

POLIZA COLECTIVA COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131719

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía de seguros, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, reembolsará o pagará directamente al prestador de salud, en adelante también llamados los pagos, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, incurridos por el Asegurado en el territorio de la República de Chile, durante su vigencia en este contrato de seguro, siempre que se hayan originado por una enfermedad, dolencia o situación de salud, diagnosticada u ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro. Los Gastos Médicos en el extranjero se rigen por lo establecido en la letra G del artículo 3 de estas Condiciones Generales.

Los reembolsos o los pagos directos de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados se efectuarán de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso, establecidos para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y que se detallan expresamente en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

La compañía reembolsará o pagará los gastos antes señalados, siempre que se cumplan conjuntamente las siguientes condiciones:

- a) El asegurado haya incurrido en estos gastos durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro;
- b) El asegurado haya incurrido en estos gastos durante su vigencia en este contrato de seguro y con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) Estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales;
- d) Estos gastos superen el Deducible según lo señalado en el Artículo 18 de estas Condiciones Generales;
- e) Estos gastos superen la Franquicia establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y definido el Artículo 29, numeral 16 de estas Condiciones Generales;
- f) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, y definido en el Artículo 29, numeral 21 de estas Condiciones Generales.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se aplicará a cada Asegurado durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos realizados a un asegurado alcanza al Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro, el asegurado no tendrá derecho a reembolso alguno por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez todo gasto que se origine con posterioridad al término del contrato de seguro no será reembolsado o pagado por la compañía.

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

Este contrato de seguro no cubrirá aquella parte de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, que deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar al Asegurado, la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por el asegurado. En consecuencia, bajo ninguna circunstancia los reembolsos o los pagos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de este contrato de seguro, podrán duplicar los reintegros, aportes, bonificaciones y reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones o seguros antes mencionados.

ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas de este contrato de seguro, son las siguientes:

- A. COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN
- B. COBERTURA DE GASTOS DE HOSPITALIZACION POR EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO PARA UNA ASEGURADA TITULAR O UNA ASEGURADA DEPENDIENTE CONYUGE
- C. COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIO
- D. COBERTURA DE GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
- E. COBERTURA DE GASTOS SALUD MENTAL
- F. COBERTURA DE GASTOS ADICIONALES
- G. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO

El contratante podrá contratar una o más de estas Coberturas, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto incluido en estas Coberturas.

A. COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACION

La compañía aseguradora reembolsará o pagará los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso definidos para cada gasto incluido en esta Cobertura y que se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura, a consecuencia de una Hospitalización.

Se entiende por Hospitalización aquella definida en el artículo 29, numeral 9). El contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada Gasto.

Los Gastos son los siguientes:

- i. Día Cama de Hospitalización: Gasto diario por servicios de habitación, alimentación y atención general de

enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Este Gasto no incluye Día Cama en unidades de Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios.

ii. Servicios Hospitalarios: Gasto por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento de cuidado intensivo, coronario o intermedio, exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, 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 Enfermedad, dolencia o situación de salud.

iii. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una Operación o procedimiento Quirúrgico hospitalizado al Asegurado.

iv. Honorarios Médicos: Honorarios de aquellos profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales de la salud, que efectúen atenciones médicas al Asegurado, conforme a lo prescrito por el Médico tratante, distintos de los Honorarios Médicos Quirúrgicos durante su estadía como paciente hospitalizado.

v. Cirugía Dental por Accidente: Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al asegurado por lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuados por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

vi. Atención Privada de Enfermería: Servicio de enfermería profesional prestado al Asegurado durante su Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama de Hospitalización.

vii. Servicio de Ambulancia Terrestre: Servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital.

B. COBERTURA DE GASTOS DE HOSPITALIZACION POR EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO PARA UNA ASEGURADA TITULAR O UNA ASEGURADA DEPENDIENTE CONYUGE

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará o pagará los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos por la asegurada titular o una asegurada dependiente cónyuge y por el recién nacido, provenientes de una hospitalización a consecuencia de un embarazo, parto y nacimiento, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la asegurada que se aplica, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsual, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales.

