

PÓLIZA INDIVIDUAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 09 140

ARTICULO 1: COBERTURA

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

Tanto la definición de evento como su duración máxima se detallan en el Artículo 2 de esta póliza. Asimismo, los valores de los deducibles, porcentajes de reembolso, carencia, franquicias y monto máximo de gastos reembolsables correspondientes a la cobertura que otorga esta póliza, por su naturaleza, se señalan expresamente en las Condiciones Particulares de ésta.

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

Los gastos susceptibles de ser reembolsados en virtud de esta póliza son todos o algunos de los que se detallan a continuación, según se indique en las condiciones particulares:

(A) GASTOS DE HOSPITALIZACION:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas al asegurado durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, relacionadas con un mismo evento y que dicen relación con: atención privada de enfermería, cirugía dental por accidente, día cama de hospitalización, honorarios médicos, honorarios médicos quirúrgicos, servicio de ambulancia y servicios hospitalarios. Se entenderá por hospitalización, lo señalado en el número 21 del Artículo 2 de esta póliza. Dentro de los gastos de hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el asegurado durante una hospitalización domiciliaria, según lo indicado en el número 22 del Artículo 2 de esta póliza.

(B) GASTOS AMBULATORIOS:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de las prestaciones médicas realizadas al asegurado sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, relacionadas con un mismo evento, que se detallan expresamente a continuación: cirugía ambulatoria, consultas médicas, exámenes de laboratorio,

farmacia ambulatoria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, radiografías, radioterapia, quimioterapia y diálisis.

(C) GASTOS EXTRANJERO

Los gastos de hospitalización y los gastos ambulatorios provenientes de prestaciones médicas realizadas al asegurado en el extranjero serán susceptibles de ser reembolsados, siempre que digan relación con un evento y cumplan los requisitos establecidos en estas Condiciones Generales. En este caso, la compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTICULO 2: DEFINICIONES.

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

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado a satisfacción de la compañía, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

2. Asegurado: Es toda persona natural que, habiendo sido debidamente aceptada como tal por la compañía, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta póliza y puede ser:

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

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

(b) Asegurado Dependiente:

El cónyuge y los hijos del asegurado titular de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza y aquellos otros asegurados

dependientes del titular que eventualmente se detallen en las Condiciones Particulares. Los asegurados dependientes podrán permanecer amparados por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad señalada en las Condiciones Particulares, o hasta que el asegurado titular cumpla la edad señalada en las condiciones particulares.

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

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

5. Cirugía Dental por Accidente: Es el tratamiento de lesiones a los dientes naturales del asegurado provenientes de un accidente asociado a un evento y efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que el tratamiento se realice en un plazo máximo de seis (6) meses siguientes al accidente sucedido durante la vigencia de esta póliza. El tratamiento podrá incluir el reemplazo de las piezas dentales accidentadas.

6. Deducible: Es el monto de los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de algún evento cubierto por esta póliza que será siempre de cargo de dicho asegurado y cuyo monto para cada evento, por su naturaleza, se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza. El deducible podrá aplicarse para un evento, o bien para cada uno de los gastos, o bien, podrá ser distinto para cada una de las coberturas del artículo 1. La aplicación del deducible se detalla en el Artículo 9 de esta póliza.

7.- Franquicia: Es el monto de los gastos mínimos en que será necesario que incurra el asegurado a consecuencia de algún evento cubierto por esta póliza, para que tenga derecho a reembolso de los mismos. Excedido dicho monto, la compañía deberá pagar el total de los gastos sin ninguna deducción. El monto de la franquicia para cada evento, por su naturaleza, se establecerá en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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

9. Edad. Para efectos de esta póliza, la compañía podrá utilizar alguno de estos dos tipos:

9.1 Edad Cronológica: Corresponde a los años y días exactos de vida del asegurado, contados desde la fecha de su nacimiento..

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

Si la póliza sólo hace referencia a la “edad”, se entiende que se refiera a la edad cronológica.

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

11. Enfermedad o Condición de Salud Preexistente: Es cualquier enfermedad o situación de salud que afecte al asegurado y que sea conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la vigencia de esta póliza.

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

Para los efectos de esta póliza, la duración máxima del evento será aquella indicada en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de emisión del primer documento de pago extendido por la Compañía a nombre del asegurado o heredero. Lo anterior se aplica con independencia de la vigencia de la póliza, salvo que ésta termine por hecho o culpa del contratante. A falta de una estipulación distinta en el condicionado particular, la duración máxima del evento será de 365 días corridos.

