

CERTIFICADO DE COBERTURA
Seguro Catastrófico
Clínica Reñaca

Estimado(a) Señor(a)

Nombre

Dirección

ciudad

Presente

Fecha vta.

Bienvenido a Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.

Usted cuenta con el respaldo y solidez de Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A., una empresa perteneciente al grupo internacional Bupa, presente en más de 191 países y con más de 14 millones de clientes.

A través del presente Certificado de Cobertura, **Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.** le comunica a usted que se encuentra Asegurado en la póliza colectiva **Seguro Catastrófico para Prestaciones Médicas de Alto Costo**, póliza N° 30002, contratada por Clínica Reñaca, cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 320150633, sin perjuicio de las estipulaciones contenidas en las Condiciones Particulares de la póliza, las que forman parte integrante del contrato de Seguro Colectivo.

Copia de las Condiciones Generales depositadas en la Superintendencia de Seguros se encuentran a su disposición en el sitio web www.svs.cl.

El presente certificado de cobertura contiene, entre otras disposiciones, lo siguiente:

Cuadros de Cobertura, Monto Máximo de Reembolso, Deducibles, Carencia, Condiciones de Cobertura, Ampliación de Beneficios, Condiciones de Asegurabilidad, Exclusiones y Primas.

Reiterándole nuestra más cordial bienvenida, le saluda con especial atención,



Felipe Reyes Urrutia
Gerente Comercial.
Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.

CERTIFICADO DE COBERTURA
Seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo
Clínica Reñaca

El presente certificado no constituye póliza de seguros y contiene un resumen de las condiciones de cobertura que se encuentran estipuladas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza colectiva.

DATOS DEL SEGURO				
Monto Máximo de Reembolso	Deducible Contratado	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	N° de Asegurados Dependientes
10.000	100			1

Comisión por venta del agente: 30% de la primera prima neta

(*) Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un período de un año, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 60 días, a la fecha de término de cada período mediante una carta certificada a la dirección de la otra parte involucrada.

ASEGURADOS				
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Vigencia Desde	Vigencia Hasta

Restricciones y Limitaciones de la Cobertura

En virtud de la Declaración de Salud efectuada y aceptada por el proponente al momento de solicitar su incorporación a la póliza, y toda vez que en dicho documento no se declaró ninguna enfermedad o situación preexistente que importe una limitación o restricción de cobertura, la Compañía Aseguradora asume los riesgos en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cualquier reticencia o declaración falsa o errónea por parte del proponente, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada, o poner término anticipado a la cobertura.

La Compañía Aseguradora podrá solicitar a cualquier médico, clínica u otro establecimiento o centro de salud, información sobre el estado de salud física o mental de los asegurables propuestos en la Solicitud de Incorporación al Seguro.

La Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, en los términos y condiciones establecidas en las condiciones particulares de la póliza, siempre que haya transcurrido el período de carencia establecido en estas Condiciones Particulares y que la póliza se encuentre vigente.

Las coberturas contratadas son las que se detallan a continuación:

Cuadros de coberturas de Salud para Prestaciones Médicas de Alto Costo (de acuerdo a las condiciones generales de la POL 320150633)

I. Beneficio de Hospitalización

Prestaciones	% de Reembolso
Días cama Medicina; UTI; UCI; Intermedio, Recuperación	100%
Servicios Hospitalarios	100%
Honorarios Médico Quirúrgicos	100%
Prótesis Quirúrgicas	100%
Cirugía Dental por Accidente	100%
Ambulancia terrestre (*)	100%

II. Beneficio Ambulatorio

Prestaciones	% de Reembolso
Cirugía Ambulatoria	100%
Consultas Médicas	100%
Exámenes de Laboratorio	100%
Imagenología	100%
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéutico	100%

III. Beneficio en el Extranjero

Respecto de los gastos médicos incurridos en el extranjero, originados por emergencias o accidentes, se considerará como gasto médico efectivamente incurrido el 50% de éstos, siempre que dichos gastos médicos tengan cobertura de Fonasa. Si los gastos médicos incurridos en el extranjero no tuvieran cobertura de Fonasa, la Compañía considerará como gastos médicos efectivamente incurridos el 25% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

Respecto de los gastos “Programados” en el extranjero, el reembolso será de un 50% del gasto médico efectivo, siempre y cuando el tratamiento respectivo se encuentre debidamente visado por la Contraloría Medica de Fonasa antes o después de efectuado el gasto médico respectivo.

