

CLAUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES MEDICAS CON

COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131530

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal. En consecuencia, se registrará por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos:

ARTICULO 1: COBERTURA.

En virtud de este seguro, la Compañía indemnizará los daños cubiertos por la presente cláusula adicional, hasta los límites de monto y porcentajes de reembolso establecidos en sus Condiciones Particulares. Para efectos de esta cláusula adicional, se entenderá por daños cubiertos, aquellos gastos ambulatorios y de hospitalización razonables y acostumbrados, según lo indicado más adelante, que hayan sido efectivamente incurridos por el Asegurado y siempre que se cumplan además los siguientes requisitos copulativos:

- Que la prestación cuyo gasto se solicita indemnizar derive directamente de un Accidente ocurrido o de una Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la presente cobertura;
- Que la prestación cuyo gasto se solicita indemnizar derive directamente de un Accidente ocurrido o de Enfermedad diagnosticada con posterioridad al período de Carencia;
- Que el gasto se produzca dentro de treinta y seis meses corridos contados desde la fecha de emisión del documento más antiguo que sea presentado a la Compañía en el primer envío de gastos relacionado a un determinado Accidente o Enfermedad, que acredite su correspondiente cancelación y sea éste extendido a nombre del Asegurado. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, los gastos provenientes de prestaciones que sean consecuencias y/o complicaciones relacionadas directamente a un mismo Accidente o Enfermedad, así como los que más adelante se originen como consecuencia de éste, deberán también provenir de prestaciones otorgadas dentro del plazo referido precedentemente;
- Que el monto de los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado correspondientes a las prestaciones derivadas del Accidente o Enfermedad, supere el deducible estipulado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo indicado en el artículo 9 de esta cláusula adicional;
- Que el monto total de los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado correspondientes a las prestaciones derivadas del Accidente o Enfermedad, no supere el Monto Máximo de Gastos Reembolsables determinado en las Condiciones Particulares; y
- Que el gasto corresponda a prestaciones derivadas de un Accidente o Enfermedad no excluidos en la presente póliza de seguro.

Los valores de los deducibles, período de carencia y Monto Máximo de Gastos Reembolsables correspondientes a la cobertura que otorga esta cláusula adicional, por su naturaleza, se señalan expresamente en las Condiciones Particulares de ésta.

Podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan, el Asegurado Titular o, en su defecto, quienes acrediten de manera fehaciente haber incurrido efectivamente en dichos gastos.

Los gastos susceptibles de ser reembolsados en virtud de esta cláusula adicional, siempre que cumplan con los requisitos copulativos indicados precedentemente, son los que se detallan a continuación:

(A) GASTOS DE HOSPITALIZACION:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas al Asegurado durante una

Hospitalización, efectuadas o prescritas por un Médico tratante, y que dicen relación con: Atención Privada de Enfermería, Cirugía Dental por Accidente, Día Cama de Hospitalización, Honorarios Médicos, Honorarios Médicos Quirúrgicos, Servicio de Ambulancia y Servicios Hospitalarios. Se entenderá por estos conceptos lo señalado en el Artículo 2 de esta cláusula adicional. Dentro de los Gastos de Hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante una Hospitalización Domiciliaria, según lo indicado en el número 20 del Artículo 2 de esta cláusula adicional.

(B) GASTOS AMBULATORIOS:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de las prestaciones médicas realizadas al Asegurado en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un Médico tratante, que se detallan expresamente a continuación: cirugía ambulatoria, consultas médicas, exámenes de laboratorio, farmacia ambulatoria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, radiografías, radioterapia, quimioterapia y diálisis.

Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria o sin Hospitalización, aquella que implique la permanencia del Asegurado en un Hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas.

