código de Comercio. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- f) Por falta de pago de la prima del asegurado o del contratante en los términos del artículo 13 letra c) de estas Condiciones Generales, caso en el cual también se excluyen sus asegurados dependientes;

En los casos descritos en las letras a), b), c), d) y e) cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros 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 compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular excluido.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 22.

ARTÍCULO 22. COMUNICACIÓN.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a 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 la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas

al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo

ARTÍCULO 23. 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 reajustaran 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 compañía de seguros, dentro de los 30 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 24. ARBITRAJE.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o Tomador, los Asegurados o los Beneficiarios, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, 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 al momento de surgir una disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

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

En las disputas entre el Asegurado y el Asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la Justicia Ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del Beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 25. DOMICILIO.

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 26. CLÁUSULAS ADICIONALES.

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones

contempladas en ellos, provocar el término anticipado del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.