

## PÓLIZA DE PRESTACIONES MÉDICAS

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240120

### 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 el beneficiario.

### ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.

La Compañía reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado a causa de un evento, de acuerdo a lo definido en el artículo N° 3 numeral 12, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza.

La duración máxima del evento, los valores de los deducibles, porcentajes de reembolso, período de carencia, monto máximo de gastos reembolsables correspondientes a la cobertura que otorga esta póliza, y otras estipulaciones que por su naturaleza correspondan, se señalan expresamente en las Condiciones Particulares de ésta.

El contratante podrá 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 correspondientes a: 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 24 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 25 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, medicamentos ambulatorios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, radiografías, radioterapia, quimioterapia y diálisis.

### (C) GASTOS INCURRIDOS EN EL 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 de residencia, plazo de permanencia en el extranjero y demás que por su naturaleza estén establecidos en las Condiciones Particulares. En este caso, la Compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

### ARTÍCULO 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 máxima de permanencia 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, conviviente civil, padres, hijo o grupo familiar del asegurado titular,

que habiendo solicitado su incorporación, han sido aceptados por la Compañía, y se encuentran individualizados en las Condiciones Particulares, y aquellos asegurados dependientes que eventualmente se detallan en las Condiciones Particulares. Los asegurados dependientes podrán permanecer amparados por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares, o hasta que el asegurado titular cumpla la edad máxima de permanencia señalada en las condiciones particulares, lo que ocurra primero.

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: La carencia se entiende como un periodo de tiempo en el cual el asegurado no recibirá todo o parte de la cobertura prevista en esta póliza, y la Compañía, por su parte, no ganará la prima por aquella cobertura no otorgada. Cualquier evento que se produzca durante el período de carencia, quedará exento de cobertura durante toda la vigencia de la póliza. Las condiciones y plazo de esta carencia se encontrarán detallados en las Condiciones Particulares.

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.

Esta póliza contempla un plazo máximo dentro del cual el asegurado deberá incurrir en gastos, susceptibles de ser reembolsados conforme a esta póliza, que superen el monto del deducible para cada evento.

En caso de que no se acredite a satisfacción de la Compañía que se ha incurrido en gastos susceptibles de ser reembolsados conforme a esta póliza que superen el monto del deducible en el plazo máximo establecido para tal efecto, se perderá el derecho a reembolso por el evento que corresponda.

El monto del deducible para cada evento, el plazo máximo en que el asegurado debe incurrir en gastos que superen dicho monto para tener derecho a la cobertura de esta póliza, y demás condiciones y requisitos aplicables, se establecen en las Condiciones Particulares.

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 29 de este artículo.

11. Enfermedad Preexistente: Es cualquier enfermedad, dolencia 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.

La Compañía no impondrá condiciones más onerosas, exclusiones, restricciones o discriminaciones de ningún tipo a quien haya sufrido una patología oncológica cuando hayan transcurrido más de 5 años (60 meses) desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

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, asociadas directamente a tales situaciones y también las consecuencias y complicaciones posteriores 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 de este, que corresponde a la fecha de ocurrencia de un accidente o diagnóstico de una enfermedad.

La duración del evento se prolongará por el plazo indicado en las Condiciones Particulares, con independencia a la vigencia de la póliza, salvo que ésta haya sido terminada anticipadamente por falta de pago de prima, por renuncia del contratante, o por cualquier otro hecho imputable al contratante.

Transcurrido el periodo máximo del evento establecido en las condiciones particulares, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza en relación a dicho evento.

Las prestaciones serán cubiertas por la Compañía a condición de que: (i) se produzcan dentro del período de duración del evento señalado en las Condiciones Particulares; (ii) sean originadas por un evento ocurrido con posterioridad al período de carencia; (iii) los gastos susceptibles de ser reembolsados conforme a esta póliza superen el deducible estipulado en las Condiciones Particulares dentro del plazo máximo indicado en las mismas para tales efectos

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza

13. Pagador: Aquel que efectúa el pago de la prima.

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

15. Finalización del Tratamiento Radical: El momento en que se ha completado la última fase del tratamiento curativo (no preventivo ni paliativo) del cáncer al que se hubiesen sometido potenciales asegurados.

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

17. Gasto Efectivamente Incurrido: Es el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas que deban ser reembolsadas por el sistema de salud previsional al que se encuentre afiliado y por otras instituciones que otorguen coberturas similares a los de esta póliza. El uso de las coberturas contratadas con las instituciones antes mencionadas es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga la presente póliza.

En ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta póliza, podrán duplicar los reembolsos efectuados por otras instituciones. Aún en caso de que el asegurado tenga contratada con la Compañía aseguradora más de una póliza que reembolse gastos médicos incurridos a causa de un evento, queda expresamente establecido que se reintegrará sólo una vez el gasto susceptible de ser reembolsado.

