

## PÓLIZA INDIVIDUAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2016 0307

### **ARTICULO 1: 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 Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado o el Beneficiario.

### **ARTICULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA**

La Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado a causa de un evento, en los términos, condiciones y límites establecidos en esta Póliza.

Tanto la definición de evento como su duración máxima se detallan en el Artículo 3 de esta Póliza. Asimismo, los valores de los deducibles, porcentajes de reembolso, carencia, franquicias y monto máximo de gastos reembolsables correspondientes a la cobertura que otorga esta Póliza, por su naturaleza, se señalan expresamente en las Condiciones Particulares de ésta.

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

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

- a) **Gastos de Hospitalización:** Corresponden a aquellos gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas al Asegurado durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, relacionadas con un mismo evento y que dicen relación con: atención privada de enfermería, cirugía dental por accidente, día cama de hospitalización, honorarios médicos, honorarios médicos quirúrgicos, servicio de ambulancia y servicios hospitalarios. Se entenderá por hospitalización, lo señalado en la letra x) del Artículo 3 de esta Póliza. Dentro de los gastos de hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante una hospitalización domiciliaria, según lo indicado en la letra y) del Artículo 3 de esta Póliza.
- b) **Gastos Ambulatorios:** Corresponden a aquellos gastos provenientes de las prestaciones médicas realizadas al Asegurado sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, relacionadas con un mismo evento, que se detallan expresamente a continuación: cirugía ambulatoria, consultas médicas, exámenes de laboratorio, farmacia ambulatoria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, radiografías, radioterapia, quimioterapia y diálisis.

- c) **Gastos Extranjero:** Los gastos de hospitalización y los gastos ambulatorios provenientes de prestaciones médicas realizadas al Asegurado en el extranjero serán susceptibles de ser reembolsados, siempre que el asegurado mantenga residencia en Chile y el evento se origine mientras él permanezca en el extranjero ya sea, por viaje de placer o por causa de un tratamiento médico de un evento ya cubierto por la póliza, además de cumplir con los requisitos establecidos en estas Condiciones Generales. En este caso, la Compañía Aseguradora reintegrará el porcentaje de reembolso, según la cobertura indicada en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

### **ARTICULO 3: DEFINICIONES**

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

- a) **Accidente:** Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado a satisfacción de la Compañía Aseguradora, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas en forma imprevista. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- b) **Asegurado:** Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere al Asegurador, que habiendo sido debidamente aceptada como tal por la Compañía Aseguradora, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta Póliza y puede ser:
- i. **Asegurado Titular:** Es la persona que habiendo solicitado la contratación de la Póliza, ha sido aceptada por la Compañía Aseguradora y se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. El Asegurado Titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta Póliza hasta cumplir la edad señalada en las Condiciones Particulares.  
El Asegurado Titular será el Contratante de la Póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.
  - ii. **Asegurado Dependiente:** El cónyuge o conviviente civil y los hijos del Asegurado Titular de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta Póliza y aquellos otros Asegurados Dependientes del titular que eventualmente se detallen en las Condiciones Particulares. Los Asegurados Dependientes podrán permanecer amparados por la cobertura que otorga esta Póliza hasta cumplir la edad señalada en las Condiciones Particulares, o hasta que el Asegurado Titular cumpla la edad señalada en las Condiciones Particulares.