Los Gastos de Hospitalización y los Gastos Ambulatorios provenientes de prestaciones médicas realizadas al Asegurado en el extranjero serán susceptibles de ser reembolsados siempre que cumplan los requisitos establecidos en esta cláusula adicional. En este caso, la Compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

ARTICULO 2: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta cláusula adicional las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más Lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de Lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
2. Asegurado: Es toda persona natural que habiendo sido debidamente aceptada como tal por la Compañía le transfiere el riesgo, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta cláusula adicional y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de ésta. Podrán ser Asegurados de esta cláusula adicional un Asegurado titular y además, como Asegurados dependientes, su cónyuge e hijos, sin perjuicio de que en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional se incorporen como Asegurados dependientes personas distintas a éstos.
3. Atención Privada de Enfermería: Es el servicio de enfermería profesional prestado al Asegurado durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama de Hospitalización.
4. Centros de la Red Internacional de Prestadores: Corresponden a los centros o instituciones hospitalarios extranjeros en convenio vigente con la compañía al momento de la solicitud de atención en el extranjero que debe presentar el Asegurado para efectuarse alguna cirugía de alta complejidad médica según lo señalado en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales.

5. Cirugía Dental por Accidente: Es el tratamiento de Lesiones a los dientes naturales del Asegurado provenientes de un Accidente efectuado por un Médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que el tratamiento se realice en un plazo máximo de seis (6) meses siguientes al Accidente. También se entienden cubiertos gastos por reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
6. Compañía: Es la entidad aseguradora cuya cláusula adicional de seguro de vida selecciona el Asegurado tomando de su cuenta el riesgo.
7. Contratante: Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la presente cláusula adicional.
8. Día Cama de Hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización.
9. Edad Actuarial: Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo, ya sea pasado o futuro, que el Asegurado tenga en una determinada fecha.
10. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un Médico legalmente reconocido.
11. Enfermedad Preexistente: Es cualquier Enfermedad, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o situaciones de salud en general que afecten al Asegurado diagnosticada o conocida por el Asegurado o por quien contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de contratación de la presente cobertura.
12. Gastos Ambulatorios: Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria o sin Hospitalización aquella efectuada al Asegurado que implique su permanencia en un Hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas.
13. Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización efectuadas o prescritas por un Médico tratante. Dentro de los Gastos de Hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante una Hospitalización Domiciliaria.
14. 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 Patología 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.
15. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivamente incurrido por el Asegurado de los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 1 de la presente cláusula adicional, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 7 de esta cláusula adicional.
16. Honorarios Médicos: Son los honorarios de todos aquellos profesionales médicos y paramédicos que efectúen prestaciones al Asegurado, distintos de los que digan relación directa con una Operación Quirúrgica.

17. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Son los honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una Operación Quirúrgica al Asegurado.

18. Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, viviendas particulares, sanatorios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.

19. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común y que utilice a lo menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicho establecimiento.

20. Hospitalización Domiciliaria: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona permanece en su domicilio por prescripción expresa del Médico tratante, como parte del tratamiento de una Lesión o Enfermedad y es sometida a prestaciones médicas realizadas por una empresa especializada autorizada por el sistema de salud al cual se encuentre afiliado el Asegurado.

Serán considerados gastos susceptibles de ser reembolsados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante la Hospitalización Domiciliaria a condición que el porcentaje y tope de bonificación por Hospitalización Domiciliaria del sistema de salud al cual éste se encuentre afiliado, sea el mismo otorgado por dicho sistema en caso de Hospitalización. En cualquier otro escenario no existirá cobertura para esta prestación.

21. Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera tratamiento médico.

22. Lesión Preexistente: Es cualquier Lesión que afecte al Asegurado conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la cobertura que otorga esta cláusula adicional.

23. Medicamento: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión o Patología. 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. Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva, si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

25. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se estipula en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, que la Compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los Gastos Reembolsables asociados a un mismo Accidente o Enfermedad, dependiendo de la edad del Asegurado y en los términos y condiciones señalados en esta cláusula adicional, todo lo que, por su naturaleza, se indica en sus Condiciones Particulares. Se entenderá también que los gastos incurridos por el Asegurado en el extranjero a causa de alguna de las cirugías de alta complejidad médica descritas en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales, se incluirán para efectos del cálculo del Monto Máximo de Gastos Reembolsables..