Exoneración de Primas (de acuerdo a las condiciones generales de la CAD 320150657)

a) Los asegurados dependientes del asegurado titular, que cumplan 18 años y que no cursen estudios regulares en instituciones educacionales reconocidas por el Estado; o que cumplan 24 años de edad, podrán contratar una cobertura como asegurado titular en la póliza colectiva, manteniendo sus condiciones de suscripción y con continuidad de cobertura, siempre que ello ocurra en el plazo de 30 días contados desde la fecha en que perdió su calidad de asegurado dependiente del asegurado titular.

En caso que la solicitud indicada en el párrafo anterior no fuera efectuada en el plazo indicado, o bien decidiera optar por una cobertura con mayores beneficios, deberá suscribir una nueva solicitud de incorporación, siendo evaluada como un nuevo asegurado y sin continuidad de cobertura.

b) En caso que el asegurado titular de la póliza falleciera durante la vigencia de ésta, su cónyuge asegurado podrá asumir la calidad de titular manteniendo las condiciones de suscripción, con continuidad de cobertura y con la prima mensual según su tramo de edad y el número de cargas.

Este beneficio deberá ser solicitado por escrito por las cargas sobrevivientes dentro de un plazo de 60 días contados desde la fecha de fallecimiento del asegurado titular.

En caso que no exista cónyuge asegurado, podrá acceder a este beneficio el asegurado dependiente de mayor edad.

Ampliación de Beneficios

Prestaciones	% de Reembolso
Cirugía Plástica por Accidente	100%
Drogas antineoplásicas	100%
Drogas inmunosupresoras para trasplantes de órganos	100%
Ambulancia Aérea (**)	100%
Medicamentos Ambulatorios (***)	50%

(**) Para la prestación de Ambulancia Aérea, en caso de riesgo vital el tope será de UF 10 por evento, y con un máximo de 3 eventos por año.

(***) La prestación de medicamentos ambulatorios es sólo para fármacos directamente relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activó el pago de beneficios de este seguro, que se encuentre cubierta por esta póliza y haya sido diagnosticada por el médico tratante, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para el cual, se excluyen las prestaciones ambulatorias.

Complicaciones del Embarazo

Conforme a la letra n) del Artículo 4 de las Condiciones Generales de la póliza los gastos médicos derivados de la maternidad se encuentran excluidos, no obstante aquellos derivados de las complicaciones del embarazo se cubrirán cuando el embarazo se haya gestado durante la vigencia del asegurado en la póliza.

Bajo el ítem "complicaciones del embarazo" quedarán amparadas todas aquellas que estén directamente relacionados o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia o ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Para efectos de esta definición, se cubrirán las siguientes complicaciones del embarazo, a excepción de la amenaza de aborto y la amenaza de parto prematuro sin patología asociada, es decir que no pueda considerarse trabajo de parto espontáneo anticipado.

- ✓ Colestasia intrahepática del embarazo
- ✓ Placenta previa
- ✓ Placenta Creta
- ✓ Preeclampsia
- ✓ Eclampsia
- ✓ Hipertensión del embarazo
- ✓ Diabetes gestacional
- ✓ Incompetencia cervical
- ✓ Distosia del embarazo
- ✓ Infección huevo ovular
- ✓ Rotura prematura de membranas
- ✓ Amenaza de Parto Prematuro, sin que este haya terminado en parto.

En ningún caso se entenderán incluidos los costos asociados a abortos, cesáreas y parto natural, los cuales están excluidos de la cobertura de esta póliza.

La cobertura por concepto de gastos médicos provenientes de complicaciones derivadas del embarazo sólo es aplicable respecto del Asegurado Titular o de su cónyuge, según corresponda, y no respecto de las hijas de cualquiera de ellos.

