

SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DE ALTO COSTO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320200238

ARTICULO PRIMERO: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO.

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

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 Contratante y la Compañía. Si el Contratante del seguro y el Asegurado Titular 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.

ARTÍCULO SEGUNDO: COBERTURA.

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará directamente al Prestador de Salud los Gastos Reembolsables efectivamente incurridos derivados de un Evento cubierto por esta Póliza descritos en el Artículo Quinto de estas Condiciones Generales, una vez otorgada y pagada la cobertura del Sistema de Salud Previsional, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado. Los límites, condiciones y tipo de Sistema de Salud Previsional que debe tener el asegurado al momento de contratar se encuentran establecidos en la presente Póliza y/o en las Condiciones Particulares.

Los gastos susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados directamente al Prestador en virtud de esta Póliza, son los que se detallan a continuación:

(A) GASTOS DERIVADOS DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones efectuadas o prescritas por un Médico Tratante realizadas al Asegurado durante una Hospitalización, con internación de a lo menos una noche en un Hospital. Incluye:

- Gastos por Hospitalización: habitación estándar, alimentación del Asegurado y atención general de enfermería durante la estadía en el Hospital.
- Gastos por Servicios Hospitalarios: servicios prestados al Asegurado por el Hospital, no incluidos en la definición anterior, tales como: atención de urgencia en que el paciente queda Hospitalizado, derechos de pabellón, exámenes, materiales clínicos, procedimientos e insumos y otros prescritos por el Médico Tratante.

- Gastos por Atención Médica: Atención de Médico Tratante, de Profesionales Médicos y Paramédicos del Hospital en el tratamiento de la Enfermedad o Accidente durante la Hospitalización del Asegurado. En caso que el Asegurado se hospitalice en el Prestador Preferente individualizado en las Condiciones Particulares, deberá elegir al o los Médicos Tratantes dentro del staff de profesionales que mantenga el Prestador Preferente, quién será el encargado de indicar, efectuar y controlar el tratamiento para la patología y su seguimiento. Si fuere necesario, verificará el diagnóstico inicial. Se incluyen las interconsultas que determine el Médico Tratante y los honorarios Médicos correspondientes, siempre que tengan relación con el evento cubierto.

- Gastos por Servicio de Rescate Terrestre: corresponde al traslado terrestre del Asegurado hacia el o los Prestadores Preferentes indicados en las Condiciones Particulares para este efecto, en una ambulancia del Prestador Preferente al Servicio de Urgencia del mismo y que tenga como consecuencia una Hospitalización originada por un Accidente o Enfermedad. Los porcentajes, topes y limitaciones de esta cobertura se encuentran detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

(B) GASTOS DERIVADOS DE PRESTACIONES AMBULATORIAS ONCOLÓGICAS:

Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado en forma ambulatoria efectuadas o prescritas por un Médico Tratante con motivo de una Enfermedad Oncológica diagnosticada durante la vigencia de la Póliza. Incluye:

- Gastos por Atención Médica Completa para el Tratamiento Oncológico: El Asegurado elegirá al Médico Tratante dentro del staff de profesionales que mantenga el Prestador Preferente individualizado en las Condiciones Particulares, quién será el encargado de indicar, efectuar y controlar el tratamiento para la patología oncológica y su seguimiento. Si fuere necesario, verificará el diagnóstico inicial. Se incluyen las interconsultas que determine el Médico Tratante y los honorarios Médicos correspondientes, siempre que tengan relación con el evento cubierto.

- Radioterapia: Comprende la radioterapia prescrita por el Médico Tratante.

- Cirugías y Hospitalizaciones Ambulatorias o Transitorias prescritas por el Médico Tratante.

- Exámenes de Diagnóstico: Comprende los exámenes de diagnóstico requeridos por el Médico Tratante para confirmar, evaluar y controlar la Enfermedad Oncológica.

