

N° PÓLIZA : 20 107
N° PROPUESTA : 20 107

**CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA COLECTIVA DE SEGURO PARA
PRESTACIONES MÉDICAS DERIVADAS ENFERMEDAD
COLEGIO CONCEPCIÓN**

SEGUROS CLC S.A. en conjunto con el Contratante, quien se individualiza más adelante, suscriben el presente Contrato de Seguro, del cual forman parte integrante la propuesta presentada por el asegurado, sus declaraciones de salud, los antecedentes adicionales, las condiciones generales registradas en la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) y las condiciones particulares que se detallan a continuación.

Contratante : Centro de Padres Colegio Concepción San Pedro
RUT : 72.878.600-0
Dirección : Los Acacios # 107, San Pedro de la Paz, Concepción
Inicio Vigencia : 15 de noviembre 2017
Término Vigencia : 31 de diciembre 2018

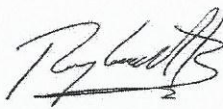
La presente póliza tiene la vigencia inicial y final aquí indicada y que será considerada como fecha de inicio de la cobertura, y se renovará tácita y automáticamente por período de un año si ninguna de las partes da aviso de término a la otra a través de carta certificada, con al menos un mes de anticipación a la fecha de término del contrato que estuviere rigiendo.

Domicilio Especial: Para todos los efectos judiciales del presente contrato, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago.

Tipo de Prima: : Anual
Modalidad de Pago de Prima : 8 cuotas mensuales precio contado, desde el 05 de marzo 2018.
Condiciones Generales : Inscrita en el Depósito de Pólizas SVS bajo el código POL320170159
Cobertura : Prestaciones Médicas por enfermedad
Prestador Preferente : Clínica Las Condes.
Arancel del Prestador : Arancel "Vivir Más" de Clínica Las Condes (VM)



Firma Contratante



p. SEGUROS CLC S.A.

Fecha de Emisión : 15 de Noviembre de 2017
Intermediario : DIRECTO COMPAÑÍA
Comisión : 0,00%

CONDICIONES PARTICULARES

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

- A. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
- B. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
- C. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
- Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
 - Los requisitos para cobrar el seguro.
- D. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

Este seguro:

NO contempla renovación garantizada.

SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.

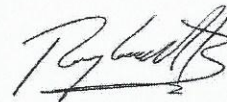
NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

NO cubre preexistencias (si cubre sólo algunas pre-existencia indicar cuáles o las condiciones en que se cubren en el Cuadro "Condiciones Especiales", si hubieran).

- E. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 320170159 en la Superintendencia de Valores y Seguros. Usted puede revisar este texto en www.svs.cl
- F. Este contrato no cuenta con sello Sernac.



Firma Contratante



p. SEGUROS CLC S.A.

1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA

1.1 Requisitos de Asegurabilidad:

La Compañía Aseguradora entregará las coberturas detalladas en esta Póliza para personas naturales en etapa escolar y que sean alumnos regulares del Colegio Concepción San Pedro.

Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza y tendrán cobertura sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la solicitud de incorporación al seguro, sin perjuicio de poder establecer restricciones o limitaciones especiales de cobertura.

1.2 Edad mínima de ingreso:

La edad mínima de ingreso para los asegurados será de 3 años de vida.

1.3 Edad máxima de ingreso a la póliza: La edad máxima de ingreso a la póliza para alumnos preescolares y escolares será de 20 años y 364 días.

1.4 Edad máxima de permanencia en la póliza: La edad máxima de permanencia en la póliza para alumnos preescolares y escolares será de 21 años y 364 días.

2. MONTO MÁXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurador reembolsará los Gastos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante la vigencia anual de la Póliza, que se estipulan a continuación y según las condiciones señaladas en la póliza:

Tipo de Evento	En Clínica Las Condes Tope de la Póliza	En otros prestadores Institucionales de Salud fuera de la Región Metropolitana Tope de la póliza
Gastos hospitalarios y ambulatorios, eventos con y sin riesgo vital	UF 15.000	UF 5.000
Medicamentos y drogas antineoplásicas Ambulatorios y Hospitalarios.	UF 2.000	UF 2.000
Traslado Secundario en todo Chile hacia Clínica Las Condes.	UF 200	UF 10
Rescate con riesgo vital	UF 50	UF 50
Rescate sin riesgo vital	UF 3	UF 3

Los Montos Máximos de Gastos Reembolsables señalados en el cuadro precedente no son acumulables. Para cada Evento, se considerará el tope que corresponda a Clínica Las Condes o bien el que corresponda a otro prestador de salud, dependiendo de cuál sea el establecimiento al que ingrese inicialmente el asegurado al momento de producirse el Evento cubierto por la Póliza, según el cuadro precedente. Sin perjuicio de lo anterior, en caso que el asegurado ingrese a otro prestador de salud con motivo de un Evento cubierto por la Póliza, podrá ser trasladado a Clínica Las Condes tras ser estabilizado, aplicándose en tal caso el tope de cobertura correspondiente a esta última, descontando el monto que la Compañía Aseguradora haya debido cancelar al otro prestador de salud dentro de los márgenes de su respectivo tope.

Cabe destacar que el monto máximo de gastos reembolsables es anual sin límite de eventos durante el año de vigencia de la póliza.

