

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320190016

ARTÍCULO N° 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el contratante a solicitud de la aseguradora, y en base a la cotización que ha entregado la aseguradora al contratante, respecto a las condiciones de cobertura, términos y modalidades del seguro, ya sea a través una cotización o una propuesta, según sea el caso, antecedentes y documentos todos que se entienden forman parte integrante de la cobertura dada en la presente póliza o contrato de seguro.

Conforme a la naturaleza de seguro colectivo del presente contrato de seguro, y pudiendo ser distintas la persona del contratante y asegurados, se aplicarán a la presente póliza las normas contenidas en el artículo 517 del Código de Comercio. Asimismo, y de acuerdo al carácter de coberturas patrimoniales que contiene esta póliza, la indemnización de los siniestros cede a favor de los asegurados afectados por ellos, sin perjuicio de la modalidad de pago de ella, esto es, reembolso o pago directo al prestador, y se estará a lo señalado en el artículo 601 del Código de Comercio.

ARTÍCULO N° 2: COBERTURA

La aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar directamente al beneficiario o al prestador de salud - en adelante también llamados como los pagos directos - los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado, a consecuencia de las afecciones a la salud que le afectaren, producto de una enfermedad, accidente o incapacidad cubierta por éste contrato de seguro y ocurrida durante la vigencia del asegurado en

la póliza.

Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los Medicamentos Ambulatorios recetados al asegurado por médico tratante, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por aquél, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los reembolsos o los pagos directos y la provisión de Medicamentos Ambulatorios, señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas y sujetas a las limitaciones de cobertura señaladas en la letra D del artículo N° 3 siguiente, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como de reembolso o pago directo, porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud, montos asegurados, deducibles y tope de números de prestaciones médicas según lo contratado y todos los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos médicos incurridos por el Asegurado tanto dentro como fuera de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiendo en ambos casos establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En razón de lo anterior, la Compañía aseguradora podrá, a petición expresa del Contratante, limitar la aplicación de esta cobertura en relación al ámbito territorial de la póliza sin que ello afecte la vigencia de ésta, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares. Es decir, podrá definir zonas geográficas y ciudades específicas en Chile como en el extranjero, en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

La aseguradora podrá para cada una de las coberturas contratadas, las cuales deberán constar por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura, otorgar distintos porcentajes de reembolsos o pagos directos por prestador de salud, tope de números de prestaciones médicas o montos asegurados y/o arancel de prestaciones médicas a los señalados anteriormente.

En efecto, las coberturas descritas en el artículo N° 3, sobre Descripción de las Coberturas, de estas

Condiciones Generales, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el contratante puede optar por una o más de ellas, las cuales se individualizarán en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

Los asegurados podrán solicitar la provisión de Medicamentos Ambulatorios o los reembolsos o los pagos directos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que esta póliza y las coberturas se encuentren vigentes a esa fecha.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos que excedan del deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema previsional de salud del asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre, el valor de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado.

Para los efectos del pago directo al prestador, la aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un asegurado de la aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la aseguradora para dichos asegurados. En estos casos, los asegurados deberán pagar al prestador sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al prestador, será requisito que la institución de salud previsional haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que otorga la aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas como contratadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, son las que se indican a continuación:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que permanezca como mínimo 24 horas completas de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

Bajo este beneficio se pueden contratar las siguientes coberturas que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza:

a) **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo y/o intermedio; exámenes de laboratorio e imagen médica, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la enfermedad o incapacidad.

c) **HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e) SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.

f) CIRUGIA BARIATRICA: Esto es para el caso de obesidad, entendiéndose por tal si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Cobertura, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

g) CIRUGÍA MAXILOFACIAL: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Cobertura, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial por enfermedad. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

h) CIRUGÍA RINOLARINGOLÓGICA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones

Particulares y en el respectivo Certificado de Cobertura, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de rinoplastia y/o septoplastía funcional en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses.

Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este

Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Cobertura, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos en una reducción mamaria, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses, siempre y cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

j) QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA: Se cubrirá bajo la cobertura "Hospitalaria" cuando está registrada como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, y que permanezca a lo menos, 24 horas completas de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Si se contrata esta cobertura, la aseguradora reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, que tenga la calidad de asegurado titular o cónyuge, y el recién nacido a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento, después de haber cumplido el período de carencia de nueve (9) meses. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado del mismo sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario o terapéutico, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier incapacidad inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido.