(C) GASTOS DERIVADOS DE DROGAS Y MEDICAMENTOS:

Drogas y Medicamentos: Comprende todo producto farmacéutico alópata que cuente con Registro Sanitario en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión o Enfermedad. En las Prestaciones Hospitalarias Oncológicas o No Oncológicas (letra (A) anterior) comprende las drogas y medicamentos suministrados al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico Tratante. En las Prestaciones Ambulatorias Oncológicas (letra (B) anterior) comprende sólo las drogas de quimioterapia y hormonoterapia, debiendo ser prescritas por el Médico Tratante y ser parte de su protocolo de tratamiento. Los topes, alcances y coberturas de este ítem se encuentran detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO TERCERO: CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD.

Las condiciones de asegurabilidad relativas a la edad para contratar la presente Póliza, edad de ingreso y de permanencia de los Asegurados y las relacionadas con la Declaración Personal de Salud y de Actividades Riesgosas, se encuentran especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO CUARTO: PRECIO DE LA COBERTURA.

El precio de la cobertura correspondiente a cada Asegurado se determina en base a la edad alcanzada en cada renovación de la Póliza y, por su naturaleza, se detalla en las Condiciones Particulares. El precio de la cobertura, por tanto, será ajustado automáticamente, cuando corresponda, en cada renovación de la vigencia de la Póliza.

La Compañía podrá modificar el precio de la cobertura al momento de la renovación de esta Póliza de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO QUINTO: DEFINICIONES.

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

Accidente:Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado a satisfacción de la Compañía, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles o lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera también como Accidente las consecuencias o lesiones que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como Accidentes el suicidio o intento de suicidio, ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades o accidentes vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado o cualquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que se originen como una complicación de una Lesión accidental.

Alta Hospitalaria: Se considera como tal el momento en que el Médico registra en la ficha clínica el alta médica que se traduce en que los cuidados del paciente ya no requieren de Hospitalización o el momento en que el paciente egresa del Hospital, dependiendo de cuál acontecimiento ocurra primero.

Arancel Prestador:Documento que contiene los aranceles vigentes del Prestador Preferente, incluidos los Honorarios Médicos, cuya aplicación se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso que el valor de alguna prestación exceda de dichos aranceles, la Compañía sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante de la Póliza, y se encuentra disponible en los Prestadores Preferentes.

Asegurado:Es la persona a quien afecta el riesgo que se transfiere a la Compañía Aseguradora. Para obtener la cobertura de esta Póliza, el Asegurado debe ser una persona natural; cumplir con los requisitos de asegurabilidad, edad mínima y máxima de ingreso y edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y haber suscrito la propuesta de seguros proporcionada por la Compañía, distinguiéndose entre:

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

ii. Asegurado Dependiente:Se entenderá como Asegurado Dependiente aquél descrito 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.

Bonificación Mínima Exigida: Corresponde al porcentaje mínimo de bonificación exigido por la Compañía de seguros, consistente en los aportes del Sistema de Salud Previsional, otros seguros y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado respecto del valor total de las prestaciones, el cual es de exclusivo cargo del Asegurado y de naturaleza diferente al Deducible establecido en la Póliza. El porcentaje y aplicación serán establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cáncer Primario: La Enfermedad neoplásica que afecta un tejido u órgano determinado y cuyo origen no tiene relación con un cáncer previo.

Cirugías y Tratamientos Dentales y Maxilofaciales: Aquellas cirugías y tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares témporo-mandibulares.

Compañía Aseguradora o Compañía: Es la Compañía de seguros que toma de su cuenta el riesgo.

Contratante: Es la persona natural 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, quien puede ser el mismo Contratante. El Contratante se individualiza como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cuadro de Cobertura: Es el detalle de todas las coberturas, servicios o prestaciones que otorga esta Póliza, indicados en las Condiciones Particulares y se entiende forman parte integrante de la misma.

Deducible: Es el monto de los Gastos Reembolsables en que incurra el Asegurado a consecuencia de algún Evento cubierto por esta Póliza que será siempre de cargo de dicho Asegurado y cuyo monto se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Diagnóstico: La constancia médica de una Enfermedad, basada en la historia clínica del Asegurado, así como en su examen físico o en sus respectivos exámenes o estudios de laboratorio y de imágenes, y en el caso de Enfermedad Oncológica, los exámenes histopatológicos o citológicos, según corresponda.