Arancel Vivir Más

Según lo indicado en el Artículo 4° numeral 17 del Condicionado General, para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía Aseguradora utilizará como referencia el Arancel del Prestador Clínica Las Condes denominado "Vivir Más".

3. COBERTURAS

Este seguro cubre eventos a causa de enfermedad según los Cuadros de Coberturas especificados a continuación y sólo si son derivados de un Evento definido en el Condicionado General Artículo 4° numeral 13.

Según lo indicado en el Artículo 2° del Condicionado General, la Compañía Aseguradora entregará las Coberturas detalladas en esta Póliza, siempre que la fecha de diagnóstico del evento cubierto por la póliza, sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza.

Según lo indicado en el Artículo 2° del Condicionado General, la Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos como complemento a la cobertura del sistema de salud previsional privado o estatal y de otros seguros o beneficios a los que se encuentre afiliado o adherido el asegurado.

3.1 Cuadro de Coberturas para Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos, para Asegurados CON sistema previsional Isapre vigente y/o Fonasa B, C o D.

	Cobertura en Clínica Las Condes	Cobertura en otros prestadores institucionales de salud fuera de la región metropolitana
Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización CON riesgo vital.	100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza	100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza y tope arancel Vivir Más
Cobertura para Gastos Médicos Hospitalarios y Ambulatorios SIN riesgo vital.	100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza y tope arancel Vivir Más ¹
Gastos sin reembolso Sistema Previsional.	50% después del reembolso de otros seguros, con tope póliza.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza y tope arancel Vivir Más ¹
Medicamentos Ambulatorios y Hospitalarios.	100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope UF 2.000	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope UF2.000 y tope arancel Vivir Más ¹
Cobertura Rescate ² en caso: a) Evento con riesgo vital b) Evento sin riesgo vital	a) 100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope de UF 50. b) 100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope UF de 3.	
Traslado Medicalizado ³ en todo Chile hacia CLC.	100% con tope UF 100	Sin Cobertura

(1) La cobertura para otros prestadores de salud fuera de la región metropolitana se regirá según el cuadro de cobertura anterior, correspondiente a Clínica Las Condes para las primeras UF 250 de montos reembolsables, una vez superado ese monto, se regirá por el cuadro de cobertura anterior, correspondiente a otros prestadores institucionales de salud hasta los topes señalados.

(2) Rescate: Trasladar en ambulancia o helicóptero al o los afectados al establecimiento hospitalario o centro asistencial de salud más próximo que cuente con la infraestructura necesaria para recibir un paciente grave.

(3) Traslado Secundario: Trasladar programadamente desde un establecimiento hospitalario o centro asistencial a otro de mayor complejidad a uno o más pacientes, siempre que su debida atención así lo requiera, que el traslado haya sido aceptado por el médico tratante y que la recepción del paciente esté coordinada con el hospital de llegada. La movilización deberá efectuarse proporcionando la debida atención profesional y técnica durante el traslado.

3.2 Cuadro de Coberturas para Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos para Asegurados con otros Sistemas Previsionales de Salud distintos a los definidos en el numeral 3.1.

	Cobertura en prestadores institucionales de salud donde aplique el sistema de salud previsional del asegurado.	Cobertura en Clínica Las Condes y otros prestadores institucionales de salud fuera de la región metropolitana
Cobertura para Gastos Médicos Hospitalarios y Ambulatorios con cobertura del sistema previsional del asegurado.	100% después del reembolso de sistema de salud previsional y otros seguros, con tope póliza y tope arancel Vivir Más.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza y arancel Vivir Más.
Gastos sin reembolso Sistema Previsional.	50% después del reembolso de otros seguros, con tope póliza y tope arancel Vivir Más.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope póliza y arancel Vivir Más.
Medicamentos Ambulatorios y Hospitalarios.	100% después del reembolso de sistema de salud previsional y otros seguros, con tope UF 2.000 y tope arancel Vivir Más.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope UF2.000 y tope arancel Vivir Más.
Cobertura Rescate ² en caso: a) Evento con riesgo vital b) Evento sin riesgo vital	a) 100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope UF 50. b) 100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope UF 3.	

3.3 Coberturas para Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos para Asegurados SIN Sistemas Previsionales de Salud.

En estos casos, la cobertura de este seguro será de un 50% de los porcentajes señalados en la tabla del punto 3.1 anterior.

3.4 Cobertura para Maternidad en Clínica Las Condes y Clínica Bío-Bío para gastos de hospitalización por embarazo, parto y nacimiento.

No obstante lo señalado en el Artículo 5° Exclusiones, letra b) del Condicionado General de esta Póliza, la Compañía Aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, y efectivamente incurridos por la asegurada y por el recién nacido, provenientes de complicaciones del embarazo, complicaciones del parto, de acuerdo a los porcentajes y topes descritos en el siguiente Cuadro de Coberturas para Maternidad y siempre que:

1) La atención del parto, complicaciones del embarazo o del parto, sea efectuada en Clínica Las Condes o Clínica Bío Bío. Esta Póliza no otorga cobertura de maternidad para atenciones en otros prestadores de salud distintos a los señalados;

- 2) El gasto no provenga de tratamientos de fertilización asistida o in vitro, o de tratamientos de estimulación ovárica con fines reproductivos;
- 3) El gasto no provenga de partos múltiples derivados de los tratamientos del punto anterior.
- 4) La fecha de concepción sea posterior al inicio de vigencia de la cobertura de esta Póliza.

