

PÓLIZA DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130583

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.

ARTICULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.

La compañía reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado a causa de un evento, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza.

Tanto la definición de evento como su duración máxima se detallan en el Artículo 3 de esta póliza. Asimismo, los valores de los deducibles, porcentajes de reembolso, carencia 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.

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

Los gastos susceptibles de ser reembolsados en virtud de esta póliza son los que se detallan a continuación:

(A) GASTOS DE HOSPITALIZACION:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas al asegurado durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, relacionadas con un mismo evento y que dicen relación con: atención privada de enfermería, cirugía dental por accidente, día cama de hospitalización, honorarios médicos, honorarios médicos quirúrgicos, servicio de ambulancia y servicios hospitalarios. Se entenderá por hospitalización, lo señalado en el número 21 del Artículo 3 de esta póliza. Dentro de los gastos de hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el asegurado durante una hospitalización domiciliaria, según lo indicado en el número 22 del Artículo 3 de esta póliza.

(B) GASTOS AMBULATORIOS:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de las prestaciones médicas realizadas al asegurado sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, relacionadas con un mismo evento, que se detallan expresamente a continuación: cirugía ambulatoria, consultas médicas, exámenes de laboratorio, farmacia ambulatoria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, radiografías, radioterapia, quimioterapia y diálisis.

(C) GASTOS EXTRANJERO

Los gastos de hospitalización y los gastos ambulatorios provenientes de prestaciones médicas realizadas al

asegurado en el extranjero serán susceptibles de ser reembolsados, siempre que digan relación con un evento y cumplan los requisitos establecidos en las Condiciones Particulares. En este caso, la compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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 a satisfacción de la compañía, 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: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para efectos de esta póliza se entiende por asegurado a toda persona natural que, habiendo sido debidamente aceptada como tal por la compañía, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta póliza y puede ser:

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

El asegurado titular será el contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

(b) Asegurado Dependiente:

El cónyuge y los hijos del asegurado titular de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza y aquellos asegurados dependientes que eventualmente se detallen en las Condiciones Particulares. Los asegurados dependientes podrán permanecer amparados por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad señalada en las Condiciones Particulares, o hasta que el asegurado titular cumpla la edad señalada en las condiciones particulares.

•3. Atención Privada de Enfermería: Es el servicio de enfermería prestado al asegurado durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante, adicional al contemplado en la definición de día cama de hospitalización.

•4. Carencia: Corresponde al período durante el cual el asegurado paga prima, pero no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Este período se diferencia según la causa que origine el evento y se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza. Durante la carencia, la compañía no estará obligada a reembolsar gastos incurridos a causa de una enfermedad diagnosticada o en estudio de diagnóstico. La aplicación de la carencia se detalla en el Artículo 7 de esta póliza.

•5. Cirugía Dental por Accidente: Es el tratamiento de lesiones a los dientes naturales del asegurado

provenientes de un accidente asociado a un evento y efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que el tratamiento se realice en un plazo máximo de seis (6) meses siguientes al accidente cubierto por esta póliza. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

•6. Contratante: El que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Para efectos de esta póliza se entiende por Contratante a la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

•7. Deducible: La estipulación por la que Asegurador y Asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Para efectos de esta póliza es el monto de los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de algún evento cubierto por esta póliza que será siempre de cargo de dicho asegurado y cuyo monto para cada evento, por su naturaleza, se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza. La aplicación del deducible se detalla en el Artículo 12 de esta póliza.

•8. Día Cama de Hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al asegurado durante su hospitalización.

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

•10. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico legalmente reconocido, en los términos definidos en el punto 26.

•11. Enfermedad Preexistente: Es cualquier enfermedad, dolencias o situaciones de salud

diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza, según corresponda.

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

La duración máxima del evento será aquella indicada en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha efectiva de ocurrencia del mismo. Lo anterior se aplica con independencia de la vigencia de la póliza, salvo que ésta termine por hecho o culpa del contratante.

Las prestaciones serán cubiertas por la compañía a condición que: (i) se produzcan dentro del período de duración del evento señalado anteriormente; (ii) sean originadas por un evento ocurrido con posterioridad al período de carencia; (iii) el costo de las prestaciones supere el deducible estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza; y (iv) el total de los gastos no supere el monto máximo de gastos reembolsables.