26. Operación Quirúrgica: Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para

tal efecto en un Hospital de acuerdo a lo definido en la ley N° 18.469.

27. Patología: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de una Enfermedad que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Patología y que requiera tratamiento médico.

Para efecto de esta cláusula adicional, todas las Patologías que existan simultáneamente debidas a la misma Enfermedad serán consideradas como relacionadas a ésta.

28. Patología Preexistente: Es cualquier Patología que afecte al Asegurado conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la cobertura que otorga esta cláusula adicional.

29. Servicio de Ambulancia: Es el traslado del Asegurado hasta el lugar de su Hospitalización en un vehículo especialmente acondicionado para tal efecto, sin límite de kilómetros, con un monto máximo, señalado en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

30. Servicios Hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en la definición N°8 precedente, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, Medicamentos y otros gastos suministrados al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de la Lesión o Patología.

ARTICULO 3: COSTO DE LA COBERTURA.

El costo de la cobertura correspondiente a cada Asegurado se determina en base a la Edad Actuarial alcanzada por éstos, por lo que será ajustado automáticamente al momento de renovarse la presente cobertura en los casos en que esto ocurra, de acuerdo a los valores indicados para estos efectos por su naturaleza en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá proponer nuevas condiciones en cuanto a los costos de la cobertura para los Asegurados vigentes para el período siguiente, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 12 siguiente.

ARTICULO 4: CARENIA.

Esta cobertura tiene un período de carencia, el cual se encuentra definido en sus respectivas Condiciones Particulares. La cobertura contenida en la presente cláusula adicional comenzará sólo una vez que haya transcurrido dicho período. En virtud de lo anterior, la Compañía no reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado a causa de una Enfermedad diagnosticada dentro del período de carencia.

El referido período de carencia, será contado desde: (i) la fecha de vigencia inicial de esta cláusula adicional para aquellos Asegurados que sean incorporados a esa fecha; (ii) la fecha de su incorporación, respecto de aquellos Asegurados que se incorporen a esta cláusula adicional con posterioridad; o (iii) la rehabilitación de la cláusula adicional para todos los Asegurados, según corresponda.

La carencia no se aplicará para los gastos incurridos como consecuencia de Lesiones causadas por un Accidente ni tampoco en cada renovación automática de esta cláusula adicional.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por:

(a) Lesiones Preexistentes o Patologías Preexistentes, sus consecuencias y complicaciones;

- (b) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas;
- (c) Hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos;
- (d) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento;
- (e) Cirugía plástica o tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin;
- (f) Tratamientos dentales, ortopédicos, de sobrepeso y de obesidad. Sin embargo, no se excluyen tratamientos por obesidad mórbida, entendiéndose por tal la definición de la Organización Mundial de la Salud vigente al momento del diagnóstico correspondiente;
- (g) Tratamientos secundarios o como consecuencia de cirugías estéticas, con excepción de cirugía reparadora para corregir Lesiones accidentales que ocurran mientras el Asegurado se encuentre amparado por la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional y que dicha circunstancia no haya sido expresamente excluida;
- (h) Tratamientos por adicción, tales como tabaco, drogas y alcohol;
- (i) Lesión, Patología o tratamiento de éstas causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares;
- (j) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) 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;
- (k) Lesión o Patología causada por:
 - (1) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros;
 - (2) Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país;
 - (3) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma;
 - (4) Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad o encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, de acuerdo a la legislación vigente;
 - (5) Participación del Asegurado en actos calificados por ley como delitos;
 - (6) Negligencia, imprudencia o culpa grave en que incurra el Asegurado;
 - (7) Hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados;

(8) Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.