Obesidad Mórbida No Preexistente

Cobertura para Obesidad Mórbida NO preexistente, IMC > 40 kg/m² (IMC Índice de Masa Corporal, que es el cuociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros).

También se cubrirá como obesidad mórbida, la obesidad severa No preexistente, IMC > 35 kg/m², pero IMC < 40 kg/m², con al menos una de las siguientes co-morbilidades: cardiovascular, diabetes o enfermedad al aparato locomotor.

Hospitalización Domiciliaria

Se cubrirá la Hospitalización domiciliaria para aquellos Asegurados que sean derivados a sus domicilios por el médico tratante o especialista que lo atendió en Clínica Reñaca para su atención médica.

Atención por Radioterapia, Quimioterapia y Diálisis

Se considerarán como hospitalización, aquellos eventos en que se presten servicios de radioterapia, quimioterapia y diálisis, inclusive en forma ambulatoria, siempre y cuando se realicen en la Clínica Reñaca.

Gastos médicos derivados de SIDA

Los gastos médicos "HOSPITALARIOS" relativos al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), serán cubiertos en un 100%, siempre y cuando el diagnóstico **NO sea preexistente**. Los gastos ambulatorios por esta enfermedad se encuentran expresamente excluidos de toda cobertura.

Límites de Beneficios

El monto de cada prestación no podrá ser superior al monto máximo de reembolso para cada asegurado. En ningún caso la suma de todos y cada uno de los pagos de los beneficios, podrá superar el monto máximo de reembolso por evento señalado en estas Condiciones Particulares.

Condiciones de cobertura de este seguro

Esta póliza no cubre situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

Esta póliza NO contempla cobertura para Maternidad.

La cobertura de este seguro opera respecto de la parte no cubierta por el Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Este seguro reembolsa, como complemento del sistema previsional de salud de cada asegurado, hasta el 100% de los gastos médicos provenientes de prestaciones ambulatorias y hospitalarias. Si no existe cobertura de Fonasa, la Compañía considerará como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, monto respecto del cual se aplicarán los deducibles, porcentajes y topes del plan contratado.

En caso de riesgo vital dentro o fuera de la V región, el Asegurado podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios en Chile bajo el mismo plan de Clínica Reñaca, sin embargo se reembolsaran los gastos según el arancel de Clínica Reñaca. Para los efectos recién indicados, se deberá notificar por escrito a la Compañía Aseguradora, a más tardar dentro de los 5 días hábiles después de ocurrido el evento que implica un caso de riesgo vital.

Para todos los efectos se entiende que los casos de riesgo vital son aquellos casos de emergencia o urgencia en los que existe una condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia del centro asistencial en que la persona fue atendida, lo que deberá ser certificado por aquel.

Los casos de emergencia o urgencia deben provenir de fuera de la clínica u hospital y hacer su ingreso a través de la Unidad de Emergencia. Tampoco podrán ser considerados pacientes de urgencia o emergencia aquellos cuya condición de urgencia o emergencia fue diagnosticada previamente. Es decir, se requiere que la condición clínica se haya producido recientemente y no que se trate de un caso crónico.

El Asegurado podrá atenderse en otros establecimientos médicos u hospitalarios bajo el mismo plan de Clínica Reñaca cuando la Clínica derive a un paciente a otra Clínica u hospital dentro de Chile. La derivación de un paciente sólo será válida a través de documento o certificado oficial emitido por la Clínica Reñaca el que deberá ser presentado a la compañía junto con la solicitud de reembolso. En caso contrario, la cobertura disminuirá al 50% del plan y el Monto Máximo de Reembolso se reducirá a UF 2.000.

El plazo o duración máxima de un evento será de 3 años, entendiéndose por evento las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal reembolsado por este seguro. En el caso que un evento se prolongue más allá de 3 años, éste será considerado como un nuevo evento, reinstalándose el deducible y el Monto Máximo de Reembolso.