Si el siniestro se iniciare por un evento ocurrido durante la vigencia del seguro y continuare después de expirado, el asegurador responderá del importe íntegro de los daños, mientras dure el evento de conformidad a la extensión y límites señalados en las Condiciones Particulares

•13. Fecha efectiva del evento: Es la fecha de ocurrencia de un accidente o de diagnóstico de una enfermedad.

•14. Gastos Ambulatorios: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas sin hospitalización.

•15. Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al asegurado durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante. Dentro de los gastos de hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el asegurado durante una hospitalización domiciliaria.

•16. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. Se deberá considerar además: (i) que sean 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.

•17. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los gastos ambulatorios y/o gastos de hospitalización asociados a un evento que, habiendo superado el deducible, son susceptibles de ser reembolsados en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir gastos médicos razonables y acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 10 de esta póliza.

•18. Honorarios Médicos: Son los honorarios de todos aquellos profesionales médicos y paramédicos que efectúen prestaciones al asegurado, distintos de los que digan relación directa con una operación quirúrgica.

•19. Honorarios Médico-Quirúrgicos: Son los honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una operación quirúrgica al asegurado.

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

•21. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente hospitalizado en un centro de salud, de acuerdo a la práctica común utilizada por dichos centros, por prescripción médica.

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

Serán considerados gastos susceptibles de ser reembolsados aquellos gastos en que incurra el asegurado durante la hospitalización domiciliaria a condición que sean cubiertos por el sistema de salud al cual éste se encuentre afiliado.

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

Para efecto de esta póliza, todas las lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo accidente serán consideradas como parte del mismo evento.

•24. Lesión Preexistente: Es cualquier lesión que afecte al asegurado, sea conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza, según corresponda.

•25. 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 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.

•26. 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 prescripción o gasto médico se produjo fuera de Chile.

•27. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado o contratante de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los gastos incurridos correspondientes a cada evento, 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. El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza.

•28. 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.

•29. Prima: Es la suma de dinero expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente

autorizada y que se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza, que el contratante se compromete a pagar a la compañía como contraprestación a la cobertura que se otorga en virtud de esta póliza.

•30. Servicio de Ambulancia: Es el traslado del asegurado en un vehículo terrestre especialmente acondicionado para tal efecto, de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

•31. Servicios Hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la definición N°8 precedente, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad.

ARTICULO 4: EXCLUSIONES.

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

(a) Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia o situación que afecte al asegurado y que sea conocida o haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de la contratación o incorporación de esta póliza, según corresponda. La Compañía deberá preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades que puedan importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones o limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el asegurable.

(b) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas.

(c) Enfermedades psicológicas y psiquiátricas;

(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.

(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;

(h) Tratamientos por adicción, tales como tabaco, drogas y alcohol; consecuencias, secuelas y complicaciones.

(i) Operaciones quirúrgicas o enfermedades derivadas de adicciones o abusos de sustancias tales como alcohol, drogas, tabaco y sus consecuencias

(j) Lesión, enfermedad o tratamiento de éstas causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares;

(k) 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;

(l) Lesión o enfermedad causada por:

(1) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros;

(2) Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país;

(3) Participación activa del asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma;

(4) Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad o encontrarse el asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas o alucinógenos, de acuerdo a la legislación vigente;

(5) Participación del asegurado en actos calificados por ley como delitos;

(6) Realización o participación en acto temerario.

(7) Negligencia, imprudencia o culpa grave en que incurra el asegurado;

(8) Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados;

(9) Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.

(m) 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 3 de esta póliza;

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

(o) Cualquier tipo de órtesis;

(p) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios distintos de aquellos prescritos al asegurado por el médico tratante en relación con el evento;

(q) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una lesión o enfermedad;

(r) Atención particular de enfermería fuera del hospital, a excepción de la contemplada en hospitalización Domiciliaria definida en el Artículo 3 de esta póliza;

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

(t) Lesión o enfermedad a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales;

(u) 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 de tipo federado, de liga o club; tales como: 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;

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

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

(x) Gastos del embarazo y del parto, tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos;

(y) Lesiones o enfermedades sufridas por el recién nacido como consecuencia de complicaciones del parto.