Los gastos médicos que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todos aquellos definidos en las letras a, b y c, del Beneficio de Hospitalización anterior, todos los cuales se liquidarán bajo este beneficio, y será pagado solo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la aseguradora solo reembolsará o efectuará el pago directo según el porcentaje de reembolso y hasta el valor tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no

correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o efectuará el pago directo por el Beneficio de Hospitalización, sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato.

Se entenderá como gastos inherentes al embarazo o nacimiento, todos aquellos que se originen como

consecuencia del mismo, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo. A modo de

ejemplo, en esta categoría se encuentran aquellos gastos originados en las hospitalizaciones por partos prematuros, asfixias neonatales, fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra situación directamente originada como consecuencia del embarazo y nacimiento.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Si se contrata esta cobertura, la aseguradora reembolsará o efectuará el pago directo de los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o que no califique como Beneficio de Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio.

El Contratante podrá contratar uno o más de estas coberturas, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto. Los gastos son los siguientes:

i. Consultas Médicas: es el tiempo en que el paciente está junto al médico en un lugar determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras este último evalúa al paciente, entrega su opinión profesional y recomienda el tratamiento a seguir.

ii. Exámenes de Laboratorio: la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

iii. Exámenes de imagenología, radiografías, ultrasonografía y Medicina Nuclear.

iv. Procedimientos de diagnósticos y terapéuticos, no quirúrgicos.

V.-Cirugía Ambulatoria: Si el Asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

D) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio la Compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en

complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. Gastos ambulatorios por consultas de psiquiatría y/o psicología. Para los efectos de las prestaciones de psicología constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.

E) BENEFICIOS ESPECIALES

Bajo este beneficio la Compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar una o más de las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

i. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T.).

ii. Cirugía Ocular Lásik, comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lásik debe ser mayor de veinte (20) años de edad

a la fecha de la prestación.

iii. Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas.

iv. Servicio de Ambulancia Terrestre, Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.

v. Servicio de Ambulancia Aérea, para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital según lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

vi. Terapia Ocupacional, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

vii. Fonoaudiología, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

Los beneficios especiales de esta cobertura sólo podrán ser contratados en conjunto con alguno de los beneficios indicados en las letras precedentes, no siendo posible su contratación en forma individual.

F) LIMITACIONES DE LA COBERTURA:

Las coberturas otorgadas por la presente póliza contemplan las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, sólo se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con cobertura en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, sólo se cubrirá el porcentaje de reembolso del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Esta limitación no se aplicará cuando el motivo de la no cobertura del plan o contrato sea a consecuencia de haberse consumido su valor tope anual de cobertura.
3. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a una institución de salud previsional regida por la ley N° 18.933, se cubrirá respecto de las prestaciones cubiertas por dicha institución de acuerdo a lo previsto en el inciso primero del artículo 33 bis de la referida ley, sólo el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
4. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado al régimen de prestaciones de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a la ley N° 18.469, sobre Fonasa, o cualquier otra institución estatal o servicio dependiente de la Administración del Estado que otorgue beneficios de salud a sus afiliados, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. En aquellos casos en que las prestaciones médicas sean cubiertas por BONOS emitidos por la entidad previsional a la que se encuentre afiliado el asegurado, sólo se cubrirá el copago generado en la compra del Bono, no correspondiendo reembolsar o pagar cobros adicionales por parte del prestador de salud, al monto pactado por él con la Institución previsional. Sólo podrán existir cobros adicionales al monto de los bonos, en los casos de Servicios Hospitalarios de los afiliados de FONASA, o en caso de las prestaciones de Servicios Hospitalarios no cubiertas por el plan de Isapre del asegurado.

Con todo, la aseguradora no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado.

G) COBERTURA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS:

Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Cobertura, la compañía aseguradora proveerá al asegurado de los medicamentos recetados por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por aquél, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, todo ello en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites establecidos para cada una de las categorías de Medicamentos Ambulatorios definidas para esta cobertura, que deberán quedar indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los Medicamentos Ambulatorios susceptibles de ser proveídos o su costo reembolsado por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el período de vigencia de este contrato de seguro, de acuerdo con las dosis prescritas por el médico tratante.

Bajo esta cobertura se podrá contratar la provisión de las siguientes categorías de Medicamentos Ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo su denominación común internacional (DCI), es decir el nombre del principio activo, sin

marca comercial (Importante: Los medicamentos genéricos son todos los que se comercializan bajo el nombre del principio activo, hayan demostrado o no bioequivalencia).