Drogas y Medicamentos: Comprende todo producto farmacéutico alópata que cuente con Registro Sanitario en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión o Enfermedad. No se considera Medicamento aquellos indicados para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea calificado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

Enfermedad: Toda alteración de la salud contenida en el Manual denominado "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" editado por la Organización Mundial de la Salud. Es un estado que se produce por la pérdida parcial o total o la alteración de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que alteran la función vital normal.

Su diagnóstico debe ser efectuado por un Médico y/o a través de exámenes de diagnóstico. Todas las consecuencias relacionadas a una Enfermedad asociada 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 y recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma Enfermedad de la que motivó dicho Tratamiento Médico o quirúrgico.

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.

Enfermedad Preexistente: Es cualquier Enfermedad, dolencia o situación de salud que afecte al Asegurado, estudiada o en etapa o proceso de estudio o conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza.

Enfermedad Oncológica o Cáncer: Toda Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos vecinos o a distancia (metástasis), o células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, como Enfermedad de Hodgkin y Leucemia.

Evento: Es toda enfermedad o accidente que origine los gastos cubiertos por esta Póliza, detallados en el Artículo Segundo de estas Condiciones Generales.

Gastos Efectivamente Incurridos: Es la diferencia entre 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.

Gastos Médicos Ambulatorios Oncológicos: son aquellos gastos incurridos por el Asegurado, provenientes de prestaciones prescritas por el Médico Tratante del Prestador Preferente realizadas en forma ambulatoria para el tratamiento o control de la o las Enfermedades Oncológicas, asociadas a un Evento cubierto por esta Póliza.

Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar al gasto ambulatorio y/o gastos de hospitalización, en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar, además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o Enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía podrá utilizar como referencia los aranceles del Prestador Preferente u otros indicados en las Condiciones Particulares.

Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización, con internación de a lo menos una noche en un Hospital, efectuadas o prescritas por un Médico.

Gastos Reembolsables: Corresponden al monto efectivo de los gastos asociados a un Evento que son susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador de salud, en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos, límites máximos y condiciones señalados en el Artículo Séptimo de estas Condiciones Generales y durante los plazos y otras condiciones indicadas en las Condiciones Particulares. Estos gastos pueden ser menores pero nunca mayores que los Gastos Efectivamente Incurridos.

Habitación Estándar: Aquella que determine el Prestador de acuerdo a la naturaleza de la afección y complejidad del Asegurado.

Honorarios Médicos: Son los honorarios por servicios profesionales correspondientes a las prestaciones médicas y paramédicas prescritas por el Médico Tratante que se efectúen al Asegurado.

Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud o por la autoridad de salud extranjera correspondiente si la prestación se produjo fuera de Chile, que proporcione

asistencia de enfermería las 24 horas del día, cuenta con Servicio de Urgencia y con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos y Operaciones Quirúrgicas. Se excluyen toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de Enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

Hospitalización: Es la estadía del Asegurado en el Hospital en calidad de Paciente hospitalizado, derivada de un Accidente o de una Enfermedad Oncológica o No Oncológica, indicada por el Médico Tratante, la cual se inicia al momento de registrarse su ingreso en el establecimiento hospitalario y termina en el momento del Alta Hospitalaria. El concepto de Hospitalización no considera, en ninguna circunstancia, la asistencia domiciliaria.

Lesión: 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.

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 por una universidad reconocida por el Estado de Chile o validado legalmente de acuerdo con la legislación chilena o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación se produjo fuera de Chile.

Monto Máximo de Gastos a Reembolsar: Corresponde al monto máximo a ser reembolsado al Asegurado o pagado al Prestador de salud en caso de verificarse un Evento cubierto descrito en el Artículo Segundo de estas Condiciones Generales, durante la vigencia de la Póliza, cuyos plazos, términos y condiciones se indican en las Condiciones Particulares.

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.

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

Plazo de Gracia: Es el período durante el cual se mantienen vigentes las coberturas de la Póliza, aunque no se haya pagado la Prima correspondiente, que, para efectos de estas Condiciones Generales, será el plazo establecido en las Condiciones Particulares.

