

## **POLIZA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131720

### **ARTICULO 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 el Beneficiario.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía al Asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza genera derechos y obligaciones tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante 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 Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

### **ARTICULO 2: COBERTURA.**

En virtud de este seguro, la Compañía reembolsará o pagará directamente al prestador de salud, en adelante también llamados como los pagos, los daños cubiertos por la presente póliza, hasta los límites de monto y porcentajes de reembolso establecidos en sus Condiciones Particulares.

Para efectos de esta póliza, se entenderá por daños cubiertos, aquellos gastos ambulatorios y de hospitalización razonables y acostumbrados, según lo indicado más adelante, que hayan sido efectivamente incurridos por el Asegurado y siempre que se cumplan además los siguientes requisitos copulativos:

- Que la prestación cuyo gasto se solicita reembolsar o pagar derive directamente de un Accidente ocurrido o de una Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de la presente cobertura;
- Que el gasto se produzca dentro del periodo de vigencia estipulado en las Condiciones Particulares. Para efectos del otorgamiento de esta cobertura, los gastos provenientes de prestaciones que sean consecuencias y/o complicaciones relacionadas directamente a un mismo Accidente o Enfermedad, así como los que más adelante se originen como consecuencia de éste, deberán también provenir de prestaciones otorgadas dentro del plazo referido precedentemente;
- Que el monto de los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado correspondientes a las prestaciones derivadas del Accidente o Enfermedad, supere el deducible estipulado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo indicado en el artículo 9 de esta póliza;
- Que el monto total de los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado correspondientes a las prestaciones derivadas del Accidente o Enfermedad, no supere el Monto Máximo de Gastos Reembolsables determinado en las Condiciones Particulares; y
- Que el gasto corresponda a prestaciones derivadas de un Accidente o Enfermedad no excluidos en la presente póliza de seguro.

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

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.

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

**1. GASTOS DE HOSPITALIZACION:** Gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación.

a. Día Cama Hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al Asegurado durante su hospitalización.

b. Servicios Hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

c. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al Asegurado.

d. Cirugía Dental por Accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e. Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por un médico tratante.

f. Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Km.

**2. GASTOS AMBULATORIOS:** Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

a. Cirugía Ambulatoria.

b. Consultas Médicas.

c. Exámenes de Laboratorio.

d. Radiografías.

### **ARTICULO 3: DEFINICIONES.**

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

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado,

ocasionándole una o más Lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de Lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

2. Asegurado: Es toda persona natural que habiendo sido debidamente aceptada como tal por la Compañía le transfiere el riesgo, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta Póliza y se encuentra individualizada en las Condiciones Particulares de ésta. Podrán ser Asegurados de esta Póliza un Asegurado titular y además, como Asegurados dependientes:

a. El cónyuge y los hijos solteros mayores de catorce (14) días y hasta los dieciocho (18) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la Compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

b. Los hijos solteros mayores de dieciocho (18) años y hasta los veinticuatro (24) años, siempre y cuando sean estudiantes de tiempo completo en un establecimiento educacional legalmente constituido, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la Compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

3. Compañía: Es la entidad aseguradora.

4. Contratante: Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

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

6. Enfermedad o Dolencia Preexistente: Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación de la presente cobertura.

7. Gastos Ambulatorios: Son los gastos incurridos por el Asegurado en forma ambulatoria o sin Hospitalización que implique su permanencia en un Hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas.

8. Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización efectuadas o prescritas por un Médico tratante.

9. 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.

10. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivamente incurrido por el Asegurado de los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 2 de la

presente Póliza, en los términos y condiciones señalados en el artículo 7 de esta Póliza.

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

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

13. Lesión: 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.

14. 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.

15. 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.

16. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se estipula en las Condiciones Particulares de esta Póliza, que la Compañía reembolsará al Asegurado por los Gastos Reembolsables asociados a un mismo Accidente o Enfermedad, dependiendo de la edad del Asegurado y en los términos y condiciones señalados en esta póliza, todo lo que, por su naturaleza, se indica en sus Condiciones Particulares.

17. 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.

18. Prima: Es la retribución o precio del seguro y en este caso corresponde a la suma de dinero que el Contratante se compromete a pagar a la Compañía. Su monto, periodicidad y forma de pago se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### **ARTICULO 4: EXCLUSIONES.**

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

- (a) Enfermedades o Dolencias Preexistentes, sus consecuencias y complicaciones;
- (b) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas;
- (c) Hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos;
- (d) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento;

(e) Cirugía plástica o tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin;

(f) Tratamientos dentales, ortopédicos, de sobrepeso y de obesidad. Sin embargo, no se excluyen tratamientos por obesidad mórbida, entendiéndose por tal la definición de la Organización Mundial de la Salud vigente al momento del diagnóstico correspondiente;

(g) Tratamientos secundarios o como consecuencia de cirugías estéticas, con excepción de cirugía reparadora para corregir lesiones accidentales que ocurran mientras el Asegurado se encuentre amparado por la cobertura otorgada en virtud de esta póliza y que dicha circunstancia no haya sido expresamente excluida;

(h) Tratamientos por adicción, tales como tabaco, drogas y alcohol;

(i) Enfermedades o Dolencias 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) Enfermedad o Dolencia 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. 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;

V. Participación del Asegurado en actos calificados por ley como delitos;

VI. Negligencia, imprudencia o culpa grave en que incurra el Asegurado;

VII. Hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados;

VIII. 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 póliza;

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

(n) Cualquier tipo de órtesis;

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

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

(q) Atención particular de enfermería fuera del Hospital;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ARTICULO 5: 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.