18. 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.

19. 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 con el nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país.

20. Gastos Médicos Reembolsables: Corresponden a la acumulación de los gastos médicos asociados a un mismo evento que sean razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos, que superen el deducible

fijado en las condiciones particulares en los términos indicados en el número 7 de este artículo.

21. 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.

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

23. 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.

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

25. 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 de que sean cubiertos por el sistema de salud al cual éste se encuentre afiliado.

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

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

28. 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.

29. 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 con 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.

30. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la Compañía reembolsará al contratante de acuerdo con lo señalado en las condiciones particulares por los gastos médicos efectivamente incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

31. 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 con lo definido en la Ley.

32. 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.

33. Prótesis: Las prótesis son artefactos mecánicos, electrónicos, bioelectrónicos, simples o complejos que tienen un aparato principal que debe ser ensamblado para funcionar como reemplazo definitivo, de un órgano, o extremidad.

Para efectos de la definición de prótesis, se considerará la clasificación conceptual previa, realizada por el sistema previsional de salud del asegurado.

34. Recaída: Se entiende como la reaparición del cáncer primario, después de que se haya finalizado su tratamiento y no se hayan detectado células cancerígenas. Puede aparecer en el mismo sitio del cáncer primario o en alguna otra parte del cuerpo. También se conoce como cáncer recidivante o recurrente.

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

36. Servicios Hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la definición

Nº8 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.

37. Valor de la prestación: Corresponde al monto que un prestador de salud establece por la realización de un determinado procedimiento médico o examen de diagnóstico.

#### ARTÍCULO 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. No es obligatoria la declaración de patologías oncológicas, respecto de las cuales hayan transcurrido cinco años (60 meses) desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. La Compañía no impondrá condiciones más onerosas, exclusiones, restricciones o discriminaciones de ningún tipo a quien haya sufrido una patología oncológica cuando hayan transcurrido más de 5 años (60 meses) desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

(b) Enfermedades, padecimientos, malformaciones o condiciones congénitas.

(c) Enfermedades psicológicas y/o 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 y tratamientos secundarios o como consecuencia de cirugías estéticas, con excepción de cirugía reparadora para corregir lesiones accidentales y/o enfermedades que ocurran mientras el asegurado se encuentre amparado por la cobertura otorgada en virtud de esta póliza;

(f) Tratamientos para el sobrepeso y la obesidad como, consultas médicas con nutricionistas y/o nutriólogo, balón gástrico, bypass gástrico, manga gástrica o cualquier otro procedimiento quirúrgico o terapéutico para la obesidad y sobrepeso;

(g) Exámenes y tratamientos dentales de todo tipo, extracciones, obturaciones, tratamientos de conducto, urgencias dentales, implantes y todo tratamiento dental en general;

(h) Exoesqueletos, rehabilitación ortopédica por fisiatras, terapias ocupacionales;



- (i) Tratamientos por adicción, tales como tabaco, drogas y alcohol; consecuencias, secuelas y complicaciones, así como también 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 con 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) Tratamientos y cirugías maxilofaciales, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en cirugía dental por accidente 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 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, salto bungee, 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, Gastos del parto y complicaciones de ellos, tratamientos de esterilidad o fertilidad y sus complicaciones;

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

(z) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas;

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.

## ARTÍCULO 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;

4° 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 contratante del seguro 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.

#### ARTÍCULO 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 con el 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 riesgos, 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.

#### ARTÍCULO 7: CARENCIA.

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.

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

La prima será pagada 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 según se detalla en las Condiciones Particulares.

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 del 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.

## ARTÍCULO 9: DENUNCIA DE SINIESTROS.

En caso de 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 con 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 dé cuenta del gasto de cargo del asegurado. En caso de haber más de un documento se considerará la fecha del más antiguo.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la Compañía, liberando a la compañía aseguradora del pago del beneficio que habría correspondido.

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 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. Los documentos aportados en la denuncia de siniestro son de exclusiva responsabilidad de quien los emite y tienen la validez jurídica correspondiente.

(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. La Compañía reembolsará de acuerdo con cómo clasifique la prestación la institución previsional de salud a la que se encuentre afiliado, aplicando los porcentajes y topes definidos en las Condiciones Particulares.

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, determinar su monto, y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite. El costo de los exámenes y pruebas solicitados por la Compañía, serán de cargo de ésta. Con el mismo objeto, el asegurado podrá 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.

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.

#### ARTÍCULO 10: FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La Compañía reintegrará al contratante, o en su defecto, a los herederos legales de éste, los gastos susceptibles de ser reembolsados, 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 11 siguiente.