Póliza: El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la propuesta, la declaración personal de salud, declaración de actividades riesgosas, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, las declaraciones, informaciones, antecedentes y autorizaciones proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

Prestador: Es el Hospital que otorga prestaciones de salud al Asegurado.

Prestador Preferente: Es el Hospital que se individualiza como preferente en las Condiciones Particulares de la Póliza en el cual el Asegurado recibe las prestaciones que originan los Gastos Reembolsables, en los términos, plazos y condiciones establecidos en la presente Póliza.

Prima: es la retribución o precio de la cobertura del contrato de seguro y consiste en una cantidad de dinero, la cual se indica en las Condiciones Particulares.

Propuesta de Seguros: La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al Asegurador por el Contratante, el Asegurado o un tercero a su nombre.

Prótesis: Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo mejore su función.

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, diagnosticado clínicamente por un Médico y, en la medida de lo posible, confirmado con evidencia radiológica, histológica y/o de laboratorio.

ARTÍCULO SEXTO: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos del Asegurado, susceptibles de serle reembolsados o pagados al Prestador, cuando ellos correspondan, provengan o se originen por, o sean consecuencia, o correspondan a complicaciones y/o secuelas de:

1. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en el Artículo Quinto de esta Póliza. 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. Asimismo, no 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.
2. Enfermedades Oncológicas, cuando el Asegurado tenga o haya sido afectado por una Enfermedad Oncológica preexistente.
3. Cánceres a la piel, con excepción del melanoma maligno.
4. Enfermedades psicológicas y psiquiátricas.
5. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
6. Cirugías y Tratamientos estéticos, plásticos, maxilofaciales, reparadores, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento. Corrección de malformaciones producidas por Enfermedades o Accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza.
7. Tratamientos por: adicción a drogas, tabaquismo o alcoholismo, Lesión, Enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas, alcohol y demás sustancias de efectos análogos o similares, 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 su sano juicio.
8. 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.
 - Participación del Asegurado en riñas, alborotos, rebelión, revolución, insurrección, motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, en acto terrorista o en actos calificados por la ley

como delitos, dentro o fuera del país.

- Negligencia, imprudencia o culpa grave del Asegurado, incluyéndose su muerte, a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o por efectos de las drogas o alucinógenos o narcóticos 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 ese estado.

- Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

9. Cirugías y Tratamientos maxilofaciales, exámenes, extracciones, empastes, implantes e implantaciones dentales, a menos que se originen a causa de un Evento que corresponda a un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, a los dientes naturales del Asegurado, y efectuado por un Médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

10. Todo tipo de exámenes y procedimientos ambulatorios que no tengan relación con los Eventos cubiertos en esta Póliza.

11. Drogas, Medicamentos e insumos, con excepción de aquellas requeridas en hospitalizaciones. En el ámbito ambulatorio las Drogas, Medicamentos e insumos, con excepción de las Drogas de quimioterapia y hormonoterapia indicados por el Médico Tratante para el tratamiento de la Enfermedad Oncológica cubierta por esta Póliza. No se cubrirán recetas magistrales, remedios, medicamentos, drogas e insumos naturales u homeopáticos.

12. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico o tratamiento de una incapacidad o Enfermedad.

13. La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria y los gastos originados como atención médica domiciliaria.

14. Gastos por acompañantes, incluido la alimentación, y gastos del paciente de comunicación, estética o entretenimiento tales como llamadas a celulares o larga distancia o arriendo de equipos de entretenimiento o peluquería.

15. Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto, abortos, Enfermedades a causa del embarazo y Maternidad en general.

16. Embarazos y partos múltiples, y aquellas prestaciones otorgadas a los hijos nacidos de dichos embarazos, cuando la gestación ha sido a consecuencia de un Tratamiento Médico, tal como fertilización asistida, inseminación intrauterina o estimulación ovárica con fines reproductivos.

17. Embarazos, partos y prestaciones otorgadas a hijos nacidos de dichos embarazos, cuando la fecha de gestación es anterior a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza.

18. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el Asegurado al momento de contratar esta Póliza.

