

**POLIZA INDIVIDUAL DE MUERTE ACCIDENTAL Y REMBOLSO DE GASTOS
MEDICOS DE URGENCIA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD**

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320210044

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 beneficiario.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES.-

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

- 1) **Contratante:** La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.
- 2) **Asegurado:** Corresponde a aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador en tanto hayan solicitado su incorporación a la póliza y sean aceptados por la compañía de seguros en los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza en base a los términos y condiciones suscritos en el proceso de contratación;
 - a. **Asegurado Titular.** La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza es el contratante de la póliza y se encuentra aceptado por la compañía
 - b. **Asegurados Dependientes.** Pueden ser Asegurados dependientes las personas naturales vinculadas al titular. Los Asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse identificados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.
- 3) **Enfermedad:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación debe ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el Asegurado.

SEGUROS

4) **Accidente:** Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como Accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se consideran como Accidentes los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualquier otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

3) **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.

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 periodo de contratación de la póliza; (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.

4) **Índice De Masa Corporal (IMC):** Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado.

5) **Enfermedad o Dolencia Preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas al Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

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

7) **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones

SEGUROS

quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

8) Hospitalización: es aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común en el Hospital y utilice el servicio de habitación, servicio de alimentación y atención general de enfermería.

11) Gastos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el Asegurado a causa del tratamiento de una enfermedad, dolencia o situación de salud que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

12) Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios 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 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.

13) Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional: Corresponde al cociente entre el monto bonificado por el Sistema Previsional de Salud del asegurado, y el valor original de las prestaciones bonificadas. Este valor se determinará en cada programa médico Hospitalario, y en cada Bono o Reembolso para los casos de atenciones ambulatorias, agrupados por los conceptos de coberturas que corresponda liquidar en cada solicitud de reembolso presentada, según las definiciones de cobertura del artículo N° 3 del presente documento.

14) Porcentaje de Reembolso de la póliza: corresponde al porcentaje que se aplicará al monto reclamado para determinar el valor a reembolsar por parte de la aseguradora. Este porcentaje se definirá en las Condiciones Particulares de la póliza para cada cobertura contratada. El porcentaje de reembolso podrá variar en una misma cobertura dependiendo del Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional y de las Condiciones Particulares de la Póliza.

15) Arancel Clínica Universidad de Los Andes: forma parte integrante del contrato, y se encuentra disponible en las dependencias de la Clínica Universidad de los Andes y en la página web de ésta: www.clinicauandes.cl. Este arancel se compone de los precios vigentes tanto para prestaciones de la Clínica Universidad de los Andes y de Honorarios Médicos. La compañía aseguradora reembolsará en cualquier prestador a lo largo de todo el territorio nacional en base a lo estipulado en el condicionado particular y cualquier diferencia será de costo del Asegurado.

16) Deducible: Es 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, para esta póliza corresponde al monto expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la póliza que siempre son de cargo del Asegurado.

SEGUROS

- 17) **Arancel del Prestador:** Documento que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes en el Prestador.
- 18) **Periodo de acumulación:** Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto el deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 19) **Deducible por solicitud de reembolso:** Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del Asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el Asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en las condiciones particulares.
- 20) **Medicamento:** Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.
- 21) **Cirugía ambulatoria:** Es aquella cirugía que requiera el Asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin necesidad de ser hospitalizado.
- 22) **Solicitud de reembolso de gasto médico:** Corresponde a la petición reembolso de gastos médicos por parte del Asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el Asegurado.
- 23) **Insumos:** Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.
- 24) **Monto Máximo de Gastos Reembolsables:** Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales o a quien acredite haber efectuado el gasto de éste, por los Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 25) **Gastos de Hospitalización:** Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.
- 26) **Gastos Reembolsables:** Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios y Gastos de Hospitalización asociados a una enfermedad o accidente, que son susceptibles de ser

SEGUROS

reembolsables en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados.

27) **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.

28) **Operación Quirúrgica:** Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un Hospital.

29) **Cuadro de Coberturas:** Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga la póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.

30) **Complicaciones del embarazo y parto:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo o parto y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste.