(l) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, incluidos los tratamientos maxilofaciales, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en Cirugía Dental por Accidente descrita en el Artículo 2 de esta cláusula adicional;

(m) Cirugía ocular correctiva, lentes o anteojos ópticos, aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos;

(n) Cualquier tipo de órtesis;

(o) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios distintos de aquellos prescritos al Asegurado por el Médico tratante;

(p) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, Medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una Lesión o Patología;

(q) Atención particular de enfermería fuera del Hospital, a excepción de la contemplada en Hospitalización Domiciliaria definida en el Artículo 2 de esta cláusula adicional;

(r) Gastos incurridos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares;

(s) Lesión o Patología a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales;

(t) Para efectos del reembolso de gastos generados a raíz de la ocurrencia de algún Accidente, no serán reembolsados aquellos que hayan sido originados por la práctica de cualquier deporte objetivamente riesgoso, cuando no haya sido informado a la Compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta cláusula adicional o durante su vigencia. Serán consideradas riesgosas actividades tales como: competencias o ejercitación de tipo federado, de liga o club; equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta, artes marciales u otros del mismo género, y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica;

(u) Práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.172;

(v) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario;

(w) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos;

(x) Parto normal o de resolución quirúrgica programada o anticipada a excepción de las complicaciones del parto y/o cualquier Patología inherente al embarazo que requiera tratamiento médico dentro de un plazo de noventa (90) días corridos posteriores al parto;

(y) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente; u,

(z) Cirugías o Enfermedades derivadas de adicciones o abusos de sustancias tales como alcohol, drogas, tabaco y sus consecuencias.

La Compañía podrá considerar otras exclusiones como resultado de la evaluación de salud o actividades que presente o realice el Asegurado al momento de la contratación de esta cláusula adicional o durante su vigencia según corresponda de acuerdo a lo prescrito en el artículo 526 del Código de Comercio, lo que se hará constar en las Condiciones Particulares de ésta, previa aceptación escrita del Asegurado Titular.

ARTICULO 6: DENUNCIA DE SINIESTRO.

Los interesados en el pago de la indemnización deberán notificar a la Compañía tan pronto como sea posible, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un Gasto Reembolsable, debiendo acreditar la ocurrencia del mismo declarando fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

En caso que el Asegurado incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de la presente cláusula adicional, cualquier persona podrá presentarlo a la Compañía, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición.

Una vez superado el deducible según lo señalado en el artículo 9 de esta cláusula adicional o en caso que éste no se aplique, los Gastos Reembolsables deberán ser presentados a la Compañía dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días contado desde la fecha de emisión del documento que acredite dicho gasto. Transcurrido ese período, cesará la obligación de su reembolso por parte de la Compañía.

La Compañía evaluará los hechos denunciados a objeto de establecer si contractualmente los gastos se encuentran cubiertos por el seguro. Para ello podrá requerir de los interesados en el pago del seguro, los antecedentes que precise.

La liquidación del siniestro se sujetará a las normas impartidas por la Superintendencia de Valores y Seguros referidas a dicha materia.

Constituye requisito para reintegrar cualquier Gasto Reembolsable por parte de la Compañía:

- (a) La entrega oportuna a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con toda la información que en él se indique.
- (b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el Asegurado.
- (c) La entrega a la Compañía de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que acrediten el gasto incurrido y su cancelación. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía los documentos que acrediten el pago o el reembolso de los gastos incurridos por las instituciones o entidades referidas en la letra anterior.
- (d) Que el Asegurado informe a la Compañía cualquier descuento aplicado o por aplicar con posterioridad a los reembolsos o bonificaciones efectuados por las instituciones o entidades referidas en la letra (b) anterior. Si el Asegurado no comunica dichos descuentos a la Compañía, ésta queda liberada de la obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables al Asegurado.

Será obligación del Asegurado proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar, que ha ocurrido un Accidente o que se ha diagnosticado una determinada Enfermedad cubiertos por esta cláusula adicional y determinar su monto. Con el mismo objeto, será obligación del Asegurado autorizar a la Compañía para requerir de sus Médicos tratantes y/o instituciones de salud incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean, someterse a los exámenes y pruebas que la

Compañía solicite. El costo de éstos será de cargo de la Compañía.