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

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

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

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

16. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. Se deberá considerar además: (i) que sean prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los gastos médicos razonables y acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

17. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los gastos ambulatorios y/o gastos de hospitalización asociados a un evento que, habiendo superado el deducible o la franquicia en su caso, son susceptibles de ser reembolsados en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir gastos médicos razonables y acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 7 de esta póliza.

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

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

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

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

22. Hospitalización Domiciliaria: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona permanece en su domicilio por prescripción expresa del

médico tratante, como parte del tratamiento de una lesión o enfermedad y es sometida a prestaciones médicas realizadas por una empresa especializada autorizada por el sistema de salud al cual se encuentre afiliado el asegurado.

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

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

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

24. Lesión Preexistente: Es cualquier lesión que afecte al asegurado conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la cobertura que otorga esta póliza.

25. Medicamento: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

26. Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva, si la prescripción o gasto médico se produjo fuere de Chile.

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

28. Operación Quirúrgica: Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al asegurado por un médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de

procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un hospital de acuerdo a lo definido en la Ley N° 18.469.

29. Prima: Es la suma de dinero expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza, que el contratante se compromete a pagar a la compañía como contraprestación a la cobertura que se otorga en virtud de esta póliza.

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

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

32. Gastos Cubiertos por el Fondo Nacional de Salud (FONASA): Cualquiera sea la definición o descripción legal o reglamentaria que la autoridad de salud efectúe de los gastos que cubre el actual Fondo Nacional de Salud o quien haga su veces en el futuro, para los efectos de esta póliza, se entenderán cubiertos por dicha institución sólo los gastos efectuados por el asegurado que consten en bonos emitidos por ésta.

33. Índice de Masa Corporal (IMC): Es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

34. Sobrepeso: Persona con un IMC igual o superior a 25.

35. Obesidad: Persona con un IMC igual o superior a 30 o superior.

ARTÍCULO 3: PRIMA.

La Prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía o en los lugares que ésta designe, de acuerdo a la periodicidad escogida por el Contratante que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

La compañía podrá modificar la prima al momento de la renovación de esta póliza, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 siguiente.

ARTICULO 4: CARENCIA.

La cobertura otorgada en virtud de esta póliza tendrá el período de carencia indicado en sus Condiciones Particulares, contado desde la fecha de vigencia inicial de esta póliza para aquellos asegurados que la hayan contratado. Para el caso de los asegurados dependientes, la fecha se contará desde la incorporación.

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

ARTICULO 5: EXCLUSIONES.

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

- (a) Lesiones preexistentes o enfermedades preexistentes y sus consecuencias. 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 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.
- (b) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado al momento de contratar esta póliza;
- (c) Enfermedades psicológicas y psiquiátricas;
- (d) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento;
- (e) Cirugía plástica o tratamientos estéticos con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin;
- (f) Tratamientos ortopédicos, de sobrepeso y de obesidad.
- (g) Tratamientos secundarios o como consecuencia de cirugías estéticas, con excepción de cirugía reparadora para corregir lesiones accidentales que ocurran mientras el asegurado se encuentre amparado por la cobertura otorgada en virtud de esta póliza;
- (h) Gastos directamente relacionados con tratamientos médicos por adicciones, tales como tabaco, drogas y alcohol;

- (i) Lesión, enfermedad o tratamiento de éstas causadas por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares;
- (j) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el asegurado;
- (k) Lesión o enfermedad causada por:
 - (1) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros;
 - (2) Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país;
 - (3) Participación activa del asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma;
 - (4) Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad.
 - (5) Participación del asegurado en actos calificados por ley como delitos;
 - (6) Negligencia, imprudencia o culpa grave en que incurra el asegurado;
 - (7) Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados;
 - 8) Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.
- (l) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, incluidos los tratamientos maxilofaciales, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en Cirugía Dental por accidente descrita en el Artículo 2 de esta póliza;
- (m) Cirugía ocular correctiva, lentes o anteojos ópticos, aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos no producida por un accidente;
- (n) Cualquier tipo de órtesis o prótesis
- (o) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios distintos de aquellos prescritos al asegurado por el médico tratante en relación con el evento;

- (p) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, Medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una Lesión o enfermedad;
- (q) Atención particular de enfermería fuera del hospital, a excepción de la contemplada en hospitalización Domiciliaria definida en el Artículo 2 de esta póliza;
- (r) Lesión o enfermedad a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales;
- (s) La práctica de cualquier deporte objetivamente riesgoso, cuando no haya sido informado a la compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia. Serán consideradas riesgosas actividades de tipo federado, de liga o club; tales como: equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos; así como los conocidos como deportes extremos y/o de contacto físico, tales como parapente, benji, montañismo o escalada, buceo o inmersión subacuática, paracaidismo, alas delta, artes marciales u otros del mismo género, y en general aquellas actividades deportivas que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica;
- (t) Práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.172;
- (u) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno sujeto a itinerario, operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros;
- (v) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos;
- (w) Epidemias o pandemia; u,
- (x) Operaciones quirúrgicas o enfermedades derivadas de adicciones o abusos de sustancias tales como alcohol, drogas, tabaco y sus consecuencias.
- (y) Gastos del embarazo y del parto, así como sus complicaciones.

