

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320240074

ARTÍCULO 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, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, a partir del primer diagnóstico de cáncer cubierto por la póliza, y una vez que el asegurado haya hecho uso de su Sistema de Salud Previsional, público o privado, seguros complementarios u otros beneficios contratados por el asegurado, de acuerdo a los porcentajes, límites, periodos y condiciones de cobertura que se establezcan en las condiciones particulares.

Para los efectos de esta cobertura el diagnóstico de cáncer que se produzca luego de transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior de un asegurado que hubiera padecido previamente cáncer, se entenderá como un primer diagnóstico de cáncer y le habilitará, sujeto al cumplimiento de los demás requisitos y condiciones que establece la póliza, para gozar de la indemnización respectiva.

La compañía reembolsará los gastos referidos precedentemente, siempre que se cumplan copulativamente los siguientes requisitos:

- 1) Que el asegurado cuente con un diagnóstico de cáncer ya comprobado conforme al Informe Anátomo Patológico definido en los numerales 11 y 22 del artículo 4 de estas Condiciones Generales.
- 2) Que las prestaciones se realicen dentro del territorio de Chile por intermedio de la o las instituciones que la Compañía Aseguradora determine en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 3) Que haya transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y que la póliza se encuentre vigente.
- 4) Que el monto de gastos supere el Deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 5) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al asegurado, durante su vigencia anual en la Póliza, no superen el Monto Máximo de Reembolso establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 6) Que estos gastos no provengan ni se originen por una causal excluida en el Artículo 5° de estas Condiciones Generales;

Los gastos que la compañía reembolsará en virtud de esta póliza pueden provenir de las siguientes prestaciones:

I. Hospitalización: Gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización,

efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

- a) Días cama hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio e imagen médica; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante ella como necesarios para el tratamiento del Cáncer.
- c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
- d) Prótesis Quirúrgicas: Gastos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica. Dentro de esta prestación no se incluye prótesis maxilofacial.
- e) Servicio Privado de Enfermera: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.
- f) Servicio de Ambulancia: Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital, dentro de un radio máximo de 50 kms.

II. Gastos Ambulatorios: Gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

- a) Cirugía Ambulatoria
- b) Consultas Médicas.
- c) Exámenes de Laboratorio.
- d) Imagenología.
- e) Procedimientos de diagnóstico y terapéutico.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para las coberturas antes descritas, la Compañía Aseguradora reembolsará considerando los gastos médicos que excedan del deducible, el cual se aplicará sobre los gastos una vez aplicado el plan de beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

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 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, en 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.

III. Medicamentos Ambulatorios para el tratamiento por Cáncer: La Compañía Aseguradora reembolsará, los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado por concepto de Medicamentos

debidamente inscritos en el Instituto de Salud Pública de Chile, a causa de un tratamiento por Cáncer, recetados exclusivamente por un Médico para uso ambulatorio, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios que se indiquen en las condiciones particulares de la Póliza. Las categorías de medicamentos necesarios para el tratamiento de Cáncer serán las siguientes:

1. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo.
2. Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos o productos farmacéuticos que han demostrado mediante estudios científicos que producen el mismo efecto terapéutico que un remedio original y que han sido certificados como tales en el Instituto de Salud Pública de Chile o el organismo que le reemplace en el futuro.
3. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en las categorías anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.
4. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos, y deben estar registrados en el Instituto de Salud Publico de Chile.
5. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos, deben estar registrados previamente en el Instituto de Salud Publico de Chile, contar con la aprobación de tratamiento para la etapa en que se aplica y estar relacionado con el diagnóstico del tipo de Cáncer para el cual se está aplicando.

ARTÍCULO 3°. LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS.-

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

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal al momento de producirse un Evento, o al momento de otorgarse las prestaciones, este seguro no operará, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza establezcan lo contrario.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados se encuentren tipificadas en el respectivo sistema, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Igualmente, las Condiciones Particulares podrán establecer porcentajes de bonificación especiales para prestaciones que sean objeto de homologación en el respectivo sistema.
3. En aquellos casos en que las prestaciones asociadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones

Particulares de la póliza.

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

5. En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. El pago al prestador o reembolso al asegurado tendrá como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta póliza el monto definido en el o los Aranceles del o los Prestadores o de la compañía, que se indique en las condiciones particulares.