El incumplimiento de los requisitos antes mencionados y la presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta cláusula adicional, implicará para el Asegurado la pérdida de los derechos conferidos por ésta, liberando a la Compañía de la obligación de efectuar los reembolsos que habría correspondido bajo esta cláusula adicional, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

ARTICULO 7: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.

Esta cobertura no cubrirá los gastos que deban reintegrar al Asegurado la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar del cual sea socio u otras instituciones similares que otorguen tales beneficios, de manera que el Asegurado deberá obtenerlos en forma previa a requerir la cobertura que otorga esta cláusula adicional, dado que en ningún caso el total de los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen al Asegurado, podrán exceder el monto de los gastos correspondientes a las prestaciones otorgadas.

Aún en caso que el Asegurado tenga contratada con la Compañía más de una póliza que reembolse gastos médicos incurridos, queda expresamente establecido que la Compañía reintegrará sólo una vez el gasto susceptible de ser reembolsado.

Para los efectos de esta cláusula adicional, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente la diferencia entre el monto total de los gastos incurridos por el Asegurado y aquellas sumas que sean restituidas al Asegurado en virtud de coberturas que hubiere contratado con otras instituciones.

El Asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía al momento de contratar esta cláusula adicional, o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de: (i) su afiliación a alguna institución de salud previsional (Isapre, Fonasa u otra institución); (ii) otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas; y (iii) seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente cláusula adicional.

ARTICULO 8: FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La Compañía reintegrará al Asegurado Titular que haya incurrido en los gastos o, en su defecto, quienes acrediten de manera fehaciente haber incurrido efectivamente en ellos, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, en la medida que tales gastos hayan sido presentados a la Compañía oportunamente y excedan el Deducible que se hubiere estipulado aplicar según lo señalado en el Artículo 9 siguiente.

El pago se efectuará en las oficinas principales de la Compañía o en el lugar que ésta determine.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se aplicará por Asegurado y en relación a los gastos derivados de prestaciones relacionadas a un mismo Accidente o Enfermedad.

Para la determinación de los porcentajes de reembolso, la Compañía considerará las siguientes situaciones:

(a) Si el Asegurado obtiene bonificación de un Gasto Reembolsable por parte de la Isapre a la cual se encuentra afiliado, superior a la bonificación que para el mismo gasto incurrido hubiere otorgado Fonasa, la Compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, respecto de la parte no cubierta por la Isapre.

(b) Si el Asegurado obtiene bonificación de un Gasto Reembolsable por parte de un sistema de salud distinto

a Isapre o la bonificación por parte de la Isapre a la cual se encuentra afiliado, es igual o inferior a la bonificación que para la misma prestación hubiere otorgado Fonasa, la Compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, respecto de la parte no cubierta por la institución de salud.

(c) En aquellos casos que no corresponda bonificación al Asegurado por parte de alguna institución de salud, ya sea porque no se encuentre afiliado, las prestaciones reclamadas estén contractualmente excluidas de cobertura o éstas hayan superado el tope de bonificación, la Compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

El pago de los eventuales reintegros de Gastos Reembolsables se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en la presente cláusula adicional.

ARTICULO 9: APLICACION DEL DEDUCIBLE.

Se entenderá por deducible, un monto determinado en las Condiciones Particulares, que será siempre de cargo del Asegurado.

El monto del deducible dependerá del número de meses que, en forma ininterrumpida, hayan transcurrido entre el inicio de vigencia de la cobertura para el Asegurado o la última rehabilitación de esta cláusula adicional y la de emisión del primer documento que sea presentado a la Compañía y extendido a nombre del Asegurado que acredite un gasto incurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.

Para los efectos de establecer los gastos que deben acumularse para la aplicación de cada deducible, serán considerados todos aquellos gastos efectivamente incurridos por el Asegurado provenientes de prestaciones derivadas de un mismo y determinado Accidente, o de una misma y determinada Enfermedad, según corresponda.