31) **Beneficiario:** Es la persona que tiene derecho a la indemnización de la Póliza en caso de siniestro por fallecimiento del asegurado titular en la Declaración de Beneficiarios, instrumento que debidamente firmado por el Contratante formará parte integrante de la Póliza para todos los efectos legales. Los Beneficiarios pueden ser:

Beneficiario Primario: Es la persona señalada por el Contratante para recibir la indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado en los términos y condiciones de la presente Póliza y de acuerdo a las modalidades de pago de la indemnización escogidas por el Contratante entre aquellas señaladas en el estas Condiciones Generales; o,

Beneficiario Contingente: Es la persona señalada por el Contratante que recibirá la indemnización sólo en la eventualidad que el o los Beneficiarios Primarios asignados fallezcan antes que el Asegurado. El pago total o parcial de la indemnización al Beneficiario Contingente se realizará al momento de verificarse el fallecimiento del Asegurado.

32) **Capital Asegurado:** Es el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, que en caso de fallecimiento del Asegurado, Principal o Secundario según corresponda, la Compañía pagará a los Beneficiarios como indemnización en los términos señalados en estas Condiciones Generales.

ARTICULO 3: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.-

A. Reembolso de Gastos de Urgencia

En virtud de esta cobertura la compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos, conforme a lo que se detalla a continuación y según los porcentajes, límites condiciones y términos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Este reembolso será procedente, siempre que se cumplan conjuntamente las siguientes condiciones:

a) Que el evento originado por el Asegurado haya ocurrido durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro;

SEGUROS

- b) El Asegurado haya incurrido en estos gastos mientras tenga tal calidad en este contrato de seguro
- c) Estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida de estas Condiciones Generales;
- d) Estos gastos superen el Deducible que se haya establecido según lo señalado en las condiciones particulares;
- e) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al Asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura definido en estas Condiciones Generales.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se aplicará a cada Asegurado durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos realizados a un Asegurado alcanza al Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado no tendrá derecho a reembolso alguno por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez todo gasto que se origine con posterioridad al término del contrato de seguro no será reembolsado por la Compañía.

Este contrato de seguro no cubrirá aquella parte de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, que deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar al Asegurado, la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por el Asegurado. En consecuencia, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de este contrato de seguro, podrán referirse a montos recibidos por el Asegurado por concepto de reintegros, aportes, bonificaciones y reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones o seguros antes mencionados.

Para efectos de esta cobertura de Reembolso de Gastos, se entenderá por urgencia, la atención ante un hecho de tal envergadura debiendo ser respaldada y documentada por el médico tratante de Clínica Universidad de Los Andes bajo los términos y procedimientos que este determine para acreditar este evento.

La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave también será considerada como urgencia, y en este caso deberá ser certificada por un médico cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida.

El evento que origina la urgencia cubrirá única y exclusivamente los gastos generados por las causas anteriormente mencionadas, y no entregará cobertura a las prestaciones, ni gastos hospitalarios o gastos médicos que sean derivadas fuera del evento de urgencia los cuales serán debidamente respaldados y determinados en función del criterio médico de Clínica Universidad de Los Andes y la Compañía Aseguradora.

Una vez cumplidas las condiciones anteriormente mencionadas, las coberturas de este contrato de seguro, serán las siguientes:

SEGUROS

(i) COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIOS POR CONCEPTO DE URGENCIA

Se entenderá por atención médica ambulatoria de urgencia, aquella efectuada en el servicio de urgencia de Clínica Universidad de los Andes.

El cuadro de beneficios, límites y topes asociado a esta cobertura será indicado en el condicionado particular.

Los Gastos Ambulatorios cubiertos por esta póliza serán los siguientes:

- i. Consultas Médicas: Es el gasto médico que genera un asegurado para que sea evaluado por un médico tratante reconocido por el Ministerio de Salud.
- ii. Exámenes y procedimientos de Laboratorio: Es el gasto médico generado a través de una orden médica emitida por el médico tratante para confirmar o descartar un diagnóstico. Están compuestos por los siguientes coberturas: Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.
- iii. Procedimientos de diagnóstico, no quirúrgicos.
- iv. Procedimientos terapéuticos, no quirúrgicos.
- v. Cirugía Ambulatoria: Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al Asegurado en forma ambulatoria.

Los gastos por insumos y medicamentos ambulatorios susceptibles de ser reembolsados serán solo aquellos que el Asegurado deba utilizar por prescripción médica del médico tratante durante la atención del evento en la sala de urgencia.