Medicamento Ambulatorio Bioequivalente Genérico:Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente, se comercializan bajo su denominación común internacional (DCI) es decir nombre del principio activo.

Medicamento Ambulatorio Bioequivalente Marca:Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente registrados bajo un nombre comercial una vez vencida la patente del innovador.

Medicamento Ambulatorio de Marca: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en las categorías anteriores, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.

Medicamento Ambulatorio Referente, Original o Innovador: Corresponde al Producto Original, es decir, el primer producto que sacó al mercado el medicamento con un principio activo nuevo o aquel que posee todos los estudios farmacológicos y pruebas científicas.

Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos, bioequivalentes, de marca o referentes.

Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos

específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos, bioequivalentes de marca o referentes.

Los Medicamentos Ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el período de vigencia de la póliza, de acuerdo con las dosis prescritas por el médico tratante y en ningún caso la dosis a proveer o su costo a reembolsar podrá ser superior al correspondiente a treinta (30) días del tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Se entenderá que la compañía aseguradora siempre optará por proveer al asegurado de los Medicamentos Ambulatorios recetados, salvo que expresamente señale que reembolsará sus costos.

La provisión de estos medicamentos se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares, las cuales los proveerán a los asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.

La compañía aseguradora no se hace responsable de la existencia de stock de los medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacias.

ARTÍCULO Nº 4: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1) **CONTRATANTE:** El empleador, persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la aseguradora y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo y debe informar a los asegurados u otros legítimos interesados sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

2) ASEGURADOS: Se consideran asegurados de esta póliza aquellos que tienen vínculo con el contratante, y que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

a. Asegurado Titular: Es la persona que tiene un vínculo directo con el contratante.

b. Asegurados Dependientes: Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos:

i. Cónyuge.

ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad y que sean solteros. Para los hijos mayores de dieciocho (18) años de edad, además deben ser estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres. Los hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato.

iii. Otros dependientes, que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.

3) ASEGURADORA: Es la compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo.

4) INCAPACIDAD: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

5) ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

6) ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.

7) EVENTO: Se entiende como tal a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, con una duración máxima definida en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de pago del primer reembolso o pago cubierto por el evento en particular.

8) IMC: Índice de Masa Corporal, es el índice para determinar si el peso y estatura de una persona es el indicado, y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la altura en metro elevado al cuadrado.

9) INCAPACIDAD PREEXISTENTE: Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por el asegurado con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de su vigencia inicial de incorporación a la póliza.

10) MEDICO: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

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

12) PRESTADOR DE SALUD: Son los hospitales y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

13) HOSPITALIZACION: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

14) GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una enfermedad, accidente o incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

15) 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, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

16) CARENANCIA: Es el periodo de tiempo establecido en estas Condiciones Generales y/o en las Condiciones

Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza, o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a ella, durante el cual no están cubiertas las incapacidades y/o embarazos y sus complicaciones, en su caso, ocurridos al asegurado, quedando éstos excluidos de esta cobertura respecto del asegurado afectado. La aseguradora no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de una incapacidad ocurrida en ese período.

17) DEDUCIBLE: Es el monto de los gastos cubiertos por este seguro que soportará el asegurado hasta el monto de pérdida pactado que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, además, su período de acumulación.

18) PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, y será siempre el período de vigencia de la póliza.

19) PRIMA: Es la retribución o precio del seguro, que se paga en dinero a la aseguradora.

20) PRIMA PAGADA: Es el monto efectivamente recibido y que se encuentre disponible para la aseguradora.

21) MEDICAMENTO AMBULATORIO: Producto farmacéutico registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y cuya finalidad es tratar o mitigar una enfermedad o incapacidad y que no se indique para el reemplazo de alimentos o con propósito de cosmética o de higiene ni sea catalogado como un producto de homeopatía, o natural o alternativo.

ARTÍCULO Nº 5: MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

La aseguradora sólo efectuará reembolsos de gastos incurridos por un asegurado o el pago directo al prestador de los servicios médicos y la provisión de Medicamentos Ambulatorios que se hagan durante la

vigencia en este contrato hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, a causa de una o más incapacidades.