(z) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas; u,

La compañía podrá considerar otras exclusiones como resultado de la evaluación de salud o actividades que presente o realice el asegurado al momento de la contratación de esta póliza o durante su vigencia, lo que se hará constar en las Condiciones Particulares de ésta, previa aceptación escrita del contratante.

ARTICULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio que le sean atingentes en consideración al tipo de seguro de que se trate.

En especial, el asegurado estará obligado a:

1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2º Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

3º Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4º Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

5° No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526.

Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador 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.

De conformidad a lo establecido en los arts. 525 y 539 del Código de Comercio, si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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

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

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información

sustancialmente falsa al prestar la declaración para que la Compañía pueda apreciar la extensión de los riegos, y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal.

ARTICULO 7: CARENANCIA.

La cobertura otorgada en virtud de esta póliza tendrá el período de carencia indicado en sus Condiciones Particulares, contado desde: (i) la fecha de vigencia inicial de esta póliza para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; (ii) la fecha de su incorporación, respecto de aquellos asegurados que se incorporen a esta póliza con posterioridad a la fecha de vigencia inicial de la misma.

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

La carencia no se aplicará para las lesiones causadas por un accidente ni tampoco en cada renovación automática de esta póliza.

ARTÍCULO 8: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

La prima será pagada en la oficina principal de la Compañía o en los lugares que ésta designe, en la forma y periodicidad establecida 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.

La prima de este seguro se determina en base a la edad actuarial alcanzada por cada asegurado y, por su naturaleza, se detalla en las Condiciones Particulares de esta póliza. La prima será ajustada automáticamente en la oportunidad que aumente la edad actuarial de los asegurados.

La incorporación, eliminación y modificación de los asegurados dependientes puede modificar la prima según lo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para el pago de la prima se podrá considerar un período de gracia, el que será indicado en las Condiciones Particulares.

La falta de pago de la prima producirá la terminación de contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTICULO 9: DENUNCIA DE SINIESTROS.

En caso que el asegurado, a causa de un evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de la presente póliza, cualquier persona podrá dar aviso del siniestro a la compañía, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, considerando el plazo definido en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de emisión del documento que de cuenta

del gasto de cargo del asegurado, en caso de haber más de un documento se considerará la fecha del más antiguo.

Constituye requisito para reembolsar cualquier gasto 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 a satisfacción de ésta, que ha ocurrido un evento cubierto 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 10: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.

La cobertura otorgada por esta póliza no cubrirá los gastos que deban reintegrar al asegurado la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar del cual sea socio, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490 u otras instituciones similares que otorguen tales coberturas. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas con las instituciones antes mencionadas, es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta póliza. Asimismo, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta póliza, podrán duplicar los reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones antes mencionadas.

Aún en caso que el asegurado tenga contratada con la compañía más de una póliza que reembolse gastos médicos incurridos a causa de un evento, queda expresamente establecido que la compañía reintegrará sólo una vez el gasto susceptible de ser reembolsado.

Para los efectos de esta 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 previsional (Isapre, Fonasa u otra institución); (ii) otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas; y (iii) seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza.

ATICULO 11: FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reintegrará al asegurado titular o contratante, según corresponda, que haya incurrido en los gastos o, en su defecto, a los herederos legales de éste, los gastos reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de esta póliza, vigente a la fecha efectiva del evento, en la medida que tales gastos hayan sido presentados a la compañía dentro del plazo de duración del evento y excedan el deducible que se hubiere estipulado aplicar para cada evento según lo señalado en el Artículo 12 siguiente.

Presentados los documentos que acrediten los gastos incurridos por el asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente, efectuará el pago de los gastos reembolsables. El pago de estos últimos se efectuará en las oficinas principales de la compañía o en el lugar que ésta determine.

El monto máximo de gastos reembolsables se aplicará por asegurado o por grupo familiar, de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares, y por cada evento que ocurra durante la vigencia de esta póliza. Una vez alcanzado el monto máximo de gastos reembolsables o vencido el plazo de duración del evento, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el asegurado en relación con el evento denunciado.