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

ARTICULO 6: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y REQUISITOS PARA SU PAGO.

En caso que el asegurado, a causa de un evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de la presente póliza, cualquier persona podrá presentarlo a la compañía, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, considerando el plazo definido en las Condiciones Particulares.

Una vez superado el deducible o en franquicia en su caso, los gastos reembolsables deberán ser presentados a la compañía dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días contado desde la fecha de emisión del documento que acredite dicho gasto.

Constituye requisito para rembolsar cualquier gasto por parte de la compañía:

- (a) La entrega oportuna a la compañía del formulario proporcionado por ella, con toda la información que en él se indique.
- (b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- (c) La entrega a la compañía de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del asegurado que acrediten el gasto incurrido y su cancelación. Asimismo, el asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que acrediten el pago o el reembolso de los gastos incurridos por las instituciones o entidades referidas en la letra anterior.
- (d) Que el asegurado informe a la compañía cualquier descuento aplicado o por aplicar con posterioridad a los reembolsos o bonificaciones efectuados por las instituciones o entidades referidas en la letra (b) anterior. Si el asegurado no comunica dichos descuentos a la compañía, ésta queda liberada de la obligación de reintegrar los gastos reembolsables al asegurado.

Será obligación del asegurado proporcionar a la compañía todos los antecedentes médicos y exámenes que obren en su poder, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar a satisfacción de ésta, que ha ocurrido un evento cubierto por esta póliza y determinar su monto. Con el mismo objeto, será obligación del asegurado autorizar a la compañía para requerir de sus médicos tratantes y/o instituciones de salud incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean, someterse a los exámenes y pruebas que la compañía solicite. El costo de éstos será de cargo de la compañía.

El incumplimiento de los requisitos antes mencionados y la presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza, implicará para el asegurado la pérdida de los derechos conferidos por ésta, liberando a la compañía de la obligación de efectuar los reembolsos que habría correspondido bajo esta póliza, salvo en caso de fuerza mayor. Esta última deberá ser probada por quien la alega.

ARTICULO 7: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.

La cobertura otorgada por esta póliza no cubrirá los gastos que deban reintegrar al asegurado la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de

Bienestar del cual sea socio, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490 u otras instituciones similares que otorguen tales coberturas. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas con las instituciones antes mencionadas, es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta póliza. Asimismo, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta póliza, podrán duplicar los reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones antes mencionadas.

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

Para los efectos de esta póliza, el procedimiento de cálculo de los gastos reembolsables considerará únicamente la diferencia entre el monto total de los gastos incurridos por el asegurado y aquellas sumas que sean restituidas al asegurado en virtud de coberturas que hubiere contratado con otras instituciones.

El asegurado tendrá obligación de informar a la compañía al momento de contratar esta póliza, o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de: (i) su afiliación a alguna institución de salud previsional (Isapre, Fonasa u otra institución); (ii) otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas; y (iii) seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza.

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

La compañía reintegrará al asegurado titular que haya incurrido en los gastos o, en su defecto, a los herederos legales de éste, los gastos reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de esta póliza, vigente a la fecha efectiva del evento, en la medida que tales gastos hayan sido presentados a la compañía dentro del plazo de duración del evento y excedan el deducible que se hubiere estipulado aplicar para cada evento según lo señalado en el Artículo 9 siguiente.

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

El monto máximo de gastos reembolsables se aplicará por asegurado o por grupo familiar, de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares, y por cada evento que ocurra durante la vigencia de esta póliza. Una vez alcanzado el monto

máximo de gastos reembolsables o vencido el plazo de duración del evento, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el asegurado en relación con el evento denunciado.