Beneficiarios

Tratándose de gastos médicos hospitalarios incurridos en Clínica Reñaca, los montos correspondientes al reembolso serán pagados directamente al contratante de esta póliza “Clínica Reñaca”.

Carencia

Es un período de tiempo durante el cual el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se establece un período de carencia de 60 días contados desde la fecha de incorporación del asegurado a la póliza. De este modo, se cubrirán los gastos médicos a causa de enfermedades diagnosticadas sólo una vez transcurrido el período de carencia.

Los gastos médicos incurridos por accidente no contemplan período de carencia, por lo tanto la cobertura operará desde la fecha de incorporación del asegurado en la póliza. Para efectos de esta póliza, no se consideraran accidentes, entre otros, las hernias y los accidentes quirúrgicos.

En consecuencia, para los efectos de poder hacer efectivos los beneficios estipulados en estas condiciones particulares, el diagnóstico correspondiente deberá haber sido emitido después de transcurrido dicho plazo.

Monto Máximo de Reembolso y Deducible

El monto máximo de reembolso y deducible es por evento, son variables dependiendo de la enfermedad así como de la clínica u hospital en que se realice la prestación relacionada al evento.

Por lo mismo, en caso que por un evento determinado el asegurado reciba prestaciones tanto en la Clínica Reñaca como en otra clínica u hospital, ese evento estará sujeto a la aplicación de dos deducibles, esto es, aquél correspondiente a prestaciones en Clínica Reñaca y aquél correspondiente a prestaciones en otras clínicas u hospitales.

1. Plan y Deducible de la Póliza

Plan	Edad Hasta	Monto Máximo de Reembolso UF	Deducible UF
1	69 años y 364 días	10.000	100

Asimismo, el deducible y monto asegurado irá variando de acuerdo a las siguientes condiciones:

- ✓ Al cumplir 70 años de edad, el deducible contratado se incrementará en UF 100.
- ✓ Al cumplir 76 años de edad, el deducible contratado se incrementará nuevamente en UF 100.
- ✓ Al cumplir 70 años de edad el monto máximo de reembolso se reducirá a UF 2.000 para todos los planes.

El deducible se aplicará sobre los gastos médicos efectivamente incurridos, y luego de que hayan sido bonificados por el Sistema de Salud Previsional del Asegurado, multiplicados por el porcentaje indicado en los Cuadros de Beneficios. Para aquellos asegurados

que no cuenten con algún Sistema de Salud Previsional el deducible se aplicará directamente sobre el 50% los gastos médicos, pues en estos casos, se considerará como gastos médicos efectivamente incurridos, el 50% de los gastos médicos.

Condiciones Generales de Asegurabilidad

Para las **nuevas incorporaciones**, las condiciones o requisitos de asegurabilidad serán las siguientes:

Asegurados	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Titular, Cónyuge o Pareja	69 años y 364 días	79 años y 364 días
Hijos - Nietos (*)	23 años y 364 días	23 años y 364 días

(*) Encontrándose la madre cubierta por el seguro y estando en la póliza vigente por más de 11 meses consecutivos e ininterrumpidos, podrá incorporar a la póliza a sus hijos que están por nacer a partir del séptimo mes de gestación. Si la madre no cumple los requisitos indicados, el recién nacido sólo podrá incorporarse al seguro transcurridos 14 días desde la fecha del nacimiento, previa evaluación y aceptación de parte de la Compañía.

- Todos los asegurables deberán completar el formulario de "Solicitud de Incorporación" al seguro, que incluye una DPS (Declaración Personal de Salud). La Compañía Aseguradora evaluará el ingreso a la póliza de aquellas personas que presenten enfermedades o situaciones preexistentes o congénitas, pudiendo rechazar el riesgo o establecer restricciones y limitaciones de cobertura.
- Los hijos del asegurado titular estarán cubiertos por el seguro hasta los 18 años o hasta los 23 años de edad, siempre y cuando sean solteros y cursen estudios regulares en instituciones educacionales reconocidas por el Estado, acreditado mediante el correspondiente Certificado de Alumno regular.
- La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, conforme a la Declaración de Salud del Asegurado la Compañía haya excluido de la cobertura y hayan sido aceptadas por el asegurado mediante una declaración especial.
- La compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes para la evaluación del riesgo en aquellos casos que estime necesario y conveniente.