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

(a) Si el asegurado obtiene bonificación de un gasto reembolsable por parte de Fonasa, Isapre u otra institución de salud, a la cual se encuentra afiliado, la compañía reembolsará 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.

(b) 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, éstas hayan superado el tope de bonificación, u otra causa, la compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

(c) En caso de existir primas impagas, la compañía rebajará de los gastos reembolsables el monto de las primas adeudadas a la fecha de pago.

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 12: APLICACION DEL DEDUCIBLE.

El deducible será el monto estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza y dependerá del número de meses que, en forma ininterrumpida, hayan transcurrido entre el inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado y la fecha efectiva del evento.

Para los efectos de establecer el momento en que el asegurado supere el deducible que le corresponda de acuerdo a las Condiciones Particulares de esta póliza, la compañía considerará la suma de los gastos que sean presentados dentro del período establecido en las Condiciones Particulares, que comenzará a computarse desde la fecha del documento de pago que acredite el gasto, en caso de existir más de uno, del más antiguo.

ARTICULO 13: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y RENOVACIONES.

Esta póliza tendrá una duración según se detalla en las Condiciones Particulares, contado desde su fecha de vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada enviada a la otra, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha en que se quiera poner término a esta póliza. En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Sin embargo, en caso que la compañía decida no renovar esta póliza, mantendrá su obligación de reintegrar los gastos reembolsables originados por un evento ocurrido con anterioridad a la fecha de término de esta póliza, hasta alcanzar el monto máximo de gastos reembolsables o cumplirse el plazo máximo de duración del evento, lo que ocurra primero.

ARTICULO 14: TERMINACIÓN

• 1. DE LA COBERTURA.

La cobertura que otorga esta póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

(a) A partir de la fecha en que algún asegurado dependiente cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares o por fallecimiento. En este caso se aplicará el término de cobertura sólo respecto del asegurado dependiente a quien afecta la causal y se rebajará la parte de la prima

correspondiente ese asegurado.

(b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares o por su fallecimiento.

(c) Por término de la póliza, de acuerdo a lo indicado en el número siguiente.

• 2. TERMINO ANTICIPADO DE LA POLIZA.

(a) Cuando el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, de conformidad a lo establecido en el artículo 6 de estas Condiciones Generales.

(b) Por no pago de la prima de acuerdo al monto y por el plazo señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, de conformidad a lo establecido en el artículo 8 de esta póliza..

Terminada la vigencia de esta póliza o la cobertura otorgada, según sea el caso, cesará toda responsabilidad de la compañía sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los eventos ocurridos con posterioridad a esa fecha.

El eventual pago de la prima correspondiente a esta póliza después de haber quedado sin efecto ésta, no

dará derecho, en ningún caso, a solicitar el reembolso de gastos generados por un evento. En tal caso dicha prima será devuelta en los términos establecidos por la compañía.

ARTICULO 15: MODIFICACIONES DE LA POLIZA.

El Contratante podrá solicitar las modificaciones de la póliza en los términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 16: REHABILITACIÓN.

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares.

A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la compañía.

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

ARTÍCULO 17º: INDISPUTABILIDAD

De conformidad a lo establecido en el artículo N°592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, su rehabilitación o desde el último aumento de capital asegurado, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas

ARTÍCULO 18º: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 19º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, incluido el envío de la misma, sus endosos, copias o cualquier documento relacionado, deberá efectuarse por escrito, mediante carta certificada, correo electrónico debidamente autorizado u otro medio fehaciente. En caso de carta certificada ésta debe ser dirigida al domicilio de la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante o asegurado, en el caso que corresponda, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. En caso de correo electrónico, éste deberá ser enviado a aquel que haya indicado el asegurado en la propuesta u otro documento integrante del contrato o en documento posterior en que reemplace dicha información.

ARTÍCULO 20º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

De conformidad a lo establecido en el art. 543 del Código de Comercio, 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.

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 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 21º: DOMICILIO

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

ARTÍCULO 22º: 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 de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.