Si la suma de los reembolsos de gastos incurridos por el asegurado, de los servicios médicos prestados al asegurado pagados directamente por la compañía aseguradora y de los Medicamentos Ambulatorios provistos al asegurado, alcanza al Monto Máximo de Reembolso durante la vigencia de este contrato de seguro, el asegurado no tendrá derecho a reembolso, pago directo de servicios médicos o provisión de medicamento alguno, por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

ARTÍCULO N° 6: NO DUPLICACION DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos por las prestaciones contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la aseguradora de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como, asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Los beneficios de este seguro 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 este seguro no cubrirá los gastos que deban 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, o las prestaciones cubiertas con los excedentes previsionales.

En consecuencia, bajo ninguna circunstancia los reembolsos, las provisiones de Medicamentos Ambulatorios o los pagos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de este contrato de seguro, podrán duplicar los reintegros, aportes, bonificaciones y reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones o seguros antes mencionados.

ARTÍCULO 7. PLURALIDAD DE SEGUROS.

Habiendo más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, el Asegurado podrá reclamar a cualquiera de los Aseguradores el pago del siniestro según el respectivo contrato y a cualquiera de los demás el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el Asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

El Asegurador que hubiere indemnizado al Asegurado tendrá derecho a repetir contra los demás Aseguradores la cuota que les corresponda en la indemnización, según el monto que cubran los respectivos contratos. Cabe señalar que, en ningún caso, son adicionales los límites y montos de indemnización cuando existen dos o más contratos de seguros vigentes al mismo tiempo.

ARTÍCULO Nº 8: EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando el reembolso o el pago directo se origine por, o consecuencia de, o complicaciones de:

a) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por psiquiatría, psicología o psicopedagogía, salvo que estén expresamente contratados e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

c) Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.

d) Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones.

g) No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

i. La Obesidad mórbida o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

ii. Una Cirugía Maxilofacial por enfermedad, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

iii. Una Cirugía Rinoplastía y Septoplastía, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía

Rinolaringológica descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

iv. Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos, salvo que esté la cobertura contratada en la póliza y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el respectivo Certificado de Cobertura.

v. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento.

vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.

viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

ix. Tratamientos para adelgazar.

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

i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.

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

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.

i) Lesión o enfermedad causada por:

i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

v. Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado la cobertura adicional de odontología en la póliza, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.

k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y

suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos etc. La aseguradora sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios y/o vacunas para el sólo efecto

preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados o pagados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

o) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de

Trabajo y Enfermedades Profesionales.

p) Epidemias oficialmente declaradas.

q) Incapacidades y/o embarazos preexistentes.

Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas lesiones, dolencias 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.

r) Malformaciones y/o incapacidades congénitas, excepto a los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.

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

t) Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

u) Toda actividad o deportes evidentemente riesgosos tales como inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, carreras de automóviles, motocicletas, lanchas etc., aun cuando haya sido declarado por el asegurado y/o contratante.

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

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

x) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.

y) Ambulancia aérea.

ARTÍCULO N° 9: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 7 del presente contrato, con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO N°10: DERECHOS DE LAS PARTES DE ESTA POLIZA

El contratante, el asegurado y la aseguradora tendrán todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones que se hayan establecido para cada uno de ellos bajo esta póliza, tanto en sus Condiciones Generales y Particulares, y en lo que en ella no se señalaré se estará a los que por su naturaleza y relación con cada una de las partes del contrato les exprese y otorgue la Ley.

La aseguradora, directamente o a través del contratante entregará a cada uno de los asegurados que se incorporen al presente contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En este último caso, tanto la aseguradora como el contratante y el corredor del seguro, deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza.

ARTÍCULO N° 11: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza, nuevos trabajadores con sus dependientes, cónyuge, hijos u otros, durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la aseguradora, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la

aceptación. El contratante deberá notificar e informar a la aseguradora dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde la fecha de la contratación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, (cónyuge o hijos), el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la aseguradora.

Será necesario acreditar, a satisfacción de la aseguradora, la buena salud de las personas, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

Los trabajadores que contratados por la empresa contratante y reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas no hayan ingresado al inicio del seguro, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar, a satisfacción de la aseguradora la buena salud. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO Nº 12: DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

La póliza tendrá una vigencia señalada en las Condiciones Particulares, y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el contratante de la póliza.

Para estos efectos y luego de acordar los cambios con el contratante, la aseguradora deberá enviar y

notificar las nuevas condiciones de coberturas y primas para la próxima renovación de la póliza a todos los asegurados, con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha vencimiento de la póliza. En caso de no recibir respuesta dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la notificación por parte de los asegurados, se entenderá que la póliza se renueva de acuerdo a las condiciones estipuladas entre el contratante de la póliza y la compañía aseguradora.