3.4.1 Cuadro de Coberturas para Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos de Maternidad para Aseguradas con Isapre vigente:

Cobertura en Clínica Las Condes y Clínica Bío Bío	Cobertura para aseguradas CON Isapre vigente sin restricción en su plan de salud respecto del parto	Cobertura para aseguradas Con Isapre vigente y cobertura reducida de parto en su plan de salud
Cobertura para Gastos Médicos Hospitalarios provenientes de Complicaciones del Embarazo y/o del Parto y con reembolso Isapre	100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope de cobertura de la póliza.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope de cobertura de la póliza.
Cobertura para Gastos Médicos Hospitalarios provenientes de Parto sin complicaciones y con reembolso Isapre	100% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope de cobertura de UF 25.	50% después del reembolso de sistema de salud y otros seguros, con tope de cobertura de UF 25.

3.5 Cobertura para prestaciones hospitalarias por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA): No obstante lo estipulado en el Artículo 5º, Exclusiones letra h) de las Condiciones Generales, la Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización será extendida cuando opere a consecuencia del VIH/SIDA, que se haya contraído en fecha posterior al ingreso a la póliza. La cobertura de gastos ambulatorios se mantiene excluida cuando los gastos provengan o se originen por VIH/SIDA.

3.6 Tipo de Habitación en hospitalización: Este seguro cubrirá las hospitalizaciones en habitación estándar.

3.7 Asistencia gastos de viaje: Solo se otorgará cobertura por este concepto hasta por un monto de UF 15 tope anual, para cubrir los gastos de viaje incurridos por el asegurado en casos de hospitalizaciones en Clínica Las Condes y cuya cuenta total por gastos hospitalarios sea mayor a UF 200.

4. DEDUCIBLES

Es el monto de los Gastos Reembolsables que siempre son de cargo del Asegurado.

El Deducible se aplicará de forma anual, por cada Evento y por cada Asegurado.

Deducible de esta póliza: UF 65.

5. PERÍODO DE DURACIÓN DE REEMBOLSO

El Período de Duración de Reembolso será de dos (2) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento. Este período podrá renovarse por períodos iguales, siempre que:

- 1) La Póliza esté vigente y con los pagos al día.
- 2) El Asegurado involucrado en el Evento esté vigente en la Póliza.

6. PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

6.1 Cálculo de Prima: La Prima de este Seguro será única y por cada asegurado con un monto de UF 1,320 con IVA Incluido, por toda la vigencia del seguro.

Este seguro no tiene comisión de intermediación, es un seguro de venta directa por la compañía de seguros.

6.2 Modalidad de pago: La modalidad de pago de este seguro será en forma directa, pagada por el contratante.

7. DENUNCIA DE SINIESTROS

El plazo máximo para que la Compañía Aseguradora acepte a tramitación un Gasto Médico presentado para su reembolso será de 30 días y se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina.

7.1 Antecedentes a presentar: Los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando correspondan, copias de bonos, copias de órdenes de atención, copia de informe de atención de urgencia, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otro antecedente que estime necesario, para poder realizar la respectiva liquidación del siniestro.

8. EXCLUSIONES

Serán las establecidas en el Condicionado General, depositado en la Superintendencia de Valores y Seguros con el número POL320170159. Sin embargo, no se aplicarán las exclusiones establecidas en las letras bb) de la cláusula quinta de dicho Condicionado General, cuando el tratamiento sea indicado por el médico tratante del prestador preferente, y dichos gastos médicos se regirán por los mismos porcentajes y montos de cobertura establecidos en el presente condicionado. Tampoco se aplicará exclusión de la letra gg) cuando la hospitalización corresponda a un menor de edad.

9. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

La presente póliza tiene una duración desde el 15 de noviembre 2017 al 31 de diciembre 2018 y será renovada por períodos de un año al término de cada período de cobertura, salvo en aquellos casos en que la Compañía haya manifestado su voluntad en contrario por incumplimiento en el pago de la prima, por falta de veracidad u omisión en las declaraciones del asegurado o por cualquier otra causa contractual o legal. El contratante podrá poner término al contrato de seguros dando aviso a través de carta certificada y con 30 días de anticipación al término de la vigencia anual.

El contratante otorga su expreso consentimiento para que esta póliza se renueve anualmente a su término, siempre que las condiciones de cobertura indicadas en estas Condiciones Particulares se mantengan.

En el caso que hubieren cambios de cobertura y/o en el precio de la prima a ser aplicados en la renovación de esta póliza, Seguros CLC SA enviará un correo electrónico al contratante a la dirección de correo electrónico señalada en la propuesta de éste seguro. En él se indicarán las nuevas Condiciones de renovación. Todo ello se hará 60 días antes del término de la vigencia de la póliza. El contratante deberá manifestar su voluntad de aceptar las nuevas condiciones o terminar la póliza si no está de acuerdo con ellas dando respuesta al correo electrónico enviado. El contratante y la compañía convienen que si el contratante no da respuesta al correo electrónico enviado, esta póliza se renovará

con los nuevos cambios de cobertura y precio; en este caso, el contratante podrá poner término en cualquier momento a esta póliza con posterioridad a su renovación. Asimismo conviene que es responsabilidad del contratante comunicar a la Compañía cualquier cambio de dirección en el correo electrónico antes señalado.