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

20. Cirugías, tratamientos o gastos a consecuencia de esterilidad o infertilidad, tratamientos anticonceptivos,

cirugía de reducción o aumento mamario con fines estéticos, y complicaciones o secuelas de ellos.

21. La cirugía y/o el tratamiento por sobrepeso o por obesidad, sus tratamientos, consecuencias, complicaciones y secuelas.

22. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como acupuntura, iridología, reflexología, quiropraxia y cualquier otro considerado como medicina alternativa o complementaria.

23. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Cobertura detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como, asimismo, prestaciones no incluidas en el plan de salud de la Isapre.

24. Cáncer de hígado en el caso de portadores del virus hepatitis B o C.

25. Estudios y tratamientos por talla baja (cualquiera sea su origen), gigantismo, ginecomastia con fines estéticos, u otros similares, y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH - RH.

26. 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 SIDA que padezca el Asegurado. Se extiende la presente exclusión a Enfermedades Oncológicas de portadores del virus V.I.H o Asegurados que padezcan SIDA.

27. 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; ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente o en algún estado sicopático que altere la conciencia.

28. Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

29. 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

30. 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, tripulante 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.

31. Internación o tratamiento de pacientes por enfermedades mentales o adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol, en toda clase de Hospitales, hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, casas para convalecientes o lugares usados para este fin.

32. Criopreservación y/o compra de células madre, sangre, huesos, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

33. Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica de cualquier actividad objetivamente riesgosa, cuando no haya sido informada a la Compañía y aceptada 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, deporte o actividad en altura superior a 20 metros o en líneas de alta tensión, inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad; la práctica de actividades y deportes riesgosos tales como automovilismo y motociclismo deportivo; carreras de auto;

montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar; carreras de caballo; ski y snowboard 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 las actividades antes indicadas u otras, que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

34. Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica como deportista de competición o de alto rendimiento según la Ley N° 19.712, cuando no haya sido informada a la Compañía y aceptado explícitamente por ésta, al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia.

35. Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica, lentes o anteojos ópticos.

36. Evaluaciones o tratamientos por terapia ocupacional.

37. Atenciones y honorarios de psiquiatras y psicólogos.

38. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos y otros equipos Médicos.

39. Los tratamientos de lesiones o Enfermedades causadas por movimientos sísmicos u otras catástrofes naturales.

40. Se excluye toda habitación suite o distinta a la definida como Habitación Estándar en el Artículo Quinto de estas Condiciones Generales

41. Las lesiones por Accidentes ocurridos previo al inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza.

Las exclusiones precedentes no tendrán aplicación cuando éstas se encuentren expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO SÉPTIMO: FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS A REEMBOLSAR.

7.1 Procedimiento.

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Reembolsables en que haya incurrido por Eventos ocurridos durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza, en la medida que el monto de dichos gastos supere el Deducible y la Bonificación Mínima Exigida establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar establecido en las Condiciones Particulares, no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo Sexto de estas Condiciones Generales y que las prestaciones médicas sean entregadas por el o los Prestadores indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Para lo anterior, el Asegurado deberá previamente hacer efectivos los reembolsos que le correspondan en virtud de la Sistema Previsional de Salud y otras coberturas de salud a que tenga derecho, tales como seguros complementarios, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, Cajas de Compensación de Asignación Familiar u otros Seguros de Salud del Asegurado o contratados en forma individual por él.

La Compañía reembolsará al Asegurado o pagará directamente al Prestador los Gastos Reembolsables efectivamente incurridos por el Asegurado, que corresponda respecto del Evento, como complemento de lo

que le cubra la Isapre, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado.

Los reembolsos al Asegurado o pagos al Prestador serán efectuados por la Compañía Aseguradora hasta el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar por Asegurado y de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso por Prestador, 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 al que se encuentre afiliado o adherido el Asegurado y otras coberturas de salud a que tenga derecho; 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 las Condiciones Particulares de la Póliza.

En consecuencia, si la suma de los gastos efectivamente reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador, por el o los Eventos cubiertos, alcanza el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar de la vigencia anual, no habrá derecho de reembolso al Asegurado ni pago al Prestador, por las sumas que excedan dicho monto. A su vez, todo Evento que se origine con posterioridad al término del contrato de seguro por cualquier causal no será reembolsado por la Compañía ni pagado al Prestador.