- c) **Asegurador:** Corresponde a la Compañía Aseguradora, la cual toma de su cuenta el riesgo, y que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) **Atención Privada de Enfermería:** Es el servicio de enfermería prestado al Asegurado durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante, adicional al contemplado en la definición de día cama de hospitalización.
- e) **Carencia:** Corresponde al período de vigencia de la Póliza durante el cual el Asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta Póliza, manteniéndose la obligación del pago de la Prima. Este período se diferencia según la causa que origine el evento y se indica en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Durante el período de Carencia, la Compañía Aseguradora no estará obligada a reembolsar gastos incurridos a causa de una enfermedad diagnosticada o en estudio de diagnóstico. La aplicación de la Carencia se detalla en el Artículo 13 de esta Póliza.
- f) **Contratante:** El que celebra el seguro con el Asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, y que se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- g) **Cirugía Dental por Accidente:** Es el tratamiento de lesiones a los dientes naturales del Asegurado provenientes de un accidente asociado a un evento y efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que el tratamiento se realice en un plazo máximo de seis (6) meses siguientes al accidente sucedido durante la vigencia de esta Póliza. El tratamiento podrá incluir el reemplazo de las piezas dentales accidentadas.
- h) **Deducible:** La estipulación por la que el Asegurador y Asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. El monto para cada evento, por su naturaleza, se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza. El deducible podrá aplicarse para un evento, para cada uno de los gastos, o bien, podrá ser distinto para cada una de las coberturas del Artículo 2. La aplicación del deducible se detalla en el Artículo 12 de esta Póliza.
- i) **Franquicia:** La estipulación por la que la Compañía Aseguradora y Asegurado acuerdan que aquél soportará la totalidad del daño cuando éste exceda del monto que se hubiere pactado. El monto de la franquicia para cada evento, por su naturaleza, se establecerá en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
- j) **Día Cama de Hospitalización:** Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención de enfermería suministrada al Asegurado durante su hospitalización.
- k) **Edad:** Para efectos de esta Póliza, la Compañía Aseguradora podrá utilizar alguno de estos dos tipos:
- i. **Edad Cronológica:** Corresponde a los años y días exactos de vida del Asegurado, contados desde la fecha de su nacimiento.
  - ii. **Edad Actuarial:** Es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo, ya sea pasado o futuro, que el Asegurado tenga en una determinada fecha. Si la Póliza sólo hace referencia a la “edad”, se entiende que se refiera a la edad cronológica.
- l) **Endoso:** La modificación escrita de la Póliza, a menos que aparezca que dicho término ha sido empleado en su aceptación común.

- m) **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico legalmente reconocido, en los términos definidos en la letra cc).
- n) **Enfermedad o Condición de Salud Preexistente:** Es cualquier enfermedad o situación de salud que afecte al Asegurado y que sea conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la vigencia de esta Póliza.
- e) **Evento o Siniestro:** Es la ocurrencia de un accidente o el diagnóstico confirmado de una enfermedad que origina gastos por las prestaciones hospitalarias y/o ambulatorias derivadas directamente de tales situaciones, y también las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente al diagnóstico principal y los que más adelante se originen como consecuencia de tal accidente o enfermedad.

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

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

- p) **Fecha efectiva del evento:** Es la fecha de ocurrencia de un accidente o de diagnóstico de una enfermedad.
- q) **Gastos Ambulatorios:** Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas sin hospitalización.
- r) **Gastos de Hospitalización:** Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante. Dentro de los gastos de hospitalización serán considerados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante una hospitalización domiciliaria.
- s) **Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. Se deberá considerar además: (i) que sean prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los gastos médicos razonables y acostumbrados, la Compañía Aseguradora podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los

establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.

- t) **Gastos Reembolsables:** Corresponden al costo efectivo de los gastos ambulatorios y/o gastos de hospitalización asociados a un evento que, habiendo superado el deducible o la franquicia en su caso, son susceptibles de ser reembolsados en virtud de lo dispuesto en esta Póliza por constituir gastos médicos razonables y acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 10 de esta Póliza.
- u) **Honorarios Médicos:** Son los honorarios de todos aquellos profesionales médicos y paramédicos que efectúen prestaciones al Asegurado, distintos de los que digan relación directa con una operación quirúrgica.
- v) **Honorarios Médicos Quirúrgicos:** Son los honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una operación quirúrgica al Asegurado.
- w) **Hospital:** Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, casas para convalecientes, establecimientos de larga estadía para adultos mayores, o centros de rehabilitación usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como a drogas, tabaco y/o alcohol.
- x) **Hospitalización:** Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente hospitalizado, por prescripción médica en un Hospital, según la práctica común utilizada en dichos lugares. Serán considerados gastos susceptibles de ser reembolsados, aquellos en que incurra el asegurado durante la hospitalización a condición que sean cubiertos por el Sistema de Salud al cual se encuentre afiliado.
- y) **Hospitalización Domiciliaria:** Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona permanece en su domicilio por prescripción expresa del médico tratante, como parte del tratamiento de una lesión o enfermedad y es sometida a prestaciones médicas realizadas por una empresa especializada autorizada por el sistema de salud al cual se encuentre afiliado el Asegurado. Serán considerados gastos susceptibles de ser reembolsados aquellos gastos en que incurra el Asegurado durante la hospitalización domiciliaria a condición que sean cubiertos por el Sistema de Salud al cual éste se encuentre afiliado.
- z) **Lesión:** Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa lesión y requiera tratamiento médico. Para efecto de esta Póliza, todas las lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo accidente serán consideradas como parte del mismo evento.
- aa) **Lesión Preexistente:** Es cualquier lesión que afecte al Asegurado conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la cobertura que otorga esta Póliza.
- bb) **Medicamento:** Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea

catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

- cc) Médico:** Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva, si la prescripción o gasto médico se produjo fuera de Chile.
- dd) Monto Máximo de Gastos Reembolsables:** Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra unidad de reajustabilidad legalmente autorizada y que se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza, que la Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado o Contratante de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares o, en su defecto, a los herederos legales de éste, por los gastos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del Asegurado y en los términos y condiciones señalados en esta Póliza, todo lo que, por su naturaleza, se indica en sus Condiciones Particulares. El Asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta Póliza.
- ee) Operación Quirúrgica:** Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un hospital de acuerdo a lo definido en la Ley N° 18.469.
- ff) Póliza:** El documento justificativo del Seguro.
- gg) Prima:** La retribución o precio del Seguro, y que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- hh) Seguro Celebrado a Distancia:** Aquel que se ha convenido entre las partes mediante cualquier sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra escrita o verbal.
- ii) Servicio de Ambulancia:** Es el traslado del Asegurado hacia el servicio de atención de salud, dentro de un radio de 50 km en un vehículo terrestre especialmente acondicionado para tal efecto.
- jj) Servicios Hospitalarios:** Son los gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la definición de la letra j) precedente, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, medicamentos y otros gastos suministrados al Asegurado durante su hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad y que se encuentren cubiertos por el Sistema de Salud al cual el asegurado se encuentre afiliado.
- kk) Gastos Cubiertos por el Fondo Nacional de Salud (FONASA):** Cualquiera sea la definición o descripción legal o reglamentaria que la autoridad de salud efectúe de los gastos que cubre el actual Fondo Nacional de Salud o quien haga su veces en el futuro, para los efectos de esta Póliza, se entenderán cubiertos por dicha institución sólo los gastos efectuados por el Asegurado que consten en bonos emitidos por ésta.
- ll) Índice de Masa Corporal (IMC):** Es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

**mm) Sobrepeso:** Persona con un IMC igual o superior a 25.

**nn) Obesidad:** Persona con un IMC igual o superior a 30.

#### **ARTICULO 4: EXCLUSIONES**

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

- a) Enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.
- b) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y Maternidad en general.
- c) Gastos de Hospitalización y Ambulatorios a consecuencia de maternidad o de embarazo, por la pérdida que resulte del embarazo y por enfermedades a causa del embarazo.
- d) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos.
- e) Enfermedades y/o tratamientos psicológicos y psiquiátricos, ya sean como consecuencia de un evento cubierto o excluido por esta póliza.
- f) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- g) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por este contrato de seguro.
- h) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, incluidos los tratamientos maxilofaciales, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en Cirugía Dental por Accidente descrita en el Artículo 3 de esta Póliza.
- i) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.
- j) Tratamientos ortopédicos, a consecuencia del sobrepeso u obesidad.

- k) Cualquier tipo de órtesis o prótesis.
- l) La cirugía y/o tratamiento por sobrepeso o por obesidad independientemente del grado de sobrepeso u obesidad del Asegurado, aun cuando la cirugía y /o tratamiento sean consecuencia de algún evento cubierto por esta póliza, como tampoco sus consecuencias y complicaciones.
- m) Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
- n) Tratamientos médicos causados 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.
- o) Tratamientos o enfermedades derivadas por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias.
- p) 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.
- q) Lesión o enfermedad causada por:
  - i. Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros;
  - ii. Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país;
  - iii. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

Para los efectos de la presente cláusula, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

Esta cláusula excluye también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.

Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la Compañía Aseguradora no estará obligada a pagar ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.