10. INCORPORACION NUEVOS ASEGURADOS

La incorporación de nuevos asegurados se realizará según el artículo 16° de las Condiciones Generales.

11. ATENCIÓN AL CLIENTE

La Oficina de Atención a Clientes de Seguros CLC S. A. se encuentra ubicada en Estoril 450, Edificio 1, Subterráneo -1, Plataforma de Servicio al Paciente.

El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a 18:30 horas.

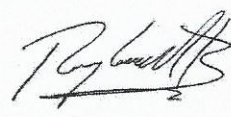
Call Center: 02-2610 7000 . Horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 20 horas.

Servicio al cliente: 02-22105778. Horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 18 horas.

E-mails de Contacto: atencionseguros@clc.cl / infoseguros@clc.cl



Firma Contratante



p. SEGUROS CLC S.A.

ANEXO 01

Circular N° 1487 Superintendencia de Valores y Seguros

INFORMACION SOBRE PRESENTACION DE CONSULTAS Y RECLAMOS.

En virtud de la circular No. 1487 de 17 de julio de 2000, de la Superintendencia de Valores y Seguros, las compañías de seguro deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante asegurado o beneficiario o aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz o en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en la que se atiende público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días y horarios especiales.

El interesado en caso de disconformidad respecto a lo informado por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, departamento de atención al asegurado, cuyos oficinas se encuentran ubicadas en Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1449, Santiago.

ANEXO 02: Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

- 1) **OBJETO DE LA LIQUIDACION:** La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.
- 2) **FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION:** La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.
- 3) **DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA:** En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.
- 4) **INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES:** El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.
- 5) **PRE-INFORME DE LIQUIDACION:** En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.
- 6) **PLAZO DE LIQUIDACION:** Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de: a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia; b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;
- 7) **PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION:** Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.
- 8) **INFORME FINAL DE LIQUIDACION:** El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).
- 9) **IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION** Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DERIVADAS DE ENFERMEDAD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320170159

ARTÍCULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el artículo 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 asegurado o el contratante a solicitud de la Compañía Aseguradora, y en base a la información que se entregue al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente Póliza.

La presente Póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado y asegurador. Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado o pagará directamente al prestador de salud los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos, una vez otorgada y pagada la cobertura del sistema de salud previsional, seguros complementarios y otros beneficios contratados por el asegurado. Lo anterior, cuando al asegurado se le diagnostique por primera vez una Enfermedad durante la vigencia de esta póliza que demande su internación hospitalaria y cuando este gasto se realice en él o los prestadores de salud que el asegurador determine, durante el Período de Duración del Reembolso que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se contará desde la fecha de ocurrencia del Evento y que sean originados por éste. Las definiciones de estos conceptos se encuentran contenidos en el artículo 4º de estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará los gastos referidos precedentemente, siempre que se cumplan copulativamente los siguientes requisitos: 1) Que el Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza; 2) Que se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso; 3) Que el monto de gastos supere el Deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 4) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al asegurado, durante su vigencia anual en la Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 5) Que estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 5º de estas Condiciones Generales; y 6) Que las prestaciones médicas sean entregadas por el o los prestador(es) indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Los reembolsos al Asegurado o pago al Prestador de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, Efectivamente Incurridos por el Asegurado, serán efectuados por la Compañía Aseguradora hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables por asegurado y de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso por gasto o por asegurado; límites y topes de

montos en dinero por atención o prestación; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el Asegurado; límites y topes por patologías y rangos etarios; límites y topes según el Arancel del Prestador determinado en las condiciones particulares; establecido para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura.

La Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, respecto del Evento, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, tales como: Isapres, Fonasa, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables, se define en el Artículo 4°, numeral 25 de estas Condiciones Generales se establecerá en las Condiciones particulares de la Póliza y se aplicará a cada Asegurado durante cada período de vigencia del contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos realizados a un asegurado o pagado al Prestador, alcanza el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante cada período de vigencia del contrato de seguro o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, el asegurado no tendrá derecho a reembolso alguno ni pago al Prestador por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

El Período de Duración de Reembolso, que se define en el Artículo 4°, numeral 28 de estas Condiciones Generales y cuya extensión se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza, es contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador de conformidad a los términos de esta Póliza. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía ni pagado al Prestador.

Serán de cargo del asegurador únicamente los gastos médicos relacionados con y provenientes exclusivamente de:

A. Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización: Gastos Médicos de Hospitalización provenientes de prestaciones realizadas durante una Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

1. Días cama hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado Intensivo e Intermedio.

2. Servicios hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministradas al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante.

3. Honorarios médicos quirúrgicos: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsanteras que intervengan en una Operación Quirúrgica de las enfermedades cubiertas por este seguro.

4. Prótesis Quirúrgicas: Son los gastos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales.

5. Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el traslado terrestre del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para este beneficio que se indicarán en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

B. Cobertura para Gastos Médicos Ambulatorios: Gastos Médicos Ambulatorios provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

1. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.

2. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico entrega su parecer y recomienda los pasos a seguir.

3. Exámenes de Laboratorio: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

4. Radiografías: Es aquella imagen registrada en una placa fotográfica sensible a los rayos X. Estos rayos atraviesan el cuerpo humano en distintos grados según la densidad de los tejidos.

5. Imagenología: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos.

6. Ultrasonografía: Es aquella técnica de imagen basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o refractar las ondas de ultrasonido emitidas por un equipo. Dichas ondas son emitidas y detectadas por un equipo que, mediante la codificación, en un plano, de los diferentes puntos de reflexión generados por el tejido, los representa en una imagen en gama de grises, de forma proporcional a la intensidad de la reflexión, según su frecuencia y el tiempo en que son detectados.

7. Medicina Nuclear: es la rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

8. Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos: Procedimientos por los cuales se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

C. Cobertura para Medicamentos: La Compañía Aseguradora reembolsará, los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado por concepto de medicamentos, a causa de un Evento, recetados exclusivamente por un médico para uso intrahospitalario o ambulatorio, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para cada una de las categorías de medicamentos que se indiquen en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura.

Las categorías de medicamentos serán las siguientes:

1. Medicamentos Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
2. Medicamentos No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en la categoría anterior, 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;
3. Medicamentos 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 o no genéricos;
4. Medicamentos 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 o no genéricos.

ARTÍCULO 3º: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que se establezcan en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, ésta última contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o pago al prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) pesos en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo exigido como cobertura del sistema previsional y de otros seguros o beneficios de salud a los que se encuentre afiliado o adherido el asegurado indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador considerando como costo de cada evento para los efectos de determinar la cobertura, que el gasto reembolsable no podrá superar el costo total descontado la bonificación mínima exigida indicada para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso o pago al Prestador diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado, el prestador médico

que originó el gasto, el tramo al que pertenece el beneficiario en el caso de sistema de salud estatal, y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

e) El pago al prestador o reembolso al asegurado, tendrá como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta póliza el monto definido en el Arancel del Prestador, que se indique en las condiciones particulares.

f) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la compañía de seguros calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará al Asegurado ni pagará al Prestador más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Reembolso indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 4º: 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, 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 inmersión y lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

2. Alta Hospitalaria: Se considera el momento en que el médico tratante determine que los cuidados del paciente no requieren necesariamente de hospitalización.

3. Arancel del Prestador: Documento que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes en el Prestador. En caso que alguna prestación exceda dichos aranceles, SEGUROS CLC S.A. sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante del contrato de seguro y se encuentra disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía.

4. Asegurado: Es aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para obtener la cobertura de esta Póliza, el asegurado debe ser persona natural; cumplir con los requisitos de

asegurabilidad, edad mínima de ingreso y edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y haber suscrito la solicitud de incorporación o propuesta de seguros proporcionada por la compañía, distinguiéndose entre:

a) Asegurado Titular: Es el contratante de la Póliza, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) Asegurado Dependiente: Es el (la) cónyuge o el (la) conviviente y/o los hijos del asegurado titular, cuya incorporación ha sido solicitada por este último y aceptada expresamente por la Compañía Aseguradora y se encuentre individualizado(a) en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

5. Cirugía y Tratamientos Dentales y Maxilofaciales: todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares temporomandibulares,

6. Compañía Aseguradora o Compañía: Compañía de Seguros que toma de su cuenta el riesgo.

7. Contratante, Contrayente o Tomador: El que celebra el contrato con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado si se tratara de una persona distinta. El contratante se indica como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

8. Cuadro de Cobertura: Corresponde al detalle de todas las coberturas, servicios o prestaciones que otorga esta Póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.

9. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta Póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 12° y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 13°, ambos de estas Condiciones Generales.

10. Diagnóstico: La constancia médica de una enfermedad, basada en la historia clínica del asegurado o en sus respectivos exámenes.

11. Enfermedad: Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal.

Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

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

12. Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes: Se entiende por tales, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.
13. Evento: Es la ocurrencia de un diagnóstico confirmado de una Enfermedad que origina gastos por medicamentos, servicios, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con el diagnóstico principal de la enfermedad, y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de tal Enfermedad, todo considerando el Período de Duración del Evento. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en esta póliza.
14. Gastos Efectivamente Incurridos: es la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado o pagadas al Prestador, por instituciones o entidades que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.
15. Gastos Médicos Ambulatorios: Son aquellos gastos incurridos por el Asegurado provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un Hospital.
16. Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.
17. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto promedio que se cobra por prestaciones de carácter similar al Gasto Ambulatorio y/o Gasto de Hospitalización que se solicita reembolsar o pagar al prestador, en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (a) que sean las prestaciones que son suministradas en todos los establecimientos para el tratamiento de la enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (b) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (c) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía Aseguradora utilizará como referencia el Arancel del Prestador en primer término, y los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando en segundo término.
18. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios, Gastos de Hospitalización, Gastos por Medicamentos y Gastos Médicos en el Extranjero, que son susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales.
19. Habitación estándar: Aquella que determine el prestador de acuerdo a la naturaleza de la afección y complejidad que afecte al asegurado.
20. Hospital o Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas,

que proporcionen asistencia de enfermería las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

21. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún respecto, la asistencia domiciliaria.

22. Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera tratamiento médico. Para efectos de esta póliza, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo Evento.

23. Medicamento: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile 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.

24. 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 prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

25. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

26. 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.

27. Ortesis: dispositivo o aparato externo que se utiliza para sostener, alinear o prevenir deformidades, o mejorar la función de partes móviles del cuerpo.

28. Período de Duración de Reembolso: Corresponde al plazo definido en las Condiciones Particulares de la Póliza contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos médicos originados por el Evento dentro de dicho plazo, serán reembolsados al asegurado o pagados al prestador, de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine o

en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la Compañía Aseguradora ni pagado al Prestador.

29. Póliza: El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la propuesta, la declaración personal de salud, las condiciones generales, condiciones particulares, las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

30. Prestador de Salud Preferente o Prestador: Es aquel establecimiento hospitalario que se individualiza como preferente en las condiciones particulares de esta Póliza. El prestador es aquel que le cobra directamente al Asegurado o factura los Gastos Reembolsables correspondientes del servicio que debe asumir la Aseguradora.

31. Propuesta de Seguros: La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al asegurador por el contratante, el asegurado o por un tercero a su nombre.

32. Prótesis: Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

33. Riesgo Vital: Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, que requiera atención de urgencia de manera inmediata e impostergable, y que corresponda a un Evento cubierto por esta Póliza, diagnosticado por un médico y conformado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ARTÍCULO 5º: EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las indemnizaciones ni pagos al prestador, según sea el caso, de las distintas coberturas de esta Póliza cuando el fallecimiento o gastos médicos incurridos del asegurado, provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

a) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes. En las Condiciones Particulares de la póliza se deberá dejar constancia de las enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o por el Asegurado, las que no serán cubiertas, tampoco serán cubiertas las enfermedades preexistentes no declaradas por el Asegurado. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá indicar en las Condiciones Particulares las condiciones en que les otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Contratante o Asegurado entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

b) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto, abortos, maternidad, por la pérdida que resulte del embarazo, por enfermedades a causa del embarazo y Maternidad en general.

c) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.

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

e) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos para corregir malformaciones congénitas o que sean con fines de embellecimiento, a

menos que sean necesarios para el tratamiento por complicación de una intervención quirúrgica causada por una patología, que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por esta Póliza.

- f) La cirugía y/o tratamiento del sobrepeso o por obesidad, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, si el IMC es inferior o igual a 40.
- g) Estudios y tratamientos por talla baja (cualquiera sea su origen), gigantismo, ginecomastia, u otros similares, y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
- h) Enfermedad 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.
- i) Lesión o enfermedad causada por guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
- j) Lesión o enfermedad causada por participación activa del Asegurado en riñas, alborotos, rebelión, revolución, motín, poder militar, sabotaje, cualquier acto contra el orden público, en acto terrorista o en actos calificados por la ley como delitos, dentro o fuera del país.
- k) Tratamientos médicos causados por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas, alcohol y demás sustancias de efectos análogos o similares, así como los tratamientos por adicción a drogas, tabaquismo o alcoholismo, y cualquier Lesión y/o Enfermedad derivada de dicha ingestión o adicción, aun estando el Asegurado enajenado mentalmente o en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.
- l) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión del estado de ebriedad o efectos de las drogas o alucinógenos o somníferos o de cualquier sustancia que produzca efectos desinhibidores, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente; o lesión o enfermedad causada por la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier maquinaria ejecutados en este estado.
- m) Enfermedades o lesiones auto-provocadas, suicidio, intento de suicidio, heridas auto infringidas, abortos auto-provocados, lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento, intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión; cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- n) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental, prótesis y órtesis maxilofaciales y tratamiento maxilofacial en general.
- o) Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica, Lentes o anteojos ópticos.
- p) Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.

- q) Cualquier tipo de prótesis y órtesis salvo las consignadas en el Artículo 2º, letra A, numeral 4, de estas Condiciones Generales.
- r) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el Artículo 2º, letra C de estas Condiciones Generales. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- s) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico o tratamiento de un Evento.
- t) La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria y los gastos originados como atención médica domiciliaria.
- u) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- v) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica de cualquier actividad objetivamente riesgosa, cuando no haya sido informado a la compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso: el manejo de explosivos; minería subterránea; trabajo o deporte o actividad en altura superior a 20 metros o en líneas de alta tensión; inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad; andar en lancha, moto o cuatrimoto o motocicleta, como conductor o pasajero; carreras de auto; montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar; carreras de caballo; ski y snowboard dentro y fuera de canchas o pistas habilitadas; así como los conocidos como deportes extremos tales como parapente, benji, canopy, paracaidismo, alas delta u otros del mismo género; y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.
- w) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712, cuando no haya sido informado a la compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia.
- x) Lesión o enfermedad causada por prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo incluyendo las funciones de policía civil y gendarmería.
- y) Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase realizados en forma habitual o regular por el asegurado, como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial reconocida por I.A.T.A., sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- z) Cirugía, tratamientos o gastos a consecuencia de: esterilidad o fertilidad; impotencia masculina; tratamientos anticonceptivos; cirugía de reducción o aumento mamario; y complicaciones de ellos.
- aa) Criopreservación y compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- bb) Gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la Compañía Aseguradora y de Fonasa en ese sentido.

cc) Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

dd) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriólogos, reflexología, quiropraxia, y otros similares.

ee) Evaluaciones o tratamientos por terapia ocupacional.

ff) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.

gg) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

hh) Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.

ii) Lesión provocada por un accidente.