Para determinar el momento en que el Asegurado supere el deducible que le corresponda de acuerdo a las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, la Compañía considerará la suma de los gastos que sean presentados dentro de los ciento ochenta (180) días corridos siguientes a la fecha de emisión del primer documento que sea presentado a la Compañía relacionado a un mismo Accidente o Enfermedad y extendido a nombre del asegurado que acredite un gasto incurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional.

Si la suma de los gastos presentados no supera el deducible en el plazo antes mencionado, el Asegurado podrá continuar presentando a la Compañía otros gastos correspondientes a prestaciones derivadas del mismo Accidente o Enfermedad. Sin embargo, la Compañía considerará para efectos de definir el momento en que se supera el deducible, sólo los gastos presentados durante un período móvil de ciento ochenta (180) días corridos anteriores a la última presentación de gastos a la compañía relacionados a un determinado Accidente o Enfermedad.

Sin perjuicio de lo señalado en el Artículo 10 siguiente, no se aplicará deducible a los Gastos Reembolsables en que incurra el Asegurado cuando éstos provengan de prestaciones derivadas de una de las siguientes Operaciones Quirúrgicas o Enfermedades:

(i) Accidente vascular encefálico: Es la Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco, fundamentado y respaldado por una Hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral.

(ii) Cáncer: Para estos efectos, se entiende por cáncer la Enfermedad que se manifiesta por la presencia de

un tejido maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas específicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local con infiltración y/o destrucción directa de tejidos, o metástasis a distancia; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un Médico oncólogo, basado en la historia clínica del Asegurado y confirmado por escrito mediante un diagnóstico histopatológico que certifique la presencia de un cáncer.

(iii) Enfermedades cerebrales (tumores benignos o malformaciones vasculares): Es la Enfermedad originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas), que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo o vecinos a estructuras vitales.

(iv) Enfermedad de las coronarias que requiere cirugía: Es aquella Enfermedad que requiere de la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

(v) Infarto del miocardio: Es la Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una rama de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, el cual por falta de dicha nutrición a la zona, sufre una necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por los siguientes antecedentes:

(a) Hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha Hospitalización;

(b) Dolor de pecho de carácter anginoso;

(c) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma; y,

(d) Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

(vi) Insuficiencia renal crónica: Es la Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis o el trasplante de riñón.

(vii) Trasplante de órganos mayores: Es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo.

El porcentaje de reembolso de los gastos médicos asociados a las Operaciones Quirúrgicas o Enfermedades señaladas en este artículo, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. Dicho porcentaje aumentará para aquellas cirugías de alta complejidad médica descritas en el Artículo 10 siguiente realizadas en el extranjero, siempre y cuando se cumplan los requisitos y se siga el procedimiento señalado en dicho artículo.

ARTICULO 10: COBERTURA DE GASTOS POR CIRUGIA EN EL EXTRANJERO.

La cobertura que otorga esta cláusula adicional, además de lo señalado en el Artículo 1 de estas Condiciones Generales, aumenta el porcentaje de reembolso de los gastos médicos asociados a una cirugía de alta complejidad médica a que deba someterse el Asegurado en el extranjero, relacionados con un Accidente o Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de esta cláusula adicional. Se entiende por cirugía de alta complejidad médica aquella que sea requerida a causa de:

- (i) Accidente vascular encefálico.
- (ii) Cáncer.
- (iii) Enfermedad cerebral (tumores benignos o malformaciones vasculares).
- (iv) Enfermedad de las coronarias.
- (v) Infarto del miocardio.
- (vi) Insuficiencia renal crónica.
- (vii) Trasplante de órganos mayores.

La definición de los conceptos anteriormente enumerados se encuentra en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales. Sin perjuicio de lo señalado en dicho artículo, en relación con las cirugías de alta complejidad médica realizadas en el extranjero respecto de las cuales procede el aumento del porcentaje de reembolso señalado en este Artículo 10, será siempre de cargo del Asegurado el Deducible indicado en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

Sin perjuicio de los demás requisitos contemplados en esta cláusula adicional, el aumento del porcentaje de reembolso que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, aplicará si la cirugía de alta complejidad médica a que deba someterse el Asegurado en el extranjero cumple con los siguientes requisitos copulativos:

- (i) Se realice en uno de los Centros de la Red Internacional de Prestadores;
- (ii) Haya sido autorizada por escrito por la compañía; y,
- (iii) Los gastos sean originados por una cirugía de alta complejidad médica cubierta por esta cláusula adicional.