Presentados los documentos que acrediten los gastos incurridos por el Asegurado y los reembolsos efectuados por las instituciones señaladas en los párrafos precedentes, la Compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente, efectuará el pago de los Gastos Reembolsables que correspondan. El pago de estos últimos se efectuará en las oficinas principales de la Compañía, en el lugar que ésta determine al Asegurado o directamente al Prestador, por los medios físicos o electrónicos que se acuerden.

7.2 Limitaciones de las coberturas.

Esta Póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura, sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que se establezcan en los Cuadros de Coberturas señalados para un Evento cubierto por esta Póliza, los cuales se encuentran señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza:

(a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a una Isapre, la Compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al Prestador aplicando sobre ellos 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 una Isapre, 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 aplicando sobre ellos 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 valor de las prestaciones cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de Bonificación Mínima Exigida, como cobertura de la Sistema Previsional de Salud del Asegurado y otras coberturas de salud a que éste tenga derecho, la Compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al Prestador considerando para ello los gastos que excedan el señalado porcentaje de Bonificación Mínima Exigida y sobre ellos aplicará los topes, deducibles y el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en los 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 que originó el gasto, el grupo al que pertenece el Asegurado en el caso de sistema de salud estatal, y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

(e) Para la determinación del pago al Prestador o reembolso al Asegurado, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados tendrán como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta Póliza, el monto definido para las mismas en el Arancel del Prestador Preferente que se indique en las Condiciones Particulares.

(f) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un Institución de Salud Previsional privado y durante la vigencia de esta Póliza disminuyera la cobertura otorgada por dicha institución 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 calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al Prestador aplicando sobre ellos 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.

Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará al Asegurado ni pagará al Prestador de Salud más allá del Gasto Reembolsable efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Gastos a Reembolsar indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

ARTICULO OCTAVO: APLICACION DEL DEDUCIBLE.

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer Deducibles por Evento, por Asegurado, por la edad de éste, por Enfermedad, por la vigencia de la Póliza o según el porcentaje de cobertura del Sistema de Salud Previsional, seguros complementarios y otras coberturas de salud a que tenga derecho el Asegurado.

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

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

Asimismo, en las Condiciones Particulares se podrán establecer Deducibles diferenciados por tipo de Evento cubierto por esta Póliza, así como también la manera de ser aplicados.

ARTICULO NOVENO: VIGENCIA, RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y AJUSTES DE CONDICIONES.

La duración de esta Póliza será la establecida en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de vigencia inicial señalada en las mismas. Sin embargo, si el Contratante o Asegurado Titular no manifestare su opinión en contrario, la Póliza se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos. En cada renovación, la Compañía podrá establecer nuevas condiciones, previa comunicación por escrito al Contratante o Asegurado Titular con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de

renovación.

Con todo, en las Condiciones Particulares de la Póliza se podrán establecer cuadros de modificación de Primas de acuerdo con los tramos de edad de los Asegurados de la Póliza, en cuyo caso, la Compañía no estará obligada a enviar la comunicación señalada en el párrafo anterior, dado que la aceptación de las Condiciones Particulares importa una aceptación expresa de la modificación de Primas, que irán ocurriendo en un período de tiempo conocido por el Asegurado.

Si la Prima de renovación no es aceptada en la oportunidad correspondiente se entenderá no renovada la Póliza, terminando la responsabilidad de la Compañía en la fecha de expiración de la cobertura, debiendo restituir al Contratante o Asegurado Titular cualquier suma recibida que no corresponda a Prima por la cobertura ya otorgada.

En caso de haber comunicado un cambio en la prima, diferentes a las de tramo de edad antes mencionada, o cualquier otra modificación en las condiciones de renovación, sólo se entenderá renovada esta Póliza por un nuevo período, si éstas son aceptadas expresamente por el Contratante o el Asegurado Titular.