#### **ARTICULO 6: DECLARACIONES DEL ASEGURADO.**

Para la contratación de esta póliza, 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.

Convenido el contrato de seguro sin que la Compañía 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 Contratante y/o el Asegurado según corresponda, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, la Compañía podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la Prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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

Estas sanciones no se aplicarán si la Compañía, antes de la contratación de la presente póliza, 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 Compañía 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 14, o en otras formas convenidas y expresadas así en las Condiciones Particulares de esta póliza.

#### **ARTICULO 7: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.**

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

Para los efectos de esta póliza, 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 póliza, o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de: (i) su afiliación a alguna institución de salud previsual (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 Póliza.

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

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

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

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

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

(a) Si el Asegurado obtiene bonificación de un Gasto Reembolsable por parte de la Isapre a la cual se encuentra afiliado, superior a la bonificación que para el mismo gasto incurrido hubiere otorgado Fonasa, la Compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza, 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 póliza, 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 póliza.

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 póliza.

#### **ARTICULO 9: APLICACION DEL DEDUCIBLE.**

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

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

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

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

#### **ARTICULO 10: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.**

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

Si alguna de las partes manifiesta su opinión en contrario de la renovación de esta póliza debe ser a través de una carta cuyo envío sea debidamente certificado, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de esta póliza.

#### **ARTICULO 11: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.**

La Prima será pagada en la forma y lugares señalados por la Compañía, de acuerdo a la periodicidad escogida por el Contratante que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la Prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

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.

Si el Contratante incurre en mora o simple retardo en el pago de la Prima, después de transcurrido el Plazo de Gracia, se producirá el término del contrato de seguro después de quince (15) días desde que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante.

#### **ARTICULO 12: TERMINACION.**

Esta póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha de término de vigencia de la póliza señalada en sus Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, de acuerdo a lo establecido en las presentes Condiciones Generales;
- b) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo

11 precedente;

c) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 13 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte un cambio de moneda o unidad del contrato.

En caso de producirse el término del contrato de seguro por la causa señalada en el número 3 la letra (c) de este artículo 12, el contrato de seguro expirará en un plazo de quince (30) días después de que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante, liberándose la Compañía de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza una vez que ésta haya terminado.

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura individual quedará sin efecto:

1. Respecto de un Asegurado Titular:

- a) Cuando el Contratante informe que el Asegurado Titular ya no es parte del grupo asegurado;
- b) Por fallecimiento;
- c) 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;
- d) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;
- e) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 6 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 5 de estas Condiciones Generales;
- f) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

2. Respecto de un Asegurado Dependiente:

- 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 11 precedente;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 6 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 5 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

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

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

### **ARTICULO 13: MONEDA DEL CONTRATO.**

Todos los valores de este contrato se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se considerará para el pago de las Primas e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad 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 dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la Póliza, conforme lo establecido en el artículo 12 de estas Condiciones Generales.

#### **ARTICULO 14: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante y/o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante o Asegurado haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncia de siniestro si procede.

#### **ARTICULO 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.

Una vez superado el deducible según lo señalado en el artículo 9 de esta Póliza 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.

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

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

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

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

- a) La entrega oportuna a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con toda la información que en él se indique.
- b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el Asegurado.
- c) La entrega a la Compañía de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que acrediten el gasto incurrido y su cancelación. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía los documentos que acrediten el pago o el reembolso de los gastos incurridos por

las instituciones o entidades referidas en la letra anterior.

d) Que el Asegurado informe a la Compañía cualquier descuento aplicado o por aplicar con posterioridad a los reembolsos o bonificaciones efectuados por las instituciones o entidades referidas en la letra (b) anterior. Si el Asegurado no comunica dichos descuentos a la Compañía, ésta queda liberada de la obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables al Asegurado.

Será obligación del Asegurado proporcionar a la Compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar, que ha ocurrido un Accidente o que se ha diagnosticado una determinada Enfermedad cubiertos por esta póliza 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 Póliza, 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 Póliza, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

#### **ARTICULO 16: SOLUCION DE CONFLICTOS.**

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado o el Contratante, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia 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, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando mismo 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 las disputas entre el Asegurado y la Compañía 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solos 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 lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

#### **ARTICULO 17: DOMICILIO.**

Para todos los efectos derivados del presente contrato de seguro las partes fijan como domicilio especial el que se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

#### **ARTICULO 18: CLAUSULAS 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 de la Póliza.