Para los efectos de esta cláusula adicional, se considerarán como cubiertos, y por lo tanto aumentará el porcentaje de reembolso, únicamente respecto de los gastos médicos provenientes de los siguientes servicios, tratamientos y procedimientos relacionados con la cirugía de alta complejidad médica realizada en el extranjero:

(a) Internación en el Centro de la Red Internacional de Prestadores autorizado por la compañía, incluyendo los gastos por concepto de habitación, comidas y servicio general de enfermería durante la permanencia del Asegurado en una habitación privada, semi-privada, sala, pabellón, unidad de cuidados intensivos o intermedios. Los gastos médicos cubiertos por la permanencia diaria del Asegurado en la unidad de cuidados intensivos o intermedios estarán limitados a tres veces la cantidad que se hubiera pagado por su permanencia diaria en una habitación privada. Se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica y los servicios de cualquier clase proporcionados a un pariente cercano, acompañante o asistente.

(b) Honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en la cirugía efectuada al Asegurado.

(c) Visitas médicas en el Centro de la Red Internacional de Prestadores efectuadas al Asegurado mientras permanezca en el mismo. Se cubrirán sólo dos visitas diarias mientras dure la permanencia del Asegurado en dicho centro, entendiéndose como visita médica la visita personal hecha al Asegurado por el Médico tratante en el Centro de la Red Internacional de Prestadores. Se consideran cubiertas las interconsultas realizadas por otros profesionales médicos al Asegurado relacionadas directamente con la cirugía de alta complejidad médica realizada al Asegurado.

(d) Exámenes radiológicos con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética, cámara gama y otros exámenes requeridos en relación con la cirugía siempre que sean realizados en el Centro de la Red Internacional de Prestadores.

(e) Oxígeno y su administración.

(f) Drogas, insumos y medicinas que prescriba el Médico tratante para la cirugía.

(g) Ablación y traslado de órganos y tejidos, incluyendo lo siguiente:

(1) Servicios prestados durante el proceso de remoción, preservación y transporte de un órgano o tejido de un donante fallecido que se intenta trasplantar al Asegurado.

(2) Servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o de tejido al Asegurado, incurridos por:

(i) Investigación de donantes potenciales.

(ii) Servicios prestados al donante en el Centro de la Red Internacional de Prestadores por concepto de habitación privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del Centro de la Red Internacional de Prestadores, pruebas de laboratorio y uso de equipos, insumos, drogas, medicinas y otros servicios hospitalarios, siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar, a excepción de los artículos de uso personal que no sean de índole médica.

(iii) Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante que se intenta trasplantar al Asegurado.

(h) Cultivo de la médula ósea, por servicios y materiales suministrados por el cultivo de médula ósea, en relación con un trasplante de tejido practicado al Asegurado.

Todos los gastos médicos no cubiertos en virtud de lo señalado en este artículo pero que tengan cobertura de acuerdo a lo señalado en el Artículo 1 precedente, serán reembolsados en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

ARTICULO 11: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.

Para la contratación de esta cláusula adicional, la Compañía deberá consultar al Asegurado Titular acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado Titular, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.

Dado lo anterior, el Asegurado Titular deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias relativas a su condición de salud, trabajo y actividades como también la de los Asegurados Dependientes que pudieren influir en la apreciación de los riesgos y responder los cuestionarios que la Compañía le presente describiendo las Lesiones Preexistentes o Patologías Preexistentes y las actividades que realicen y someterse a los exámenes médicos que les sean requeridos. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía.

Se deja constancia que el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este artículo por el Asegurado Titular en relación con los Asegurados Dependientes, lo realiza en carácter de agente oficioso.