En caso que el Contratante o Asegurado Titular manifestare a la Compañía su decisión de no renovar o terminar anticipadamente la Póliza, la Prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido de la vigencia. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno derecho la responsabilidad de la Compañía por los por todos Eventos y gastos, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Sin perjuicio de lo descrito precedentemente en este artículo, la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta Póliza, previa comunicación por escrito al Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Artículo Décimo Noveno de estas Condiciones Generales, enviada con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días a la fecha de renovación.

En caso de que la Póliza no sea renovada por la Compañía y a esa fecha el Asegurado mantiene un Evento en curso amparado bajo la cobertura de esta Póliza, la Compañía seguirá cubriendo dicho Evento y solo aquellos gastos relacionados con ese diagnóstico, hasta el día que se alcance el Monto Máximo de Gastos a Reembolsar del último año de la vigencia de la Póliza que dio cobertura al evento en curso.

ARTICULO DECIMO: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado deberá cumplir las obligaciones señaladas en este artículo y además las contenidas en el artículo 524 del Código de Comercio:

- (1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar el riesgo Asegurado y apreciar su extensión;
- (2) Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo riesgo;
- (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, lo cual se encuentra detallado en las Condiciones Particulares
- (5) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

(6) Someterse a los tratamientos prescritos por el Médico Tratante en los plazos indicados para ello, así como también, entregar información médica verídica y completa al Médico Tratante.

(7) Comunicar por escrito a la Compañía Aseguradora el retiro o cambio de su plan de salud o Sistema de Salud Previsional, en un plazo máximo de 30 días de ocurrido.

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.

ARTICULO DECIMO PRIMERO: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO.

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado en la Propuesta y en la Declaración Personal de Salud y de Actividades Riesgosas, constituye condición de validez de este contrato de seguro y es de su exclusiva responsabilidad declarar de manera íntegra su estado de salud y de sus asegurados adicionales, cuando corresponda. Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa a la fecha de nacimiento, estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del Asegurado titular y dependientes, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que conocida por la Compañía pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, libera a la Compañía de la obligación de reintegrar los Gastos Reembolsables y la faculta para poner término inmediato a la cobertura que otorga esta Póliza, de acuerdo al Artículo Décimo Quinto numeral 3 de estas Condiciones Generales, con deducción de los gastos originados por la emisión de la Póliza.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: DESIGNACION Y CAMBIO DE ASEGURADOS.

Si durante la vigencia del seguro, el Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos Asegurados Dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía. Para los efectos de incorporarse como Asegurados a la Póliza, deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una Declaración de Salud, Declaración de Actividades Riesgosas, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes Médicos, de laboratorio, imágenes u otros 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, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el o los nuevos Asegurados Dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente o subsiguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: MONEDA Y CONVERTIBILIDAD.

El Monto Máximo de Gastos a Reembolsar y el monto de la Prima se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, 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 beneficios, será el señalado en las Condiciones Particulares.

Para los Gastos Reembolsables efectivamente incurridos en el extranjero, la Compañía reembolsará dichos gastos al valor de conversión de la moneda extranjera informada por el Banco Central, al día de la presentación de los antecedentes a la Compañía.

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 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.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: PAGO DE PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE PRIMA.

La Prima es la retribución o precio del seguro y consiste en una cantidad de dinero.

Los montos de la Prima y los eventuales ajustes estarán indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

(a) Pago de Prima:

La Prima de este seguro se pagará en los plazos y forma establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante o Asegurado Titular deberá pagar la Prima de acuerdo al monto, condiciones y en la forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares, en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuentos que la Compañía podrá poner a disposición del Contratante para facilitar el pago.

La Prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía.

La Compañía 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 Contratante o 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 por parte del Contratante o del Asegurado producirá la caducidad de este contrato en el Plazo de Gracia definido en las Condiciones Particulares, contado desde la notificación que, conforme al Artículo Décimo Noveno de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía al Asegurado y dará derecho a la Compañía para exigir que se le pague la Prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación de la Póliza, cesará de pleno derecho la responsabilidad de la Compañía por todos Eventos y gastos, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

1.- La cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados en las siguientes circunstancias:

(a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza, salvo

que se renueve en los términos establecidos en la Artículo Noveno de estas Condiciones Generales.