(ii) COBERTURA DE GASTOS ADICIONALES POR CONCEPTO DE URGENCIA

Se entenderá por atención médica ambulatoria de urgencia, aquella efectuada en el servicio de urgencia de Clínica Universidad de los Andes.

El cuadro de beneficios, límites y topes asociado a esta cobertura será indicado en el condicionado particular.

Los Gastos adicionales por concepto de urgencia cubiertos por esta póliza serán los siguientes:

- i. Gastos por Servicio de ambulancia terrestre y aérea para conducir al Asegurado desde y hacia el hospital en que el asegurado o quien tenga la potestad legal decida realizar sus prestaciones.
- ii. Gastos por Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física.
- iii. Cirugías reparadoras a consecuencia del evento que activó la cobertura, entendiéndose como tal cualquier tratamiento decretado por el médico tratante que sea considerado necesario para la recuperación del Asegurado.
- iv. Tratamientos que el médico tratante considere indispensables y necesarios para la recuperación del asegurado, debiendo ser estos efectuados en la sala de urgencia.

SEGUROS

B. Muerte Accidental Asegurado titular

En virtud de esta cobertura y términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Compañía pagará a los beneficiarios de esta póliza el capital asegurado que se señale en las Condiciones Particulares en caso de provocarse accidentalmente el fallecimiento inmediato del Asegurado, siempre y cuando ésta se encuentre vigente al momento de ocurrir dicho fallecimiento en las circunstancias anteriormente mencionadas.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por fallecimiento inmediato aquel que ocurra como consecuencia directa de las lesiones originadas por un Accidente y/o enfermedad cubierto por esta póliza en un plazo inferior a 120 días, o bien, cuando los antecedentes médicos y el informe médico tratante y el certificado de defunción así lo demuestren. Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento del contrato de seguro, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del tomador o Asegurado, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar el ámbito temporal y territorial de todas las coberturas sin que ello afecte la vigencia de la póliza. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura. Asimismo, el Tomador o Asegurado podrá definir asegurados para cada una de las coberturas que éste efectivamente contrate, circunstancia que deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares.

Queda expresamente establecido que el Accidente y/o enfermedad que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta y de la vigencia individual del asegurado. Por lo tanto, no se cubrirá el fallecimiento o lesiones producidas a consecuencia de un Accidente y/o enfermedad, así como la cirugía u hospitalización a causa de Accidente y/o enfermedad, cuando dicho Accidente y/o enfermedad haya ocurrido con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y de la vigencia individual del asegurado. La misma situación ocurrirá si el Accidente y/o enfermedad que dé lugar a la cobertura reclamada ocurriera durante un periodo de tiempo o territorio que el Tomador haya solicitado expresamente excluir de cobertura en los términos indicados en el párrafo anterior, aun cuando la póliza se encuentre vigente.

La Compañía Aseguradora podrá establecer un límite máximo de capital a pagar por un determinado siniestro cubierto por la presente póliza en los términos requeridos por el tomador o Asegurado, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada, delimitada y especificada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO 4: EXCLUSIONES.-

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa una enfermedad, dolencia o situación de salud atendida en la sala de urgencia. Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los Gastos susceptibles de ser reembolsados, señalados en el artículo 3 de estas Condiciones Generales, cuando ellos provengan o se originen por:

Dolencia, enfermedad o situación de salud causada por:

SEGUROS

- 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. Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.
- iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.
- v. Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
- vi. Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente. Sin perjuicio de lo anterior, la compañía puede liberar esta exclusión en la eventualidad que la autoridad competente decrete una Epidemia o pandemia. Para efectos de esta póliza, la compañía entrega cobertura a la pandemia decretada como Covid-19.

Las exclusiones precedentes, relativas a determinados gastos, no tendrán aplicación, cuando los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso de dichos gastos médicos se encuentren expresamente establecidos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
4. Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
5. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador 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 tomador podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 6: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO.-

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el Asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar y apreciar la extensión del riesgo.

SEGUROS

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

Si el siniestro no se ha producido, y el Asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo Asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo con el número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes 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 Asegurado rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de 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 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 con el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del 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.

La Compañía Aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación a través de los canales de comercialización dispuestos por la Compañía para la contratación de esta póliza.

ARTÍCULO 7: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DEL SEGURO.-

Sin perjuicio de las obligaciones del Asegurador, el contratante del seguro deberá informar al Asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

La Compañía Aseguradora no será responsable en caso de reticencia, omisión o falsa declaración del riesgo o en el evento del incumplimiento de alguna condición de asegurabilidad, detectados al liquidar un siniestro, salvo que hubieran sido conocidas por el Asegurador antes del siniestro.