No obstante lo anterior, cualquiera de las partes, esto es, el contratante o la compañía aseguradora, podrá ponerle término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos, treinta (30) días de anticipación.

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

ARTÍCULO Nº 13: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, en moneda extranjera o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

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

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la aseguradora, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO Nº 14: PRIMAS

a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada por el contratante, en la oficina principal de la aseguradora o, en los lugares que ésta designe y dentro de los primeros cinco (5) días de cada periodo de cobertura mensual, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una periodicidad y fecha de pago diferente.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de esta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

La aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de las primas. La prima se entenderá pagada sólo una vez que la aseguradora la haya recibido

efectivamente. La prima respecto de cada asegurado se devengará hasta la fecha de vencimiento de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares de la misma, o hasta la fecha de término de cobertura del asegurado, si esto ocurre antes.

b) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la aseguradora, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato: La falta de pago de la prima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija la aseguradora al contratante y al asegurado, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo sea pagada toda o parte de la prima. Esta terminación dará derecho a la aseguradora para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Además de los reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo. Si el vencimiento del plazo de quince (15) días ya señalado, recayere en día sábado o domingo o festivo, se entenderá prorrogado para el primer día hábil inmediatamente siguiente, que no sea sábado.

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

Mientras la terminación no haya operado, la aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva carta en que así lo comunique a las personas que le haya enviado el aviso señalado en el párrafo anterior.

La circunstancia de haber recibido pago de la prima atrasada, y sus reajustes o interés, o de haber desistido de la resolución, no significa que la aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que este contrato quedó sin efecto.

d) Financiamiento de la Prima: De acuerdo a la forma de pago de las primas, se definen dos tipos de

modalidades, una de las cuales deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

i. Modalidad Contributoria: prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado titular.

ii. Modalidad No Contributoria: prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado titular.

ARTÍCULO Nº 15: REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada de la cobertura para algún asegurado conforme al presente contrato por no pago de prima, podrá el asegurado en conjunto con el contratante solicitar por escrito su rehabilitación, dentro del período de vigencia del contrato.

A tal efecto, el contratante y/o los asegurados deberán acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

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

ARTÍCULO Nº 16: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la aseguradora al momento de evaluar su incorporación a la póliza, con el objeto de identificar el real estado de salud del asegurado y de sus dependientes, si corresponden, y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la aseguradora para estos fines. Para este objeto la aseguradora podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado, de acuerdo a lo que solicite la aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

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

Si el siniestro no se ha producido, y el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la aseguradora de acuerdo a lo señalado anteriormente, la aseguradora podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el riesgo asegurado no revisten alguna de dichas características, la aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la aseguradora quedará exonerada de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado 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 la aseguradora, 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.

ARTÍCULO 17. VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La póliza tendrá una vigencia señalada en las Condiciones Particulares, y podrá ser renovada por un nuevo período a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el Contratante de la póliza. Las Condiciones Particulares podrán establecer la forma, plazos y condiciones en que se informarán las nuevas condiciones al Contratante.

Cumplida la vigencia de la póliza esta terminará automáticamente sin necesidad de aviso al Asegurado.

ARTÍCULO N° 18: TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO

1) Del asegurado: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:

a) Cuando el asegurado titular pierda el vínculo con el contratante, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes;

b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;

c) A partir de la fecha en que el cónyuge cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;

d) A partir de la fecha en que el hijo cumpla los dieciocho (18) años de edad, o los veinticuatro (24) años de edad si es carga familiar, u otra edad que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;

e) A partir de la edad que se indica expresamente para cada uno de los otros dependientes indicados en las Condiciones Particulares de la póliza;

f) Fallecimiento del asegurado titular, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes;

g) Conforme a lo señalado en la letra c) del artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales, una vez transcurridos quince (15) días contados desde la fecha de envío de una comunicación por parte de la aseguradora al contratante y/o asegurado dando aviso de termino por encontrarse impaga la prima conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes

h) Cuando el contratante excluya a un asegurado titular de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la aseguradora, en este caso también se excluyen sus asegurados dependientes;

i) Cuando el asegurado presentare reclamaciones de siniestros fraudulentas, engañosas, apoyadas en

declaraciones falsas o documentos adulterados, además, la aseguradora exigirá la restitución de los gastos reembolsados o pagados al asegurado, si los hubiere. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión.

Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular excluido.