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

(30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la Compañía quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo indicado precedentemente y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre el costo de cobertura pactado y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si la Compañía, antes de la contratación de la presente cláusula adicional, 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.

ARTICULO 12: VIGENCIA DE LA CLAUSULA ADICIONAL Y RENOVACIONES.

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

Su renovación será automática al final del período por períodos iguales y sucesivos de un año, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de una carta cuyo envío sea debidamente certificado, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de esta cláusula adicional. Sin embargo, en caso que la Compañía decida no renovar esta cláusula adicional para algún Asegurado, la Compañía mantendrá su obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables originados por prestaciones derivadas de un Accidente o Enfermedad ocurrido con anterioridad a la fecha de término de esta cláusula adicional, hasta alcanzar el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o cumplirse el plazo máximo de treinta y seis meses corridos contados desde la fecha de emisión del documento más antiguo que haya sido presentado a la Compañía en el primer envío de gastos relacionado al mismo Accidente o Enfermedad, lo que ocurra primero.

En cada renovación anual de esta cláusula adicional, la Compañía podrá proponer nuevas condiciones en cuanto a los costos de la cobertura para los Asegurados vigentes para el período siguiente. Los nuevos costos de la cobertura serán comunicados por escrito al Contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de la renovación, cuya aceptación expresa por escrito provocará la renovación de esta cláusula adicional de acuerdo a las nuevas condiciones.

ARTICULO 13: TERMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA.

Esta cláusula adicional sólo será válida y regirá mientras la póliza principal esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

1. Término anticipado respecto de un Asegurado dependiente: la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional terminará anticipadamente respecto de un Asegurado Dependiente en particular, en los siguientes casos:

(a) Por término anticipado de la cobertura que otorga esta cláusula adicional para algún Asegurado dependiente. En este caso, el término anticipado sólo afecta a dicho Asegurado; o,

(b) A partir de la fecha en que algún Asegurado dependiente cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, o por su fallecimiento.

En los casos antes mencionados cesará toda responsabilidad de la Compañía y ésta no tendrá obligación alguna de otorgar la presente cobertura al Asegurado respecto del cual se pone término anticipado a esta cláusula adicional.

2. Término anticipado de la cláusula adicional: la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional terminará anticipadamente respecto de todos los Asegurados en los siguientes casos:

- (a) Por término anticipado de la cobertura que otorga esta cláusula adicional para el Asegurado Titular. En este caso, cesará toda responsabilidad de la Compañía tanto para con el Asegurado titular como respecto de todos los Asegurados dependientes a contar de la fecha en que se haga efectivo el término anticipado;
- (b) Por término de la póliza principal, sea anticipado o no;
- (c) A partir de la fecha en que el Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional; o,
- (d) En caso que la Compañía decida ponerle término de acuerdo a lo indicado en el inciso cuarto del Artículo 11 de estas Condiciones Generales;

En caso de producirse el término del contrato de seguro por la causa señalada en el número 2 letra (d) de este Artículo 13, el contrato de seguro expirará en un plazo de treinta (30) días desde que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante.

Terminada la vigencia de la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional, anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía sobre los riesgos que asume.

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía reembolsará los gastos correspondientes a prestaciones derivadas de Accidentes o Enfermedades, incurridos con posterioridad al término anticipado de la presente cobertura, siempre que estos gastos correspondan a prestaciones derivadas de Accidentes o Enfermedades respecto de las cuales se hayan presentado Gastos Reembolsables dentro del período de cobertura. De todas maneras, dichos gastos solamente serán reembolsables por la compañía dentro del período de treinta y seis meses indicado en el artículo 1 precedente.

El eventual pago de costo de cobertura después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a solicitar el reintegro de Gastos Reembolsables incurridos con posterioridad a la fecha de término de la misma. En tal caso sólo se generará la obligación de la Compañía de devolver el costo de cobertura recibido por este concepto, sin responsabilidad posterior.