(b) A las 24:00 horas del día de la renovación de la Póliza en que el Asegurado Titular tenga la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

(c) Por fallecimiento del Contratante o asegurado titular.

(d) En caso de que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el Contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo Décimo Tercero.

(e) Por efecto del no pago de la Prima, en los términos señalados en el Artículo Décimo Cuarto de estas Condiciones Generales.

(f) Por incurrir cualquiera de los Asegurados o Contratante en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal.

En los casos anteriores, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro para todos los Eventos y gastos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

2.- Asimismo, la cobertura de esta Póliza y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en caso de verificarse alguna de las siguientes circunstancias:

(a) Por fallecimiento del Asegurado.

(b) Cuando deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad y/o cuando tenga la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza en cada renovación de ella.

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. Por tanto, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro para todos los Eventos y gastos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

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

(a) Cuando el Contratante o Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo Décimo Primero de estas Condiciones Generales

En los casos anteriores, cesará la responsabilidad de la Compañía y la cobertura del seguro para todos los Eventos y gastos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin necesidad de declaración judicial alguna.

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

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de serle reembolsado o pagado directamente al Prestador en virtud de la presente Póliza, cualquier persona podrá presentarlo a la Compañía, de acuerdo con los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición.

De acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, cada Gasto Reembolsable deberá ser presentado a la Compañía dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días corridos contado desde la fecha de emisión del documento que acredite dicho gasto.

Constituye requisito para reintegrar cualquier Gasto Reembolsable por parte de la Compañía:

(a) La entrega oportuna a la Compañía del formulario proporcionado por ella, con toda la información que en este se indique.

(b) La declaración del Asegurado respecto del Sistema Previsional de Salud y otras coberturas de salud a que tenga derecho, tales como Isapres, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud del Asegurado 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) La entrega a la Compañía de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas Médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que acrediten el gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía los documentos que acrediten todo aporte, indemnización, reembolso o bonificación a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, por las instituciones señaladas en la letra b) anterior, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

(d) Que el Asegurado informe a la Compañía cualquier descuento aplicado o por aplicar con posterioridad a los reembolsos o bonificaciones efectuados por las instituciones o entidades referidas en la letra (b) anterior. Si el Asegurado no comunica dichos descuentos a la Compañía, ésta queda liberada de la obligación de reembolsar los Gastos Reembolsables al Asegurado.

Será obligación del Asegurado proporcionar a la Compañía todos los antecedentes Médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar a satisfacción de ésta, que ha ocurrido un Evento cubierto por esta Póliza y determinar su monto. Con el mismo objeto, será obligación del Asegurado requerir de sus Médicos Tratantes, Prestadores y/o instituciones de salud incluido el Instituto de Salud Pública (ISP), todos los antecedentes que ellos posean respecto del Evento mencionado y que sean necesarios para la acreditación del Evento denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguros, 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 la Compañía Aseguradora estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

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

ARTÍCULO DÉCIMO SÉPTIMO: IMPUESTOS.

Los impuestos que en el futuro se establezcan sobre las Primas, intereses, Montos Máximos de Gastos a Reembolsar o sobre cualquier otra base y que afecten al presente contrato serán de cargo del Contratante o

del Asegurado, salvo que por ley fuesen de cargo del Asegurador.

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: ARBITRAJE.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o el Asegurado y la Compañía, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta Póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Condiciones Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro mixto, nombrado de común acuerdo por las partes. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los gastos 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 1931.

ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía al Asegurado o Contratante 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, 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 al domicilio del Asegurado o Contratante 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 practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de Correos que corresponda, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO VIGÉSIMO: 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 VIGÉSIMO PRIMERO: DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos relacionados con el presente contrato de seguro, las partes fijan como domicilio especial la ciudad de Santiago y prorrogan la competencia para ante los tribunales con jurisdicción sobre

dicha ciudad, en términos tales que incluso la designación del árbitro que conocerá de eventuales disputas entre las partes deberá ser también designado por tribunales ordinarios con asiento en dicha comuna.