- iv.** Manejar bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad. De acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas;
  - v.** La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria, ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha del evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas;
  - vi.** Participación del Asegurado en actos calificados por ley como delitos;
  - vii.** Negligencia, imprudencia o culpa grave en que incurra el Asegurado;
  - viii.** Hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados;
  - ix.** Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.
- r)** Cirugía ocular correctiva, lentes o anteojos ópticos, aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos no producida por un Accidente.
  - s)** Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios distintos de aquellos prescritos al Asegurado por el médico tratante en relación con el evento cubierto.
  - t)** Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una lesión o enfermedad.
  - u)** Atención particular de enfermería fuera del hospital, a excepción de la contemplada en hospitalización Domiciliaria definida en el Artículo 3 de esta Póliza.
  - v)** Lesión, enfermedad o accidente a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

- w) La realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, que requieran o no de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa se considera actividad o deporte riesgoso: artes marciales, boxeo, buceo, inmersión libre, surf, carreras de lanchas a motor, carreras de motos acuáticas, moto acuáticas, esquí acuático, rafting, canotaje, automovilismo, esquí extremo, heliski, esquí fuera de pista, canopy, ciclismo de montaña, escalada o rapel, canyoning o barranquismo, montañismo, alas delta o parapente, aviación civil, aviación deportiva, bungee, puenting, paracaidismo, motociclismo, uso de moto y cuatrimoto, equitación, rodeo, rugby, levantamiento de pesas, fútbol profesional, carpintería, integrante de equipo de socorro, salvavidas, patrulla de ski, piloto de aviación no comercial, piloto de aviación comercial de vuelos no regulares, bombero de incendio, bombero forestal, camarógrafo en sitios peligrosos, conductor de cargas peligrosas y/o de vehículos de emergencia, espeleólogo, gendarme, guardia, instalador de antenas y telecomunicaciones en altura, mecánico de minería, pasajeros de aviación no comercial, pasajeros de aviación comercial de vuelos no regulares, periodista o corresponsal en sitios de conflictos, Personal de Fuerzas Armadas y de Orden, Personal Policía de Investigaciones, trabajos en la minería, trabajos con explosivos, trabajos con manipulación de electricidad, trabajos con maquinaria pesada, trabajos en altura, trabajos en barcos de pesca artesanal, tripulante barco cisterna, tripulante barco pesquero, transporte de material peligroso, salvo que sean declarados en la solicitud de seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la Compañía Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- x) Práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.172.
- y) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- z) Criopreservación de células madres, sangre, hemoderivados, espermatozoides, óvulos y cualquier otro tejido ú órgano.
- aa) Búsqueda, obtención y clonación de células madres.

## **ARTÍCULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador, tales como: estado de salud, trabajo y actividades, para evaluar al Asegurado Titular y/o Asegurados Dependientes, y apreciar la extensión de los riesgos. Para lo anterior el asegurado deberá responder los cuestionarios que la Compañía Aseguradora le presente, describiendo las actividades que realizase, enfermedades, dolencias y situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor, antes de la contratación del seguro.
2. Pagar la Prima en la forma y épocas pactadas.
3. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;

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.

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 o pueden ser cumplidas por el Asegurado.

#### **ARTICULO 6: DECLARACION DEL ASEGURADO**

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del Artículo N°5 de estas Condiciones Generales, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para apreciar la extensión del riesgo.

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía Aseguradora de acuerdo al número 1 del artículo 524 del Código de Comercio, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Contratante rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de (10) diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de (30) treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado de riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

#### **ARTÍCULO 7: PRIMA Y EFECTO DE NO PAGO DE LA PRIMA**

La Prima es pagadera por el monto señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza con una periodicidad no inferior a la mensual, según se señale en las Condiciones Particulares de la Póliza. El Contratante pagará las Primas en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que esta última designe. Todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que la Compañía Aseguradora podrá poner a disposición del Contratante para facilitar el pago.

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

La incorporación, eliminación y modificación de los Asegurados puede modificar el monto de la Prima según lo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora podrá modificar la Prima al momento de la renovación de esta Póliza, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 15 siguiente.

La Compañía Aseguradora deberá notificar al Contratante mediante carta enviada al domicilio de éste u otro medio fehaciente, informando el término automático de la Póliza de seguro por no pago de la Prima, transcurrido treinta (30) días desde la fecha de envío de dicha carta u otro tipo de comunicación escrito utilizado.

#### **ARTICULO 8: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO**

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables, Deducible, Franquicia, el monto de la Prima y demás valores de este Contrato 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 beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo. La misma regla será aplicable a la devolución de Prima que correspondiere.

