

CLAUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES MEDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD209179

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

ARTICULO 1: COBERTURA.

La compañía reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado a causa de un Evento, en los términos y condiciones establecidos en esta cláusula adicional.

Tanto la definición de Evento como su duración máxima se detallan en el Artículo 2 de esta cláusula adicional. Asimismo, los valores de los Deducibles, porcentajes de reembolso, 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.

El Asegurado Titular o, en su defecto, los herederos legales de éste, podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones médicas en que incurra el Asegurado durante el período en que se encuentre amparado por esta cláusula adicional.

Los gastos susceptibles de ser reembolsados en virtud de esta cláusula adicional 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, relacionadas con un mismo Evento 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 19 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 relacionadas con un mismo Evento, 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 digan relación con un Evento y 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, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta cláusula adicional y puede ser:

(a) Asegurado Titular: Es la persona que habiendo solicitado su incorporación, ha sido aceptada por la compañía, tiene la calidad de Asegurado principal de la póliza y se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. El Asegurado Titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta cláusula adicional hasta cumplir los setenta (70) años de edad.

(b) Asegurado Dependiente:

(i) El cónyuge hasta cumplir los setenta (70) años de edad y los hijos solteros desde los quince (15) días de nacidos hasta cumplir los dieciocho (18) años de edad, que habiéndose solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

(ii) Los hijos solteros desde los dieciocho (18) años y hasta cumplir los veinticuatro (24) años de edad, siempre y cuando sean estudiantes de tiempo completo en un establecimiento educacional reconocido por el Estado, acreditados mediante el correspondiente certificado de alumno regular, que habiéndose solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

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. Carencia: Corresponde al período durante el cual el Asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta cláusula adicional. Este período se diferencia según la causa que origine el Evento y se indica en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. Durante la Carencia, la compañía no estará obligada a reembolsar gastos incurridos a causa de una Patología diagnosticada o en estudio de diagnóstico. La aplicación de la Carencia se detalla en el Artículo 4 de la presente cláusula.

5. Cirugía Dental por Accidente: Es el tratamiento de Lesiones a los dientes naturales del Asegurado provenientes de un Accidente asociado a un Evento y 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 cubierto por esta cláusula adicional. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

6. Deducible: Es el monto de los gastos en que incurra el Asegurado a consecuencia de algún Evento cubierto por esta cláusula adicional que será siempre de cargo de dicho Asegurado y cuyo monto para cada Evento, por su naturaleza, se establece en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. La aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 9 de la presente cláusula.

7. Día Cama de Hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización.

8. Edad Actuarial: Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo, ya sea pasado o futuro, que el Asegurado tenga en una determinada fecha.

9. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un Médico legalmente reconocido.

10. Evento o Siniestro: Es la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico confirmado de una Enfermedad que origina gastos por las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente al diagnóstico principal y también los que más adelante se originen como consecuencia de tal Accidente o Enfermedad.

La duración máxima del Evento será de treinta y seis (36) meses contados desde la fecha que se verifique primero: (i) la del aviso por escrito a la compañía de la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico confirmado de una Enfermedad; o (ii) 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.

Las prestaciones serán cubiertas por la compañía a condición que: (i) se produzcan dentro del período de duración del Evento señalado anteriormente; (ii) sean originadas por un Evento ocurrido con posterioridad al período de Carencia y durante la vigencia de esta cláusula adicional; (iii) el costo de las prestaciones supere el Deducible estipulado en las

Condiciones Particulares de esta cláusula adicional; y (iv) el total de los gastos no supere el Monto Máximo de Gastos Reembolsables.

11. 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.

12. 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.

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 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.

14. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización asociados a un Evento que, habiendo superado el Deducible, son susceptibles de ser reembolsados en virtud de lo dispuesto en esta cláusula adicional por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 7 de esta cláusula adicional.

15. 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.

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

17. 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, 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

Para efecto de esta cláusula adicional, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo Evento.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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 la póliza, que la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los Gastos Reembolsables correspondientes a cada Evento, 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. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de esta cláusula adicional.

25. 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.

26. 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 parte del mismo Evento.

27. 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.

28. 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 y sin tope de Eventos, con un monto máximo por Evento, señalado en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional.

29. Servicios Hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en la definición N°7 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 cada Asegurado y, por su naturaleza, se detalla en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional. El costo de la cobertura será ajustado automáticamente en la oportunidad que aumente la Edad Actuarial de los Asegurados.

La compañía podrá modificar el costo de la cobertura al momento de la renovación de esta cláusula adicional, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 siguiente.

ARTICULO 4: CARENCIA.

La cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional tendrá el período de Carencia indicado en sus Condiciones Particulares, 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 póliza para todos los Asegurados, según corresponda.