En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se indicarán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolsos, para cada uno de los siguientes ítems:

- a) Parto normal;
- b) Cesárea;
- c) Aborto involuntario;
- d) Complicaciones del embarazo;
- e) Complicaciones del parto.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsados bajo esta cobertura, son aquellos señalados en los puntos i, ii, iii y iv de la letra A) Reembolso Gastos por Hospitalización, los cuales se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso señalados para cada ítem incluido en esta Cobertura y detallados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

C. COBERTURA DE DE GASTOS AMBULATORIOS

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso señalados para cada Gasto incluido en esta Cobertura y que se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, a consecuencia de una atención médica ambulatoria.

Se entenderá por atención médica ambulatoria aquella efectuada o prescrita por un médico tratante al asegurado y que no requiera de su Hospitalización.

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

Los Gastos son los siguientes:

- i. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al Médico en un lugar determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras este último evalúa al paciente, entrega su opinión profesional y recomienda el tratamiento a seguir.
- ii. Exámenes de Laboratorio: La exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
- iii. Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.
- iv. Procedimientos de diagnóstico, no quirúrgicos.
- v. Procedimientos terapéuticos, no quirúrgicos.
- vi. Cirugía Ambulatoria: Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al asegurado en forma ambulatoria.

D. COBERTURA DE GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

La compañía aseguradora reembolsará los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado por concepto de medicamentos ambulatorios y recetados por su médico tratante, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso establecidos para cada una de las categorías de medicamentos definidas para esta cobertura, que deberán quedar indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los gastos por medicamentos ambulatorios susceptibles de ser reembolsados serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de su vigencia en este contrato de seguro, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante.

Bajo esta cobertura se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Las categorías de medicamentos son las siguientes:

i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo o productos farmacéuticos que han demostrado mediante estudios científicos que producen el mismo efecto terapéutico que un remedio original y que han sido certificados como tales en el Instituto de Salud Pública de Chile o el organismo que le reemplace en el futuro;

ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;

iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;

iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos, bioequivalentes o no genéricos.

E. COBERTURA DE GASTOS SALUD MENTAL

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos por el asegurado, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, al recibir atención médica, procedimientos o tratamiento médico asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso establecidos para esta cobertura en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los gastos que contempla esta cobertura son los siguientes, los que sólo se contratan en forma conjunta:

i. Gastos Ambulatorios por atenciones médicas de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;

ii. Gastos por Medicamentos psiquiátricos ambulatorios prescritos por un médico psiquiatra, a menos que se haya contratado la cobertura de la letra D), Reembolso Gastos Medicamentos Ambulatorios, caso en el cual se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios definidas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

iii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro médico hospitalario que la otorgue.

F. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS ADICIONALES:

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados, que se indican expresamente bajo esta cobertura, incurridos por el asegurado en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales.

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

Los Gastos son los siguientes:

- i. Gastos por Servicio de ambulancia aérea para conducir al asegurado desde y hacia un hospital.
- ii. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual (V.D.T).
- iii. Gastos por Cirugía Ocular Lasik, la que comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los eventos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 5 dioptrías. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Para que un asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lasik debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.
- iv. Gastos por Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física. Se excluyen de esta cobertura los gastos por prótesis maxilofacial, como también los gastos por implantes cocleares.

G. COBERTURA DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados señalados en la letra A) Reembolso Gastos por Hospitalización y letra C) Reembolso Gastos Ambulatorios de este mismo artículo, incurridos por el asegurado en el extranjero, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso definidos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 4: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que puedan establecerse en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, el presente contrato de seguro contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
- b) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

c) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo exigido como cobertura del sistema previsional de salud del asegurado indicado en las Condiciones Particulares, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

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

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CARENANCIA

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, contado desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 20 (Incorporación de Asegurados y Vigencia de la Cobertura Individual) de estas Condiciones Generales, según corresponda.

La compañía no reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado durante el periodo de carencia, originados a causa de una enfermedad, dolencia o situación de salud.

ARTÍCULO 6: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del contrato de seguro, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 7: ASEGURADOS

Se consideran asegurados para efectos de esta póliza, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a su disposición o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 8: EXCLUSIONES

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa una enfermedad, dolencia o situación de salud.

Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los Gastos susceptibles de ser reembolsados, señalados en el artículo 3 de estas Condiciones Generales, cuando ellos provengan o se originen por:

- a) Enfermedades o Dolencias Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, en el proceso de contratación del seguro o de incorporación de un Asegurado, según sea el caso, la compañía aseguradora estará obligada a preguntar al Asegurado acerca de todas aquellas situaciones o Enfermedades Preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares de la póliza se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurado, y haberlo consentido éste mediante declaración especial firmada, la que formará parte integrante de la póliza.
- b) Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y tratamientos por enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas.
- c) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y Maternidad en general.
- d) Curas de reposo, hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- e) Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta póliza.
- f) Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.
- g) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias. Tratamientos médicos causados por la ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión. Tratamientos médicos causados por hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos voluntarios.
- h) Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.
- i) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:
 - i. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a 40 u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - ii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
 - iii. Cirugía ocular correctiva (Cirugía Lásik) para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.

- iv. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.
 - v. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.
 - vi. Tratamientos para adelgazar, por sobrepeso o por obesidad.
- j) Dolencia, enfermedad o situación de salud causada por:
- i. Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. 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.
 - iii. 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.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.
 - v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
 - vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear y sus consecuencias.
 - vii. Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - viii. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- k) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.
- l) Lentes o anteojos ópticos y de contacto. Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.
- m) Prótesis, órtesis, miembros artificiales y el suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- n) Tratamientos, visitas o consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

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

i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.

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

iii. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

iv. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

p) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera de un Hospital.

q) Gastos incurridos por acompañantes mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

r) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

s) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.

t) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

u) Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

v) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

w) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

x) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

Las exclusiones precedentes, relativas a determinados gastos, no tendrán aplicación, cuando los términos, porcentajes, límites y toques de reembolso de dichos gastos médicos se encuentren expresamente establecidos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 9: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del asegurado son las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
4. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
5. Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
6. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 10: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

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

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

La aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 24, o en otras formas convenidas y expresadas así en las condiciones particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 11: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro

colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 12: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO

Sin perjuicio de las obligaciones del asegurador, el contratante del seguro colectivo deberá informar al asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

La compañía no será responsable en caso de reticencia, omisión o falsa declaración del riesgo, del interés o de la materia asegurada o en el evento del incumplimiento de alguna condición de asegurabilidad, detectados al liquidar un siniestro, salvo que hubieran sido conocidas por el asegurador antes del siniestro.

ARTÍCULO 13: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de este contrato de seguro serán los asegurados titulares por aquellos gastos médicos incurridos por ellos mismos, como también por los gastos médicos incurridos por sus asegurados dependientes.

En el caso que corresponda efectuar un reembolso al asegurado titular y éste haya fallecido, el pago de dicho reembolso será efectuado al asegurado cónyuge, o a falta de este, a sus herederos legales. En cualquiera de los casos, la compañía aseguradora se libera de cualquier responsabilidad o reclamo posterior por dicho pago.

ARTÍCULO 14: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

a) Pago de Primas: El contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, mensualmente en forma anticipada o dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) Efecto del No pago de la prima: La falta de pago de la prima, una vez expirado el plazo de gracia, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 24 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al contratante, y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

c) Plazo de Gracia. Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente.

ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS

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

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita.

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

ARTÍCULO 16: REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS

El asegurado deberá entregar a la compañía los siguientes antecedentes necesarios para acreditar el monto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados:

- a) Formulario proporcionado por la compañía con toda la información que en él se indique, suscrito por el asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.
- b) Declaración del asegurado respecto a su afiliación a alguna institución previsional, pública o privada, que contemple algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados, o de cualquier otra institución que otorgue iguales beneficios o coberturas médicas, como también otros seguros que cubran la totalidad o parte de los gastos cubiertos por la presente póliza.
- c) 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 den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos.
 - ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a treinta (30) días de la fecha de aviso de siniestro.
 - iii. Nombre del beneficiario que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el

médico que prescribe.

iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.

v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar el gasto y determinar el monto del Gasto Reembolsable. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos, para establecer el origen de los Gastos Reembolsables. El asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los Gastos Reembolsables.

