

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230475

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 beneficiario.

ARTÍCULO 2°. COBERTURA.-

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar directamente al beneficiario o al prestador de salud -en adelante también llamados como los pagos- los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza, y en su caso, los gastos médicos asociados a un Evento cubierto por esta póliza de acuerdo a los porcentajes y en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, siempre que la cobertura se encuentre vigente y haya transcurrido el periodo de carencia si así se estipulare, y que no haya transcurrido el plazo y el monto máximo de reembolso definido en las Condiciones Particulares para la cobertura del Evento. Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al Asegurado por su médico tratante, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los reembolsos o los pagos directos y los costos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como de reembolsos o pago directo, valor de provisión de los medicamentos ambulatorios, porcentaje efectivo de reembolso, porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud (BM) y/o reembolso mínimo a otorgar por prestación, montos asegurados, deducibles, franquicia, tope de números de prestaciones médicas, patologías y/o cirugías restringidas con límites y topes por patologías y/o rangos etarios, porcentajes, factor o topes de aranceles de uno o más prestadores o de un arancel definido por la compañía, límites y topes de montos en UF por atención o prestación, según lo contratado, todo lo cual se dejará expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado dentro del territorio nacional pudiendo establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas descritas en el Artículo N° 3 de esta póliza, pueden ser contratadas en forma conjunta o se puede optar por alguna de ellas, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

En razón de lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá limitar la aplicación de esta cobertura en relación al

ámbito territorial de la póliza sin que ello afecte la vigencia de ésta, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares. Es decir, podrá definir zonas geográficas y ciudades específicas en Chile en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos o los pagos de los gastos médicos que correspondan o la provisión de los medicamentos por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que esta póliza y las coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos que excedan del deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una franquicia, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos o dispondrá los medicamentos si éstos exceden el monto de la franquicia estipulada, cuyo monto y forma de aplicar se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar cuando corresponda, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema de salud previsional (BM) del asegurado. En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre el valor de la prestación menos el porcentaje de bonificación mínimo exigido para el sistema de salud previsional y el valor reclamado.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, el asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la compañía de seguros, para que ésta pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, el asegurado otorgará las autorizaciones necesarias para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en las propuestas de seguro o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

ARTÍCULO 3°. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.-

Las coberturas que otorga la compañía de seguros en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, son las que se indican a continuación:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

Bajo este beneficio se pueden contratar las siguientes coberturas que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza:

a) **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo y/o intermedio, recuperación u observación; exámenes de laboratorio e imagen médica, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; excluyendo aquellos necesarios para el tratamiento del cáncer, otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la in-capacidad.

c) **HONORARIOS MÉDICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica efectuada a un asegurado hospitalizado, incluyéndose las consultas

médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.

d) **MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS:** Bajo este ítem se reembolsarán los medicamentos debidamente autorizados por el Instituto de Salud Pública y materiales clínicos por tratamiento de cáncer prescritos por el médico tratante durante la hospitalización.

e) **CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE:** El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

f) **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, adicional al contemplado en la definición de Día Cama Hospitalización.

g) **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente. La compañía podrá establecer porcentajes de reembolso y topes diferenciados por tipo de cirugía, lo cual deberá quedar expresamente señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

h) **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridas a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) **HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA:** Es una alternativa a la hospitalización tradicional en un hospital o clínica. Las atenciones brindadas al paciente deben corresponder a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, en atención a lo exigido por su estado de salud y a que las atenciones estén indicadas y controladas por un médico tratante. Las prestaciones se reembolsarán de acuerdo con el porcentaje y tope indicado en el Plan de Reembolsos previa presentación del informe del médico tratante.

j) **HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de consultas y tratamientos hospitalarios, como asimismo los medicamentos que se reciban durante la hospitalización. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

k) **TRASLADOS MÉDICOS:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio urbano.

l) **CIRUGÍAS RESTRINGIDAS:** La compañía podrá limitar la cobertura a otorgar a determinadas cirugías, las cuales serán indicadas en las condiciones particulares de la póliza, señalando además las condiciones y requisitos a cumplir para gozar de cobertura por la póliza.

m) **MATERNIDAD:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la

compañía de seguros reembolsará o pagará en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, u otros seguros o convenios, los gastos incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado que tenga la calidad de asegurado(a) titular, cónyuge o conviviente civil, y del recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la asegurada, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente.