La compañía no reintegrará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, los gastos incurridos por el Asegurado a causa de un Evento que se verifique dentro del período de Carencia.

La Carencia no se aplicará para las 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 de la ocurrencia del Evento;
- (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;
- (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 en relación con el Evento;

(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) 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) Operaciones Quirúrgicas 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, lo que se hará constar en las Condiciones Particulares de ésta, previa aceptación escrita del Asegurado Titular.

ARTICULO 6: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y REQUISITOS PARA SU PAGO.

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, 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.

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 Evento cubierto 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.

La cobertura otorgada por esta cláusula adicional 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, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490 u otras instituciones similares que otorguen tales coberturas. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas con las instituciones antes mencionadas, es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta cláusula adicional. Asimismo, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta cláusula adicional, podrán duplicar los reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones antes mencionadas.

Aún en caso que el Asegurado tenga contratada con la compañía más de una póliza que reembolse gastos médicos incurridos a causa de un Evento, 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, a los herederos legales de éste en partes iguales, 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 dentro del plazo de duración del Evento y excedan el Deducible que se hubiere estipulado aplicar para cada Evento según lo señalado en el Artículo 9 siguiente.

Presentados los documentos que acrediten los gastos incurridos por el Asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en el numeral 10 del Artículo 2 precedente, efectuará el pago de los Gastos Reembolsables. El pago de estos últimos 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 por cada Evento que ocurra durante la vigencia de esta cláusula adicional, con una duración máxima del Evento de treinta y seis (36) meses. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el plazo de duración antes señalado, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento denunciado.

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.

El Deducible será el monto estipulado en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional y 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 que se verifique primero de las siguientes fechas: (i) la del aviso a la compañía de la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico confirmado de una Enfermedad; o (ii) 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 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 que se verifique primero: (i) la del aviso a la compañía de la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico confirmado de una Enfermedad; o (ii) 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.

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 al mismo Evento. 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 hasta la duración máxima del Evento.

No se aplicará Deducible alguno a los Gastos Reembolsables en que incurra el Asegurado cuando la Lesión o Patología cubierta por esta cláusula adicional sea consecuencia de una de las siguientes Operaciones Quirúrgicas o Enfermedades:

(i) 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.

(ii) 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.

(iii) 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.

(iv) 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.

(v) 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.

(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.

ARTICULO 10: DECLARACION 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 para dar cumplimiento a lo exigido por la normativa vigente.

Toda información falsa, reticente o errónea proporcionada por el Asegurado Titular al momento de la contratación de esta cláusula adicional o durante la vigencia de ésta, que pudiese tener relevancia en la apreciación y magnitud de los riesgos, libera a la compañía de la obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables y la faculta para poner término inmediato a la cobertura que otorga esta cláusula adicional.

ARTICULO 11: 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 a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de una carta certificada, 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 un Evento 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 duración del Evento, lo que ocurra primero.

En cada renovación anual de esta cláusula adicional, la compañía podrá establecer nuevos 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 cuarenta y cinco (45) días a la fecha de la renovación y deberán ser pagados hasta el vencimiento del nuevo período.

En caso de haber comunicado un cambio en las condiciones de renovación, sólo se entenderá renovada esta cláusula adicional por un nuevo período, si los nuevos costos de la cobertura informados son pagados por el contratante en la oportunidad que corresponda de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Si los nuevos costos de la cobertura no son pagados en su totalidad en la oportunidad correspondiente, se entenderá no renovada esta cláusula adicional, terminando la responsabilidad de la compañía en la fecha de vencimiento de la cobertura efectivamente pagada.

ARTICULO 12: 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 el Artículo 2 N°2 letra (b) 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 reintegrar gastos en que hubiere incurrido el Asegurado, respecto del cual se pone término anticipado a esta cláusula adicional, en un Evento ocurrido con posterioridad a la fecha en que se haga efectivo dicho término.

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 el Artículo 2 N°2 letra (a) de esta cláusula adicional; o,
 - (d) Cuando el Asegurado Titular hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí o los Asegurados Dependientes al momento de la contratación o durante la vigencia de esta cláusula adicional que pudiere tener relevancia en la apreciación y magnitud de los riesgos o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, engañosas o apoyadas en declaraciones falsas, liberando a la compañía de la obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables y la faculta para poner término inmediato a la cobertura que otorga esta cláusula adicional.

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 y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los Eventos ocurridos con posterioridad a esa fecha.

El eventual pago del costo de la cobertura después de haber quedado sin efecto la cobertura, no dará derecho, en ningún caso, a solicitar el reintegro de gastos generados por un Evento. En tal caso sólo se generará la obligación de la compañía de devolver el costo de la cobertura recibido por este concepto, sin responsabilidad posterior.