7. La Compañía realizará la clasificación de las prestaciones de salud cubiertas por esta póliza en conformidad a las definiciones y rubros de prestaciones contenidas en las Normas Técnicas Administrativas del Arancel Fonasa, o aquellas que la reemplacen, vigente a la fecha de la respectiva prestación.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto y período máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4º. DEFINICIONES.-

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. Contratante de la Póliza: La persona jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

2. Asegurado: Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo sido debidamente aceptado como tal por la Compañía, está habilitado para requerir la cobertura, estando definido como tal en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

a. Asegurado Titular: La persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador, o esté vinculado con o por la entidad contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza. El asegurado titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares.

b. Asegurados Dependientes: Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. Los asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares, podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

Cuando en estas Condiciones Generales se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

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

4. Arancel del Prestador: Documento que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes en el Prestador. En caso de que alguna prestación exceda dichos aranceles, la Compañía Aseguradora sólo reembolsará de acuerdo con estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante del contrato de seguro y se encuentra disponible en la página web del o los prestadores preferentes y/o exclusivos.

5. Bonificación Mínima Del Sistema Previsional De Salud (BMI): Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las condiciones particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará la bonificación del seguro.

Se podrá establecer un BMI para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos, o por el sistema de salud previsional del asegurado.

6. 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 hubiera pactado. Para los efectos de esta póliza corresponderá al monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrá establecer un deducible por Evento, por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos o por solicitud de reembolso, o por la edad del asegurado.

7. Cáncer: Se entiende por Cáncer a la enfermedad que se manifiesta por una proliferación de células malignas, caracterizado por su crecimiento descontrolado, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la enfermedad de Hodgkin, leucemia, tumores sólidos, tumores hematológicos y carcinoma "in situ".

8. Carencia: Es el periodo de tiempo establecido en estas Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza, o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a ella, durante el cual no están cubiertas las incapacidades, en su caso, ocurridos al asegurado, quedando éstos automáticamente excluidos de esta cobertura respecto del asegurado afectado.

La compañía de seguros no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de una incapacidad ocurrida en ese período, salvo en caso de accidentes. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

9. Ciclo: Corresponde a cada una de las sesiones que se realizan durante un tratamiento de radioterapia o de quimioterapia.

10. Cuadro de Coberturas: Corresponde a la tabla de coberturas de prestaciones oncológicas asociadas a algún cáncer cubierto por la póliza, el cual definirá los porcentajes y topes de reembolso aplicables, considerando la fecha del primer diagnóstico de cáncer cubierto por la póliza.

11. Diagnóstico de Cáncer: Corresponde a la determinación en forma clara del proceso patológico que sufre el Asegurado, en que se acredita que padece cáncer. Dicha acreditación requiere de un Informe Anatómo Patológico que certifique la existencia de la enfermedad.

12. 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.

13. Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes: Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, antes de la contratación del seguro.

Para estos efectos, no se consideran como enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

14. Evento: Es la ocurrencia de un diagnóstico confirmado de Cáncer con posterioridad a la contratación de la póliza que origina gastos por medicamentos, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con este diagnóstico y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de la misma enfermedad, todo considerando el Período Máximo de Reembolso. El Asegurado podrá presentar durante la vigencia de la Póliza la cantidad de eventos que se señalen en las Condiciones Particulares.

En caso de que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado, por el número de veces, términos, plazos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares.

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto.

Transcurrido el periodo máximo de reembolso establecido en las Condiciones Particulares, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.

15. Establecimiento Hospitalario: 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 quirúrgicas.

En ningún caso se interpretará que este concepto incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales, o de personas que sufran adicciones a drogas o alcohol.

16. Franquicia: Estipulación por la que la compañía aseguradora y asegurado acuerdan que aquél soportará la totalidad del gasto o del costo cuando éste exceda del monto que se hubiere pactado. El monto

de la franquicia para cada siniestro será establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

17. Gastos Efectivamente Incurridos: Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones o Sistema de Salud Previsional al que se encontrare afiliado.

18. Gastos Médicos Ambulatorios: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización por Cáncer, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un Hospital.

19. 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, según se especifique en las Condiciones Particulares.

20. 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 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, con excepción del beneficio de salud mental, y los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

21. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada e internada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. Para estos efectos se entiende que la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería corresponde a 24 horas contados desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica.

22. Informe Anátomo Patológico: Se refiere a la documentación que da cuenta de resultados de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un informe anátomo patológico bajo los términos de esta póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser original, fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe (médico especialista anátomo patológico, certificado). El informe deberá emitirse en base al estudio microscópico histoquímico / inmunohistoquímico de la biopsia y es requisito indispensable para su evaluación; además debe consignar el tipo de cáncer, la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación celular y la etapa clínica. La fecha indicada en el informe Anátomo Patológico será considerada como fecha de diagnóstico para todos los efectos relacionados con esta póliza.

23. Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el Artículo 112 del Código Sanitario. Se excluye de esta definición a los cirujanos dentistas con cualquier especialidad.

24. 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.

25. Monto Máximo de Reembolso: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado titular o contratante de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares por los gastos médicos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

26. Período Máximo de Reembolso: Corresponde al plazo máximo expresado en años o meses, durante el cual la Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado titular los gastos médicos efectivamente incurridos correspondientes al diagnóstico que da origen a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en las Condiciones Particulares de esta póliza. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la Compañía Aseguradora ni pagado al Prestador.

27. Prestador: Corresponde exclusivamente a la o las instituciones designadas por el asegurador en las condiciones particulares de la póliza, destinadas a otorgar las prestaciones cuyos gastos se encuentren cubiertos por esta póliza. El asegurador podrá designar nuevos prestadores, así como revocar designaciones de éstos, durante toda la vigencia de la póliza.

En caso de que el prestador designado se encuentre imposibilitado de prestar los servicios cubiertos por esta póliza por alguna causa de fuerza mayor acreditada, el asegurado podrá concurrir a otros Prestadores de Salud si las Condiciones Particulares así lo establecen, obteniendo cobertura según los porcentajes y límites establecidos en las Condiciones Particulares.

28. Siniestro: Corresponde a los gastos médicos incurridos por el asegurado a consecuencia de algún diagnóstico de cáncer ocurrido con posterioridad al periodo de carencia contemplado en la póliza.

29. Tratamiento: Es la planificación y ejecución de un conjunto de acciones médicas efectuadas a un paciente, con el propósito de curar una enfermedad determinada.

30. Tratamiento de Cirugía: Corresponde a la extirpación del tumor y del tejido circundante durante una intervención quirúrgica.

31. Tratamiento de Radioterapia: Corresponde a un conjunto de ciclos de radiaciones efectuados a un paciente, conforme a una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista, a objeto de destruir las células cancerosas.

32. Tratamiento de Quimioterapia: Corresponde a la administración de un conjunto de drogas en forma repetida, con una secuencia y número de ciclos previamente establecido en una receta y/u orden medica debidamente emitida por un médico especialista.

ARTÍCULO 5°. EXCLUSIONES.-

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos médicos de enfermedades que no sean a causa de Cáncer. Asimismo, no se efectuará el pago de las indemnizaciones ni pagos al prestador, según sea el caso, de las distintas coberturas de esta Póliza cuando los gastos médicos incurridos del asegurado provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios.

Se encuentran excluidos de cobertura:

- a. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
 - b. El cáncer cérvico uterino in situ; cáncer de otra ubicación in situ, y lesiones premalignas
 - c. El cáncer a la piel, con excepción del melanoma maligno
 - d. Ninguna enfermedad o accidente que no sea cáncer
 - e. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.
 - f. Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto b. del subíndice I y aquellos prescritos bajo la cobertura de Medicamentos Ambulatorios para el Tratamiento del Cáncer establecido en el subíndice III del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
 - g. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de cáncer.
 - h. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
 - i. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.
 - j. Gastos que no estén expresamente indicados en el cuadro de coberturas y tope de reembolso detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa, o el organismo que en el futuro lo reemplace, en ese sentido.
 - k. Crio preservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
 - l. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.
- Para estos efectos, no se consideran como enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes las patologías oncológicas cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.
- m. Tratamientos y/o estudios y/o protocolos de tipo experimental o de investigación clínica, que corresponden a esquemas de tratamiento no habituales, fuera de las recomendaciones de tratamiento con niveles de evidencia I o II del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) para los diferentes cánceres y sus estados clínicos.
 - n. La rehabilitación de efectos secundarios al cáncer y/o tratamiento, y los tratamientos de patologías benignas asociadas, si han transcurridos menos de 5 años desde la finalización del tratamiento radical de la patología oncológica que ocasionó dichos efectos, sin recaída posterior.
 - o. Eventos ocurridos a Asegurados que, al momento de la contratación del seguro o, en fecha posterior, no estuvieran incorporados a un sistema previsional de salud.

ARTICULO 6°. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, y demás deberes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, las obligaciones del asegurado aplicables en este seguro son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 3) 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
- 4) 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 cumplidos por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTICULO 7°. DECLARACIONES DEL ASEGURADO E INDISPUTABILIDAD.-

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 en los formularios de contratación dispuestos para ello, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Con tal objeto el asegurador podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

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 al 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 al 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.