Cualquier requerimiento de antecedentes efectuado por la Compañía Aseguradora a un asegurable deberá ser presentado dentro de un plazo de 60 (sesenta) días contados desde la fecha del requerimiento. Si transcurrido este plazo no se ha presentado a la compañía los antecedentes solicitados, se entenderá como desistida la solicitud de incorporación al seguro.

Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza, sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación, y el asegurado haya suscrito la declaración especial relativa a las preexistencias, cuando corresponda.

- Indisputabilidad: Conforme a lo dispuesto en el artículo N° 9 inciso segundo de las Condiciones Generales de la Póliza, el plazo de indisputabilidad será de 3 años a partir del inicio de la vigencia individual del asegurado en la póliza o desde la última rehabilitación o desde que se produjere el aumento del monto máximo de reembolso, según corresponda.

Exclusiones

Esta póliza no cubre los gastos médicos, cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- Tratamientos por: adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA-, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- Lesión o enfermedad causada por:
 - Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - Participación del asegurado en actos que podrían ser calificados como delitos por la ley.

- iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
- v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- g. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h. Cualquier tipo de órtesis.
- i. Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto I. del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- j. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- k. La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria
- l. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n. Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo.
- o. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado titular al momento de contratar esta póliza.
- p. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q. No serán consideradas como enfermedades o eventos con derecho a cobertura, para efectos de la presente póliza, la cirugía, tratamientos o gastos que se indican a continuación:
 - i. La obesidad no mórbida (IMC <40).
 - ii. La impotencia masculina.
 - iii. Fertilidad e infertilidad.
 - iv. Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
 - v. Tratamientos anticonceptivos.
 - vi. Cirugía de reducción o aumento mamario.
 - vii. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- r. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.
- s. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa en ese sentido.
- t. Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- u. Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares o en el certificado de cobertura, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

Primas Mensuales Brutas en UF

La prima mensual en UF, será calculada en base al asegurado de mayor edad dentro de grupo familiar asegurado.

Cada vez que el asegurado de mayor edad dentro del grupo familiar cambie de tramo de edad, el monto de la prima se ajustará según plan contratado en los términos que se establecen en la siguiente tabla. Igual ajuste se efectuará cada vez que se modifique el número de asegurados dependientes cubiertos por el seguro.

Tramos de Edad	Titular sin Asegurados Dependientes UF	Titular + 1 Asegurado Dependiente UF	Titular + 2 Asegurados Dependientes UF	Titular + 3 Asegurados Dependientes o más UF
18 años – 40 años	0,3833	0,5764	0,6747	0,7475
41 años – 50 años	0,5279	0,7516	0,8949	1,0098
51 años – 60 años	0,7386	1,1148	1,3564	1,5436
61 años – 80 años	1,0277	1,6056	1,9784	2,2664

Nota: El Valor de las primas se encuentra expresado en UF, es Mensual y ya incluye el IVA.

Pago de Primas

El Asegurable deberá efectuar el pago de la primera prima, al momento de contratar el seguro, utilizando el formulario "Comprobante de Pago para ingreso de Primera Prima", mediante el cual el Asegurable se obliga a efectuar el pago de las primas desde el inicio de la vigencia del seguro, por mes Anticipado.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de 60 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. En caso de ocurrir un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá del monto a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura, terminará anticipadamente en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad futura derivada de la póliza.

En ningún caso el pago y recepción de la prima por parte de la Compañía después de haber terminado la cobertura correspondiente a esta póliza dará derecho al pago del beneficio asociado a la cobertura. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado Titular o al Contratante en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva.