ARTÍCULO 8: BENEFICIARIOS.-

Los beneficiarios de la cobertura de esta póliza serán aquellos que se encuentren designados en dicha calidad en las Condiciones Particulares de la póliza.

SEGUROS

ARTÍCULO 9: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA.-

a) Pago de Primas: El contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, mensualmente en forma anticipada o dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

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

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) Efecto del No pago de la prima: La falta de pago de la prima, una vez expirado el plazo de gracia, señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, dirija el Asegurador al contratante, y dará derecho al Asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

c) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo con la forma de pago convenida. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente.

ARTÍCULO 10: DENUNCIA DE SINIESTROS.-

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

No obstante, lo anterior, la Compañía Aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado

SEGUROS

conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita.

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

El Asegurado deberá entregar a la compañía los siguientes antecedentes necesarios para acreditar el monto de los gastos susceptibles de ser reembolsados:

- a) Formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.
- b) Declaración del Asegurado respecto a su afiliación a alguna institución previsional, pública o privada, que contemple algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o de cualquier otra institución que otorgue iguales beneficios o coberturas médicas, como también otros seguros que cubran la totalidad o parte de los gastos cubiertos por la presente póliza.
- c) Originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la Compañía Aseguradora los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el Asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
 - ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a treinta (30) días de la fecha de aviso de siniestro.
 - iii. Nombre del beneficiario que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
 - iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
 - v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía Aseguradora los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar el gasto y determinar el monto del Gasto Reembolsable. En el mismo sentido. El Asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los Gastos Reembolsables.

SEGUROS

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

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la Compañía Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTÍCULO 11: CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES, FORMA DE PAGO Y MONTO MÁXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.-

Para los efectos de este contrato de seguro, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los gastos efectivamente incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de una enfermedad, dolencia o situación de salud y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades en función a los límites, topes y coberturas indicadas en el condicionado particular.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará el reembolso de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso, establecidos para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y que se detallan expresamente en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

El pago de este reembolso de gastos se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía y ponga a disposición del Asegurado o sus herederos legales.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables que se indica en Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se aplicará por Asegurado durante su vigencia en este contrato de seguro. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en el artículo 4 de estas Condiciones Generales.

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

En caso de que los gastos cuya cobertura se esté solicitando, se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio

SEGUROS

oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme al procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 12: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro, y sus cláusulas adicionales si las hubiera terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en este condicionado general;

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 13: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro terminará respecto de un Asegurado titular, en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro;
- b) Cuando el contratante informe que el Asegurado titular ya no es parte del grupo Asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 14 precedente;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo número 5 y 6 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro, éste terminará respecto de un Asegurado dependiente, en los siguientes casos:

SEGUROS

- a) Por todas las causas de término anticipado del contrato de seguro respecto del Asegurado titular;
- b) Cuando el contratante informe que el Asegurado dependiente ya no es parte del grupo Asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 9 precedente;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 6 y Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 14: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.-

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

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

La Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

SEGUROS

ARTÍCULO 15: SOLUCION DE CONFLICTOS.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

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

En las disputas entre el Asegurado y el Asegurador 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.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las siguientes facultades:

- 1) Admitir, a petición de parte, además de los medios probatorios establecidos en el Código de Procedimiento Civil, cualquier otra clase de prueba.
- 2) Decretar de oficio, en cualquier estado del juicio, las diligencias probatorias que estime convenientes, concitación de las partes.
- 3) Llamar a las partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto, sin que ello implique prejuzgamiento en cuanto al asunto principal controvertido.
- 4) Apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931

ARTICULO 16: REHABILITACION DE LA POLIZA.-

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de Prima en virtud de lo señalado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, el contratante podrá solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

SEGUROS

Para tal efecto, el Asegurado deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía y pagar toda la Prima vencida cuando corresponda, los gastos que origine la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la Compañía.

La sola entrega a la Compañía del valor de la Prima vencida no producirá el efecto de rehabilitar la Póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía de devolver la Prima recibida por este concepto, sin responsabilidad posterior.

ARTÍCULO 17: INDISPUTABILIDAD

Conforme a lo establecido en el Código de Comercio, transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.