Conforme lo dispone el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la

estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 8°. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima acordadas con el contratante.

En caso de pactarse su renovación automática, ella se verificará por períodos iguales y sucesivos a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través del envío de una carta certificada, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de la Póliza.

Si así se estipulare en caso de renovación automática de la póliza, el monto de la prima podrá determinarse de acuerdo a la tabla de primas por rango de edad contenida en las Condiciones Particulares.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los diagnósticos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTICULO 9°. PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.-

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de la Prima.

La obligación de pagar la prima le corresponderá al Contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. La prima se pagará en las formas y en los lugares que la Compañía designe, 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 o del asegurado según corresponda.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida 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 la prima.

b) Plazo de Gracia.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato.

Producido el no pago de la prima en la fecha estipulada o al vencimiento del plazo de gracia se producirá la terminación del contrato o de la cobertura contratada según corresponda. De conformidad a lo establecido

en el artículo 528 del Código de Comercio, dicha terminación se verificará a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado y dará derecho a aquél 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.

En ningún caso el pago y recepción de la prima por parte de la Compañía después de haber terminado la cobertura individual correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del beneficio asociado a la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado Titular o al Contratante según corresponda en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurador, a través del contratante, deberá notificar a los asegurados de cualquier modificación en las tarifas aplicables a esta cobertura, las que sólo podrán aplicarse y regir a contar de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la notificación. Si el Asegurado así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 10°. BENEFICIARIO.-

El beneficiario de esta póliza y de las coberturas contratadas será el Asegurado Titular individualizado en las Condiciones Particulares, salvo que se establezca uno diferente lo que deberá quedar igualmente establecido en forma expresa en las Condiciones Particulares de la póliza.

Siendo beneficiario el Asegurado Titular, en caso de que éste fallezca antes del pago del beneficio asociado a la cobertura, y en caso de que ello corresponda, dicho beneficio será pagado a quien acredite haber efectuado los gastos médicos reembolsables, debiéndose acompañar en tal caso los documentos que justifiquen dicho pago.

ARTÍCULO 11°. VIGENCIA DE LAS COBERTURAS.-

En caso de que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 2° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

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

ARTÍCULO 12°. TERMINACIÓN ANTICIPADA POR MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL.-

El presente contrato de seguro fue suscrito por las partes contratantes en consideración a un sistema mixto de atención integrado por el servicio público denominado FONASA (Fondo Nacional de Salud), y un sistema privado denominado ISAPRE, (Instituciones de Salud Previsional), instituciones que funcionan como primera capa de cobertura de los riesgos de salud. En dicha consideración las partes tuvieron presente al momento

de suscribir el contrato el derecho a la protección de salud que comprende la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse, consideración que también forma parte esencial al ofrecer el presente contrato de seguro por parte de la compañía.

Atendido lo expuesto, el seguro terminará anticipadamente, en la forma que a continuación se describirá, ante las siguientes circunstancias:

1.- En caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato.

Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

a) Imposibilidad de que el asegurado pueda destinar la cotización legal para salud o una superior convenida a una Isapre, o el término de los contratos de salud previsional suscritos entre los asegurados y las Isapres a consecuencia de lo primero.

b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.

c) Eliminación o modificación del Sistema de Salud Previsional privado vigente, o modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.

d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en las Condiciones Particulares del seguro; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

2.- En caso de que una o más isapres, por cualquier causa, se encuentren sometidas al régimen especial de supervigilancia y control establecido en los artículos 221 y siguientes del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, o en caso de que sea nombrado sobre una o más isapres un administrador provisional por la Superintendencia de Salud o por la autoridad de control que corresponda, o se inicie respecto de ésta un procedimiento de cancelación del respectivo registro ante la indicada autoridad.

3.- Ante el inicio de un procedimiento concursal de liquidación que pueda afectar a una o más isapres.