En el evento que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 17: CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES

Para los efectos de este contrato de seguro, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los gastos efectivamente incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de una enfermedad, dolencia o situación de salud y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el último párrafo del artículo 2 de estas Condiciones Generales.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente 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 esta póliza, efectuará el reembolso o pago directo de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso, establecidos para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y que se detallan expresamente en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

El pago de este reembolso de gastos se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía y ponga a disposición del asegurado o sus herederos legales.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables que se indica en Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se aplicará por Asegurado durante su vigencia en este contrato de seguro. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en el artículo 4 de estas Condiciones Generales.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

En caso que los gastos cuya cobertura se esté solicitando, se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que

exista a la fecha de pago, conforme al procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 18: APLICACION DEL DEDUCIBLE

El Deducible será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La aplicación del Deducible, se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por este contrato de seguro, 2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el monto determinado conforme al número anterior y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

ARTÍCULO 19: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

ARTÍCULO 20: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo desde la fecha de inicio de vigencia indicada en este artículo o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 21: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro, y sus cláusulas adicionales si las hubiera terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 14 precedente;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 27 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 24 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la

Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

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

ARTÍCULO 22: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un asegurado titular, en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado titular ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 14 precedente;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 10 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un asegurado dependiente, en los siguientes casos:

- a) Por todas las causas de término anticipado del contrato de seguro respecto del asegurado titular;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 14 precedente;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 10 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 23: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva.

Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto.

El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 24: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 25: SOLUCION DE CONFLICTOS

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

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

En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las siguientes facultades:

- 1) Admitir, a petición de parte, además de los medios probatorios establecidos en el Código de Procedimiento Civil, cualquier otra clase de prueba.
- 2) Decretar de oficio, en cualquier estado del juicio, las diligencias probatorias que estime convenientes, con citación de las partes.
- 3) Llamar a las partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto, sin que ello implique prejuzgamiento en cuanto al asunto principal controvertido.

4) Apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.

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

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 26: IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia del contrato de seguro y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía.

ARTÍCULO 27: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía de seguros, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 28: DOMICILIO

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

ARTÍCULO 29: DEFINICIONES

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

1) Contratante: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

2) Asegurados: Se consideran asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que habiéndose solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

a. Asegurado Titular. La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante.

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

c. Asegurados. Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

4) Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como Accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se consideran como Accidentes los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

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

6) Enfermedad o Dolencia Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

7) 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.

8) Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

9) Hospitalización: es aquella 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 pernocte a lo menos una noche en el Hospital y utilice un día completo de servicio de habitación, servicio de alimentación y atención general de enfermería.

10) Gastos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una enfermedad, dolencia o situación de salud que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

11) Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

12) Carencia: Corresponde al período durante el cual el asegurado paga prima, pero no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Durante el período de carencia, el Asegurado no tiene derecho a percibir reembolsos por Gastos de Hospitalización ni por Gastos Ambulatorios que otorga esta póliza, derivados de una enfermedad o accidente.

13) Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la póliza que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 17 y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 18, ambos de estas Condiciones Generales. El Deducible se aplicara por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

14) Periodo de acumulación: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

15) Deducible por solicitud de reembolso: Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 13) del presente artículo.

16) Franquicia: Es el monto mínimo de los gastos médicos en que será necesario que incurra el asegurado a consecuencia de una prestación médica para que tenga derecho a la cobertura que otorga esta póliza. Para los efectos de determinar el monto mínimo de los gastos médicos se considerarán en forma individual cada uno de los documentos que den cuenta de los gastos médicos incurridos. Excedido dicho monto, la compañía considerará el monto total del gasto médico para el reembolso de acuerdo a la cobertura contratada, sin perjuicio de la aplicación del deducible o deducible por solicitud de reembolso que corresponda. El monto de la franquicia se establecerá en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

18) Cirugía ambulatoria: Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin necesidad de ser hospitalizado o, de requerir ser hospitalizado.

19) Solicitud de reembolso de gasto médico: Corresponde a la petición reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

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

21) Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.

22) Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

23) Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios y Gastos de Hospitalización asociados a una enfermedad o accidente, que son susceptibles de ser reembolsables en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el numeral 21 de este Artículo.

24) 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.

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.

26) Cuadro de Coberturas: Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga la póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.

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

28) Complicaciones del parto: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras.

ARTÍCULO 30: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el artículo 517 del Código de Comercio.