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. La Compañía reembolsará de acuerdo con cómo clasifique la prestación la institución previsional de salud a la que se encuentre afiliado, aplicando los porcentajes y topes definidos en las Condiciones Particulares. 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 de 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.

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 coberturas médicas; y (iii) seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza.

El monto máximo de gastos reembolsables se aplicará por asegurado, 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 lo que se indican las tablas de coberturas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

En caso de existir primas impagas, la Compañía tendrá la facultad de rebajar dichos montos de las sumas que deba pagar al contratante en virtud de esta póliza.

#### ARTÍCULO 11: APLICACION DEL DEDUCIBLE.

El deducible será el monto estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Para tener derecho a reembolso por un evento cubierto por esta póliza, el asegurado deberá completar el deducible dentro del plazo máximo estipulado en las Condiciones Particulares, que se contará desde la emisión del primer documento donde se acredite el gasto incurrido.

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.

#### ARTÍCULO 12: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y RENOVACIONES.

Esta póliza tendrá una duración de un año contado desde su fecha de vigencia inicial y su renovación será automática al final del período por periodos iguales y sucesivos, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario mediante una comunicación enviada a la otra, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha de término. Sin embargo, en caso de que la Compañía aseguradora decida no renovar esta póliza, el asegurador 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.

#### ARTÍCULO 13: TERMINACIÓN ANTICIPADA POR MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

En caso de modificación de la normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público y/o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato o de cualquiera de sus renovaciones, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o proponer al Contratante nuevas condiciones de cobertura y/o prima, las que en caso de no ser aceptadas por el Contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

Se entenderá que una modificación a la normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público y/o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando, ya sea por disposición legal, reglamentaria o judicial se produzca alguna de las siguientes situaciones:

1. Se modifique o ponga término al o los contratos de salud suscritos entre el asegurado y el sistema de salud previsional (FONASA o ISAPRE).
2. Se eliminen los seguros privados complementarios de salud o se impongan sobre éstos la aplicación de condiciones de cualquier tipo no previstas en el marco normativo actual.
3. Se obligue a la Compañía a aplicar reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas, entre otras.

#### ARTÍCULO 14: TERMINACIÓN.

El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.

##### 1. Respecto a un Asegurado Dependiente:

Sin perjuicio de lo anterior, la cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro terminará respecto de un Asegurado Dependiente en particular, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- (a) Por término anticipado de la cobertura que otorga esta Póliza para el Asegurado Dependiente. En este caso, el término anticipado sólo afecta a dicho Asegurado; o,
- (b) A partir de la fecha en que el Asegurado Dependiente cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares de esta Póliza, o por su fallecimiento.

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

##### 2. Respecto a la Póliza: Se producirá la terminación anticipada para todos los Asegurados incorporados en el contrato de seguro, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- (a) A la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular o en caso de verificarse por cualquier motivo el término de la cobertura del Asegurado Titular;
- (b) En caso de que, previo aviso de la Compañía en los términos del artículo 528 del Código de Comercio y transcurrido el Periodo de Gracia, el Contratante no pague la Prima convenida;
- (c) Cuando se produzca el término del seguro según lo indicado en el inciso cuarto del Artículo 6 de estas Condiciones Generales;
- (d) En caso de verificarse cualquiera de las causales establecidas en el Artículo 13 de estas Condiciones Generales, o cuando el Contratante no acepte o no dé respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y

Prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo;

En caso de producirse el término del contrato de seguro por las causas señaladas en el número 2 letras (c) o (d) de este artículo, el contrato de seguro expirará en un plazo de treinta (30) días corridos desde que la Compañía le haya enviado la comunicación al Contratante. Terminada la vigencia de la cobertura otorgada en virtud de esta Póliza, anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía.

#### ARTÍCULO 15: MODIFICACIONES DE LA POLIZA.

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

#### ARTÍCULO 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.

#### ARTÍCULO 17: 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 18: 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 19: 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 mediante carta, correo electrónico, medios digitales o electrónicos, u otro medio fehaciente. En caso de carta 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.

## ARTÍCULO 20: 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 Comisión para el Mercado Financiero 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 Nº 251, de Hacienda, de 1931.

## ARTÍCULO 21: 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 22: PROPIEDAD DE LA PÓLIZA

La propiedad de esta póliza corresponderá al contratante y todos los derechos y obligaciones conferidos en ella, estarán reservados a él.

El contratante podrá ceder en favor de un tercero la calidad de contratante, manteniendo el concepto de interés asegurable previa notificación al asegurador por las vías que la Compañía disponga para el efecto, debiendo quedar registrado el respectivo endoso en la Condiciones Particulares de la póliza.

Los derechos del contratante cuando sea persona distinta al asegurado y que falleciere estando esta póliza en vigor, pasarán al asegurado titular de pleno derecho.

#### ARTÍCULO 23: 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.