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 hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del Contrato.

#### **ARTICULO 9: DENUNCIO DE SINIESTRO**

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

Constituye requisito para reembolsar cualquier gasto por parte de la Compañía Aseguradora:

- a) La entrega oportuna a la Compañía Aseguradora del formulario proporcionado por ella, con toda la información que en él se indique.
- b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el Asegurado.

- c) La entrega a la Compañía Aseguradora de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que acrediten el gasto incurrido y su cancelación. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía Aseguradora los documentos que acrediten el pago o el reembolso de los gastos incurridos por las instituciones o entidades referidas en la letra anterior.
- d) Que el Asegurado informe a la Compañía Aseguradora 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 Aseguradora, ésta queda liberada de la obligación de reintegrar los gastos reembolsables al Asegurado.

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

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

#### **ARTICULO 10: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES**

La cobertura otorgada por esta Póliza no cubrirá los gastos que deban reintegrar al Asegurado la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar del cual sea socio, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490 u otras instituciones similares que otorguen tales coberturas. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas con las instituciones antes mencionadas, es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta Póliza. Asimismo, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta Póliza, podrán duplicar los reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones antes mencionadas.

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

Para los efectos de esta Póliza, el procedimiento de cálculo de los gastos reembolsables considerará únicamente la diferencia entre el monto total de los gastos incurridos por el

Asegurado y aquellas sumas que sean restituidas al Asegurado en virtud de coberturas que hubiere contratado con otras instituciones.

El Asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía Aseguradora al momento de contratar esta Póliza, o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de:

(i) su afiliación a alguna institución de salud previsional (Isapre, Fonasa u otra institución);  
(ii) otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas; y  
(iii) seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente Póliza.

#### **ARTICULO 11: FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES**

La Compañía Aseguradora reintegrará al Asegurado titular que haya incurrido en los gastos o, en su defecto, a los herederos legales de éste, los gastos reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de esta Póliza, vigente a la fecha efectiva del evento, en la medida que tales gastos hayan sido presentados a la Compañía Aseguradora dentro del plazo de duración del evento y excedan el deducible que se hubiere estipulado aplicar para cada evento según lo señalado en el Artículo 12 siguiente.

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

El monto máximo de gastos reembolsables se aplicará por Asegurado o por grupo familiar, de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares, y por cada evento que ocurra durante la vigencia de esta Póliza. Una vez alcanzado el monto máximo de gastos reembolsables o vencido el plazo de duración del evento, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la Compañía Aseguradora para con el Asegurado en relación con el evento denunciado.

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

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

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

#### **ARTICULO 12: APLICACION DEL DEDUCIBLE Y DE LA FRANQUICIA**

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

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

Si en el Condicionado Particular nada dice al respecto, no se podrá aplicar franquicia alguna.

#### **ARTICULO 13: CARENCIA**

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

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

#### **ARTICULO 14: TERMINACION**

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

- a) A partir de la fecha en que algún Asegurado Dependiente cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares , o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la Prima de dicho Asegurado si corresponde.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado Titular cumpla la Edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares o por su fallecimiento.
- c) Por término anticipado de la Póliza.
- d) Por no pago de la Prima.

- e) Por dejar de existir la moneda o unidad estipulada y el Contratante no aceptase la nueva que la reemplace, de acuerdo a lo señalado en el inciso final del Artículo 8.

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

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

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

#### **ARTICULO 15: VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y RENOVACIONES**

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

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

Si las nuevas Primas no son pagadas en su totalidad en la oportunidad correspondiente, se entenderá no renovada esta Póliza, terminando la responsabilidad de la Compañía Aseguradora en la fecha de vencimiento de la cobertura efectivamente pagada.

#### **ARTICULO 16: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS**

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la Póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del Asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la Compañía Aseguradora.

## **ARTÍCULO 17: ARBITRAJE**

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelto por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 Unidades de Fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Sin embargo, el Asegurado o el Beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros, la resolución de las dificultades que se produzcan con la Compañía Aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

## **ARTÍCULO 18: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, el Asegurado o sus Beneficiarios con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía Aseguradora o al último domicilio del Contratante o Asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

## **ARTÍCULO 19: DOMICILIO**

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la Póliza.

## **ARTÍCULO 20: CLÁUSULAS ADICIONALES**

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