La modalidad de pago de esta prima es no contributiva, esto es, será financiada sólo por el asegurado titular o por aquellas personas que, no siendo Asegurados del presente seguro, tengan algunos de los siguientes vínculos de parentesco o relación respecto de los asegurables:

- Padre respecto de los hijos.
- Madre respecto de los hijos.
- Marido respecto de la mujer.
- Mujer respecto del marido.
- Abuelos respecto de los nietos.
- Hijos mayores de 18 años respecto de los padres.
- Hermanos mayores de 18 años respecto a los hermanos menores.
- Empresas respecto de sus empleados.

Pago de Beneficios

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza y para los efectos de la liquidación del reembolso de gastos médicos solicitados, el plazo máximo que debe transcurrir entre la fecha de la emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera y la fecha de presentación de la solicitud correspondiente a la compañía, no podrá ser superior a sesenta (60) días corridos, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto.

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.

Antecedentes para la liquidación de reembolsos médicos

Para solicitar el reembolso de gastos de salud, el Asegurado deberá enviar a la Compañía Aseguradora los siguientes antecedentes:

- a) Formulario de Reembolso proporcionado por la Compañía Aseguradora.
- 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 aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado, de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Además, la compañía aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso.

Sin el cumplimiento de los requisitos señalados precedentemente, la Compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno.

En caso que los gastos médicos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile y que estuviere vigente a la fecha en que se efectúe el reembolso de gastos, de conformidad a esta póliza.

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

El período de liquidación y pago de un siniestro no podrá exceder de 10 días hábiles, a contar de la fecha de recepción en la Compañía de todos los antecedentes y documentos necesarios para la correcta evaluación del siniestro.

Tratándose de siniestros respecto de los cuales no se adjunte toda la documentación pertinente o en que se requiera de un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho a liquidar en un plazo máximo de 10 días hábiles desde que se reciban tales antecedentes pertinentes o se entreguen los exigidos en forma adicional. En este último caso, solicitará en forma escrita a la institución de salud respectiva o al Asegurado a través de la corredora de seguros. La Compañía deberá avisar dicha situación al Corredor, a más tardar dentro de los 10 días hábiles siguientes al denuncia del siniestro.

Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados

En el caso de inclusión al seguro, el corredor deberá enviar a la Compañía la Solicitud de Incorporación, que incluye la Declaración Personal de Salud (DPS), debidamente llenada y firmada por el Titular, con el nombre, Cédula de Identidad y grado de parentesco de los asegurables dependientes.

El Asegurado Titular deberá informar a la Compañía de Seguros, mediante un aviso escrito, acerca de cualquier modificación y/o alteración respecto de las personas aseguradas por esta póliza.

El Asegurado Titular podrá ponerle término anticipado a sus coberturas, previa notificación por escrito a Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A., con a lo menos 30 días de anticipación. El Asegurado también podrá concurrir personalmente, con su Cédula Nacional de Identidad a cualquiera de las oficinas de Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A., dejando una constancia por escrito de su decisión de poner término a la cobertura individual.

Terminación Automática del Seguro:

El seguro se terminará automáticamente, cuando el Asegurado Titular cumpla los 80 años de edad.

Los Asegurados Dependientes dejarán de pertenecer al seguro cuando:

1. El cónyuge cumpla los 80 años.
2. Los hijos cumplan los 24 años.
3. Si habiendo vencido el plazo de gracia la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Terminación Anticipada del Seguro:

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado Titular no pague la prima respectiva, aplicándose al respecto el plazo de gracia señalado en estas Condiciones Particulares.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá poner término anticipado a la póliza o a la cobertura individual, según corresponda, cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas. En este caso no procederá la devolución de primas.

El Contratante también podrá terminar anticipadamente la póliza, pero en este caso la compañía aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida.

Moneda o Unidad del Contrato

Para todos los efectos, la moneda de este contrato se expresará en Unidades de Fomento (UF).

Ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa u origen del gasto fuese una enfermedad preexistente a la fecha de la firma del formulario "Declaración Personal de Salud", hayan sido declaradas o no en dicho formulario.

Toda información impresa en este Certificado de Cobertura, queda sujeta a verificación por parte del contenido de la póliza N° 30002.



Felipe Reyes Urrutia
Gerente Comercial.
Cruz Blanca Compañía de Seguros de Vida S.A.