En caso que se reciban primas con posterioridad al término de la cobertura de un asegurado, se realizará la devolución de éstas al contratante.

2) Del contrato: Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. Conforme a lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, en caso de terminación anticipada por parte del contratante o asegurado, en los casos que así se haya pactado, la póliza terminará a la expiración del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Asimismo, se conviene que en caso que se excluya un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de la exclusión o de término del contrato.

ARTÍCULO N° 19: INDISPUTABILIDAD

Conforme a lo señalado en el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos (2) años desde la vigencia del asegurado en el seguro, la aseguradora no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas. Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.

ARTÍCULO Nº20: AVISO DE SINIESTRO

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

No obstante lo anterior, la Compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la Compañía, hasta 60 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Con todo, en caso de no renovación de la póliza el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza o el plazo que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificada, hará perder los derechos del Asegurado, liberando a la Compañía de seguros del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTÍCULO Nº 21: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso o pago directo de los gastos médicos por parte de la

aseguradora:

a) La entrega oportuna a la aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución o pago 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 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 cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución u otra entidad de las referidas en la letra anterior.

d) Para obtener la provisión de los Medicamentos Ambulatorios o el reembolso de los gastos incurridos por el asegurado en la adquisición de los mismos, el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:

i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos.

ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a treinta (30) días de la fecha de aviso de siniestro.

iii. Nombre del beneficiario que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.

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

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

Con todo, la aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que

estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos.

Sin perjuicio de lo anterior, para el pago directo a las entidades prestadoras de servicios cubiertos por esta póliza, conforme a las coberturas contratadas, se hará en los términos que establezca la compañía aseguradora con dichas entidades, y sin que esos términos afecten de ningún modo los derechos de los asegurados.

ARTÍCULO Nº 22: PAGO DE SINIESTRO

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la aseguradora dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la póliza y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la aseguradora, lo que representa una

condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma, además, la aseguradora da por

cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS Nº 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza. El contratante declara en este acto aceptar la forma de liquidación señalada.

El pago de la indemnización y el informe de liquidación se pondrá a disposición del asegurado, en las

oficinas principales de la aseguradora o en el acceso a clientes de su sitio Web, a través del contratante, del corredor de seguros, o a través de la forma y medios que se pacten con el contratante y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza y sean comunicadas a los asegurados.

En caso que los gastos cuya devolución o pago se esté solicitando se hubieren efectuado en moneda

extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

El reembolso de los gastos se efectuará por la aseguradora a nombre del asegurado titular o al contratante del seguro, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el asegurado titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

ARTÍCULO N° 23: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las cláusulas adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la aseguradora y el contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los asegurados bajo esta póliza, y de acuerdo a los efectos que se señalaran a continuación.

Cualquier modificación acordada entre la aseguradora y el contratante, deberá ser notificada a los asegurados a través del contratante, y ellas sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato colectivo. Las modificaciones no informadas serán inoponibles a los asegurados.

En estos casos, el asegurado podrá renunciar al contrato de seguro mediante comunicación escrita dirigida a la aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el contratante, o ante el intermediario, se presumirá su conocimiento por la aseguradora a contar de la fecha de su presentación a ellos.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza. Dichos documentos deberán cumplir con las mismas formalidades que se hubieren realizado o pactado para la póliza principal.

ARTÍCULO Nº 24: COMUNICACIÓN

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deban hacer la aseguradora, el asegurado o el contratante a cualquiera de los otros, según se han referido, y con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que este no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. En caso de oposición del uso de los correos electrónicos como medio de comunicación, se usará la carta certificada, enviada al domicilio de la persona a la que fuere dirigida, conforme se haya informado en la póliza o en algunos de los endosos, declaraciones o documentos que formen parte de ésta.

Las notificaciones efectuadas por correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de

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

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para realizar las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia

timbrada de aquellos, su individualización mediante códigos de verificación, u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza o en la solicitud de seguros respectiva.

ARTÍCULO Nº 25: ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio, cualquier dificultad que se suscite entre el

asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la aseguradora, 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, en las disputas entre el asegurado y la aseguradora que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a UF 10.000.- (diez mil Unidades de Fomento), el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El contratante, asegurado o beneficiario, según corresponda, 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 aseguradora 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 Nº 26: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de este seguro o de las coberturas adicionales, si las hubiere, y que afecten al presente contrato, serán de cargo del contratante.

ARTÍCULO N° 27: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO N° 28: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.