Verificada cualquiera de las causales antes indicadas la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 13°. TERMINACION ANTICIPADA.-

I. La cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubiere, terminarán para un asegurado en particular en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha en que el asegurado titular o sus asegurados dependientes según corresponda cumplan la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares.
- b) Por fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de éste.
- c) Cuando el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, de conformidad a lo establecido en el artículo 7° de estas Condiciones Generales.
- d) Cuando el asegurado a sabiendas presentare reclamaciones de siniestros mediando información sustancialmente falsa en los términos del artículo 539 del Código de Comercio. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- e) En caso de verificarse un diagnóstico de cáncer del asegurado titular durante el periodo de carencia. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- f) En caso de que se tome conocimiento de que el asegurado titular no haya declarado al momento de contratar el seguro, para sí o para sus asegurados dependientes, la existencia de una patología oncológica respecto de la cual no hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. En este caso también se excluyen sus asegurados dependientes.
- g) Por falta de pago de la prima del asegurado o del contratante en los términos del artículo 9° de estas condiciones generales, caso en el cual también se excluyen sus asegurados dependientes.

En los casos descritos en las letras a), b), c), d), e) y f) cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular excluido.

II. Asimismo, la póliza quedará sin efecto en los siguientes casos:

- a) A partir de la fecha de término de vigencia de la póliza señalada en las Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, de acuerdo a las condiciones de renovación de vigencia establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) En caso de que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 17 siguiente;
- c) En caso de verificarse cualquiera de las causales establecidas en el artículo 12 de estas Condiciones Generales, o cuando el contratante no acepte o no de respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo.
- d) Si el Contratante cae en insolvencia o es declarado en quiebra; o si el Contratante inicia o se inicia en su contra un procedimiento no voluntario de quiebra o de liquidación; o si el Contratante inicia cualquier otro procedimiento destinado a liquidar sus bienes por insolvencia; o si se ha iniciado respecto al Contratante un procedimiento de convenio extrajudicial, o un convenio preventivo o judicial de quiebra, de acuerdo a la Ley de Quiebras chilena o de cualquiera otra jurisdicción.

En el caso de término anticipado del contrato por las causales descritas en las letras b), c) y d) de este artículo, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 18 de 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.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado a las coberturas contratadas en el contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al asegurador o a través del tomador en la forma establecida en el artículo 18.

ARTÍCULO 14°. DENUNCIA DE SINIESTRO.-

En caso de que el Asegurado, a causa de un evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de la presente póliza, cualquier persona podrá presentarlo a la Compañía, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del gasto.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 60 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Al denuncia de siniestro, deberán acompañarse los siguientes antecedentes:

- 1) Formulario de Reembolso proporcionado por la Compañía Aseguradora.
- 2) Informe Anatómico Patológico.
- 3) 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.
- 4) La entrega a la compañía aseguradora de los documentos, o copia de éstos, extendidos a nombre del asegurado, de los recibos, boletas, facturas y prefacturas cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, programas médicos u otros antecedentes que acrediten el gasto incurrido y su pago; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- 5) Para obtener el reembolso de gastos médicos o la provisión de medicamentos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida a la fecha de adquisición de los medicamentos, 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. Las recetas médicas tendrán una vigencia máxima de treinta (30) días contados desde su emisión. Con todo, tratándose de recetas a permanencia, se entenderá que éstas tienen una vigencia máxima de ciento ochenta (180) días, por lo que en caso de que el tratamiento médico exceda de dicho plazo, será necesario presentar una nueva receta por el nuevo período.
 - 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.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos originales y antecedentes adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la compañía aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos o pericias al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso.

En caso de que los gastos médicos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile y que estuviere vigente a la fecha en que se efectúe el reembolso de gastos, de conformidad a esta póliza.

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

ARTÍCULO 15°. CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.-

La cobertura otorgada no cubrirá los gastos médicos 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, u otras instituciones, públicas o privadas, 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 cláusula adicional. Asimismo, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta cobertura, podrán duplicar los reintegros, aportes, bonificaciones y reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones antes mencionadas.

Cuando se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro según el respectivo contrato y a cualquiera de los demás el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

El asegurador que hubiere indemnizado al asegurado tendrá derecho a repetir contra los demás aseguradores la cuota que les corresponda en la indemnización, según el monto que cubran los respectivos contratos.

Cabe señalar que, en ningún caso, son adicionales los límites y montos de indemnización cuando existen dos o más contratos de seguros vigentes al mismo tiempo

ARTÍCULO 16°. IMPUESTOS.-

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

Se establece además que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 17°. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.-

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán

en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable 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 de seguros, dentro de los 10 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 18°. 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 su dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

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

ARTICULO 19°. SOLUCION DE CONTROVERSIAS.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes al momento de surgir una 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 facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

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

ARTÍCULO 20°. DERECHO DE RETRACTO.-

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, si el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 21°. 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 22°. CLÁUSULAS ADICIONALES.-

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio 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 del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.