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

- (a) Si el asegurado obtiene bonificación de un gasto reembolsable por parte de Fonasa, Isapre u otra institución de salud, a la cual se encuentra afiliado, la compañía reembolsará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza, respecto de la parte no cubierta por la institución de salud.
- (b) En aquellos casos que no corresponda bonificación al asegurado por parte de alguna institución de salud, ya sea porque no se encuentre afiliado, las prestaciones reclamadas estén contractualmente excluidas de cobertura, éstas hayan superado el tope de bonificación, u otra causa, la compañía reintegrará el porcentaje de reembolso que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El pago de los eventuales reintegros de gastos reembolsables se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

ARTICULO 9: APLICACION DEL DEDUCIBLE Y DE LA FRANQUICIA.

Para los efectos de establecer el momento en que el asegurado supere el deducible que le corresponda de acuerdo a las Condiciones Particulares de esta póliza, la compañía considerará la suma de los gastos que sean presentados dentro del período establecido en las Condiciones Particulares, que comenzará a computarse desde la fecha de inicio del evento.

Si la suma de los gastos presentados no supera el deducible o la franquicia, en su caso, en el plazo antes mencionado, el asegurado podrá continuar presentando a la compañía otros gastos correspondientes al mismo evento. Sin embargo, la compañía considerará para efectos de definir el momento en que se supera el deducible, sólo los gastos presentados durante el período establecido en las Condiciones Particulares.

Si en el condicionado particular nada dice al respecto, no se podrá aplicar franquicia alguna.

ARTICULO 10: DECLARACION DEL ASEGURADO.

Para la contratación de esta póliza, el asegurado deberá informar detalladamente a la compañía acerca de todas las circunstancias relativas a su condición de salud, trabajo y actividades como también la de los asegurados Dependientes que

podieren influir en la apreciación de los riesgos y responder los cuestionarios que la compañía le presente describiendo las lesiones preexistentes o enfermedades preexistentes y las actividades que realice.

Toda información falsa, reticente o errónea proporcionada por el asegurado al momento de la contratación de esta póliza o durante la vigencia de ésta, que pudiere tener relevancia en la apreciación y magnitud de los riesgos, libera a la compañía de la obligación de reintegrar los gastos reembolsables y la faculta para poner término inmediato a la cobertura que otorga esta póliza, sin perjuicio de los demás derechos establecidos en la en tales casos.

ARTICULO 11: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y RENOVACIONES.

Esta póliza tendrá una duración de un año contado desde su fecha de vigencia inicial.

Su renovación será automática, al final del período por periodos iguales y sucesivos, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de una carta certificada, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de esta póliza. Sin embargo, en caso que la compañía decida no renovar esta póliza, la compañía mantendrá su obligación de reintegrar los gastos reembolsables originados por un evento ocurrido con anterioridad a la fecha de término de esta póliza, hasta alcanzar el monto máximo de gastos reembolsables o cumplirse el plazo máximo de duración del evento, lo que ocurra primero.

Antes de cada renovación anual de esta póliza, la compañía podrá establecer nuevas Primas para el siguiente periodo. Para tal efecto, la compañía comunicará por escrito al asegurado, con una anticipación de a lo menos cuarenta y cinco (45) días a la fecha de la renovación, el nuevo monto de las primas que deberán ser pagadas hasta el vencimiento del nuevo período anual.

Si las nuevas primas no son pagadas en su totalidad en la oportunidad correspondiente, se entenderá no renovada esta póliza, terminando la responsabilidad de la compañía en la fecha de vencimiento de la cobertura efectivamente pagada.

ARTICULO 12: TERMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA.

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

- (a) A partir de la fecha en que algún asegurado dependiente cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2° N° 2 letra (b) de esta póliza, o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la prima correspondiente ese asegurado.

- (b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla la edad actuarial máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares de acuerdo a lo establecido en el Artículo 2° N° 2 letra (a) de esta póliza, o por su fallecimiento.
- (c) Por término anticipado de la póliza.
- (d) Por no pago de la prima, señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, la compañía está facultada para poner término anticipado a la póliza, cuando el asegurado Titular hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí o los asegurados Dependientes al momento de la contratación o durante la vigencia de esta póliza que pudiere tener relevancia en la apreciación y magnitud de los riesgos o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, engañosas o apoyadas en declaraciones falsas, liberando a la compañía de la obligación de reintegrar los gastos reembolsables.

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

El eventual pago de la prima correspondiente a esta póliza después de haber quedado sin efecto ésta, no dará derecho, en ningún caso, a solicitar el reembolso de gastos generados por un evento. En tal caso dicha prima será devuelta en los términos establecidos por la compañía.

ARTICULO 13: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 14º: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y la compañía en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. 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, el asegurado podrá por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y

Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 15º: 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.

ARTÍCULO 16º: CLÁUSULAS ADICIONALES

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