ARTÍCULO 6°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado, conforme al artículo 524 del Código de Comercio, está obligado a:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
4. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
5. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.
6. En caso de ocurrencia de un evento cubierto por esta póliza, el asegurado deberá acercarse al Servicio de Urgencia de los prestadores definidos en las condiciones particulares de la Póliza tan pronto como le sea posible y no podrá superar para ello el plazo establecido en las condiciones particulares de la Póliza.
7. Comunicar por escrito a la compañía de seguros el retiro o cambio de su plan o sistema de salud previsional, en un plazo máximo de 30 días. En caso de que dicha comunicación no se efectúe o que el plan de salud previsional disminuyera la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la compañía de seguros calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si el Tomador o Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Tomador o Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del Tomador o Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 7º: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

La Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 8º: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE AL ASEGURADO DEL SEGURO COLECTIVO

Sin perjuicio de las obligaciones de la Compañía Aseguradora y de lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio, el Contratante deberá informar al Asegurado que se incorpore a la Póliza Colectiva, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

ARTÍCULO 9º: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los cambios en el monto de la prima estarán expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros suscrita por el Asegurado Titular, variando su monto según la edad del Asegurado Titular y el número de Asegurados Dependientes cubiertos por esta Póliza.

a) Pago de Primas:

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza. La periodicidad de pago de las primas de este seguro podrá ser mensual, trimestral, semestral o anual, según se señale en las Condiciones Particulares de la Póliza, y deberán ser pagadas a más tardar, el último día hábil del mes de inicio del período a que corresponden.

El contratante del seguro deberá pagar durante la vigencia del seguro, la prima por el monto, condiciones y forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que el asegurador podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas y en el lugar determinado en las condiciones particulares.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente.

b) Efecto del No pago de la prima:

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días (15) contado desde la notificación que, conforme a estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Asegurado y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

ARTÍCULO 10º: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado al Prestador en virtud de esta Póliza, el asegurado deberá notificar el Evento a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en el 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.

El plazo máximo para que la Compañía Aseguradora acepte a tramitación un Gasto Médico presentado para su reembolso por el asegurado o por quien él designe para este efecto, será definido en las Condiciones Particulares de la Póliza y será contado desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del Gasto Reembolsable. En caso de cumplimiento extemporáneo de esta obligación, la compañía de seguros no otorgará cobertura al evento notificado.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el Evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador a causa de dicho Evento, los siguientes:

a) Formulario proporcionado por la Compañía, con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.

b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Fonasa, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

c) 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 den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, efectuado o

por efectuar en favor de él, por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el Evento denunciado, a objeto de acreditar a satisfacción de la Compañía que ha ocurrido un Evento cubierto por este Póliza y determinar su monto. En el mismo sentido, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del Evento denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

En el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar un siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11°: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurado, conforme al Artículo 10°, letra b precedente, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Fonasa, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

Para los efectos de esta Póliza, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los Gastos Efectivamente Incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

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

ARTÍCULO 12°: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará al Asegurado Titular que haya incurrido en los gastos a causa de un Evento o, en su defecto, a los herederos legales de éste conforme lo determina la ley, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en la medida que tales gastos hayan sido incurridos dentro del Período de Duración de Reembolso, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado en el Artículo 13° de estas Condiciones Generales.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la Compañía Aseguradora efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta Póliza, efectuará, previa liquidación correspondiente, el pago de los Gastos Reembolsables al Asegurado o el pago al Prestador. El reembolso al Asegurado o pago directo al Prestador que corresponda, se efectuará en las oficinas principales de la Compañía Aseguradora al respectivo asegurado o prestador de salud.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza se aplicará por Asegurado durante la vigencia de su cobertura en esta Póliza. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

La Compañía sólo reembolsará o pagará al prestador, el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza por los Gastos Efectivamente Incurridos por el asegurado, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador establecidos en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza, se atenderá a las siguientes situaciones en que se encuentre el Asegurado afectado por el Evento:

a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) El mismo procedimiento de la letra a) precedente, se aplicará respecto de aquellos Asegurados que, estando afiliados a un sistema de salud previsional, privado o estatal, los gastos efectivamente incurridos por él no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) pesos en tales instituciones.

c) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la compañía de seguros calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

d) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y los gastos efectivamente incurridos por él cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) pesos, en tales instituciones, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre la parte de dichos gastos que no han sido objeto de bonificación, aporte y/o reembolso por tales instituciones, aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El pago al Prestador o de los eventuales reembolsos se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar o a pagar al Prestador, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo modifique.

En caso que los gastos cuya cobertura se esté solicitando, se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso al Asegurado o pago al Prestador, se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme al procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 13°: APLICACION DEL DEDUCIBLE

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer deducibles por Evento, por Asegurado, por la edad de éste y según el porcentaje de reembolso sobre el monto total de los Gastos Médicos que realice cualquiera institución pública o privada del sistema previsional o de salud al que el Asegurado se encuentre afiliado o adherido, indicando su monto expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta Póliza; 2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros sobre el monto determinado conforme al número anterior; y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

En los casos en que, el monto del Deducible se determine por la edad que tenga el Asegurado al momento de ocurrencia del Evento, monto de Deducible quedará fijo para dicho Evento por todo el Período de Duración del Reembolso del Evento, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora podrá establecer montos diferenciados de Deducible para ciertas enfermedades, y podrá establecer deducibles diferenciados y situaciones exentas de pago de deducible asociadas al pago de primas adicionales circunstancias que serán especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De igual forma en las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer montos diferenciados de Deducible según el porcentaje de reembolso del sistema de salud previsional al que el Asegurado se encuentre afiliado, sobre el monto total de los Gastos Médicos.

ARTÍCULO 14°: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO COLECTIVO DE SEGURO

El contrato colectivo de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, tendrá la duración señalada en las Condiciones Particulares, y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que pacte el Contratante con la compañía de seguros al término de cada vigencia, sin que dicha renovación esté garantizada. En caso de término del contrato de seguro colectivo, las coberturas contratadas para uno o más asegurados en particular podrán permanecer vigentes hasta el término del período que se haya señalado en las Condiciones Particulares y por el cual se haya pagado la prima respectiva. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de que no podrán seguir incorporándose nuevos asegurados a ella, desde la fecha de su terminación.

ARTÍCULO 15°: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

La vigencia de la cobertura definida en el Artículo 2° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta Póliza, será la que se especifique en el respectivo Certificado de Cobertura para cada uno de los asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la Póliza, los asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

Por tanto, terminada la vigencia de la Póliza, los asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 16°: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS E INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Si durante la vigencia del seguro, un Asegurado Titular desee incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía de Seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y ser aceptados por la Compañía de Seguros, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de las coberturas y el correspondiente cobro de prima para el o los nuevos asegurados dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía de Seguros u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el nuevo Asegurado y notificará dicha circunstancia al Asegurado Titular.

ARTÍCULO 17°: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

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

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del contratante, en los siguientes casos:

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 9° precedente;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 21° de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

ARTÍCULO 18°: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

La cobertura de esta Póliza, y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere terminará para todos los Asegurados:

- a) Por término de su cobertura individual por el vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Certificado de Cobertura;
- b) Cuando el contratante informe que el asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos, en los términos señalados en el Artículo 9°;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7° de estas Condiciones Generales,
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

El término anticipado de la Póliza, como efecto del no pago de la prima se regulará conforme a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio. Si la terminación se produjera como consecuencia de cualquiera de las restantes causales, o como consecuencia de la voluntad propia del Asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 537 del mismo cuerpo legal. En cualquiera de los casos precedentes, terminada la vigencia de la póliza, cesará la cobertura del seguro respecto del o los asegurados afectados por la causal de terminación de que se trate, cesando las obligaciones de la Compañía respecto de los eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 19°: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO COLECTIVO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas por acuerdo entre la Compañía Aseguradora que otorgue la cobertura y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los asegurados bajo esta póliza o de los beneficiarios de la misma. La Compañía Aseguradora deberá notificar a los Asegurados a través del Contratante, todas las modificaciones del seguro, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al Asegurado. En tal evento, el Asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía de Seguros dentro de los 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 el intermediario, se presumirá su conocimiento por la Compañía de Seguros a contar de la fecha de su presentación.

ARTÍCULO 20°: AJUSTE DE LA PRIMA

En el evento que, con motivo de una renovación de póliza, las primas sufran una modificación en su monto distinta a los cambios por tramo de edad preestablecidos y señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, la Compañía de Seguros informará por escrito al contratante de la Póliza

sobre esta circunstancia, con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha de renovación de la Póliza. El contratante tendrá el derecho a aceptar o renunciar a la renovación de la Póliza, lo cual deberá informar por escrito a la Compañía Aseguradora en un plazo de treinta (30) días, contados desde la recepción de la comunicación en que se propone su renovación.

ARTÍCULO 21º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y coberturas, será el vigente al momento de su pago efectivo.

En el evento que no se determinare el valor de la unidad de fomento por la autoridad competente, el asegurador podrá modificar la reajustabilidad del presente contrato a la unidad que la Superintendencia de Valores y Seguros determine conforme al Artículo 10 del D.F.L. 251, de Hacienda, de 1931.

Si la moneda o unidad 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 Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

La nueva unidad determinada por la Superintendencia de Valores y Seguros regirá provisoriamente para todos los efectos de este contrato, entre la fecha de la resolución que la apruebe y la indicada en los incisos precedentes

ARTÍCULO 22º: REHABILITACION DE LA PÓLIZA

Producida la terminación anticipada de la Póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante O Asegurado Titular solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la Póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 23º: 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 de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 24º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico u otro medio electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta Póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, 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.

ARTÍCULO 25º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el (los) asegurado(s) o el contratante, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del 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 la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

No obstante lo anterior, 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 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 N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 26º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta Póliza y que extiendan o amplíen las coberturas establecidas en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 27º: 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.