También estarán cubiertos las complicaciones del embarazo y del parto, sea que el resultado del mismo sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico, la interrupción voluntaria del embarazo por las causales establecidas en el artículo 119 del Código Sanitario y cualquier incapacidad inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido.

Los gastos médicos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b y c anteriores, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura y serán pagados solo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la compañía de seguros solo reembolsará o pagará según el porcentaje de reembolso y hasta el valor tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o pagarán por las prestaciones de las letras a, b y c anteriores, sólo si el recién nacido hubiera sido incorporado al seguro de acuerdo a las condiciones de inclusión de asegurados establecidos en las Condiciones Particulares.

Se entenderá como gastos inherentes al embarazo o nacimiento, todos aquellos que se originen como consecuencia de este, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo. A modo de ejemplo, en esta categoría se encuentran aquellos gastos originados en las hospitalizaciones por partos prematuros, asfixias neonatales, fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra directamente originada como consecuencia del embarazo y nacimiento.

n) **SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE:** Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kilómetros.

B) BENEFICIO AMBULATORIO.

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio.

El contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto. Los gastos son los siguientes:

- i. Consultas de Medicina General y de Especialidad, a excepción de las consultas de psiquiatría y psicología.
- ii. Consultas Médicas de Psiquiatría y Psicología. Podría incluirse en este ítem los gastos por consultas de Psicopedagogía si así se estipulare en las Condiciones Particulares de la póliza. Para su reembolso, constituye requisito la presentación de la orden de derivación del médico tratante.
- iii. Teleconsulta.

- iv. Exámenes de Laboratorio.
- v. Exámenes de Imagenología.
- vi. Exámenes de Radiografías.
- vii. Exámenes de Ultrasonografía.
- viii. Exámenes de Medicina Nuclear.
- ix. Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos.
- x. Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos, excluyendo kinesiología.
- xi. Kinesiología.
- xii. Telerehabilitación.
- xiii. Prótesis y Ortesis, excluyendo prótesis quirúrgicas.
- xiv. Gastos por Óptica.
- xv. Terapia Ocupacional, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.
- xvi. Fonoaudiología, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.
- xvii. Consulta Nutricionista, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

C) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS.

Bajo este beneficio la compañía aseguradora proveerá al Asegurado los medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de su vigencia en la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

a) Medicamento Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo su denominación común internacional (DCI), es decir el nombre del principio activo, sin marca comercial, hayan o no demostrado o no bioequivalencia.

b) Medicamento Ambulatorios Bioequivalente Genéricos: Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente, se comercializa bajo su denominación común internacional (DCI), es decir, nombre del principio activo.

c) Medicamento Ambulatorios Bioequivalente Marca: Corresponde al medicamento que contiene el mismo principio activo en la misma dosis y que ha demostrado ser equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad en comparación al producto referente registrado bajo un nombre comercial una vez vencida la patente del innovador.

d) Medicamento Ambulatorios de Marca: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en las categorías anteriores, 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.

e) Medicamento Ambulatorio Referente, Original o Innovador: Corresponde al producto original, es decir, el primer producto que sacó al mercado el medicamento con un principio activo nuevo o aquel que posee todos los estudios farmacológicos y pruebas científicas.

En los casos en que Compañía Aseguradora otorgue cobertura a través de la provisión de los medicamentos:

a) Ello se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares, las cuales proveerán de los medicamentos a los Asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.

b) El stock de los medicamentos recetados es de responsabilidad exclusiva de las farmacias. De esta manera, si a la época en que el Asegurado solicite la provisión del medicamento éstos se encontraran agotados o no disponibles éste, previamente informado de lo anterior, podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

D) LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

La presente póliza 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 otorgarse las prestaciones, se cubrirá el porcentaje de los costos o gastos efectivamente incurridos que se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.
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 o del costo 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 o del costo 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 máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4°. DEFINICIONES.-

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1) **CONTRATANTE:** 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:

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.

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) **INCAPACIDAD:** Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

4) **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.

5) **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

6) **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.

7) **INCAPACIDAD PREEXISTENTE:** Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza según corresponda.

8) **MEDICO:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina en Chile y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge de la persona asegurada; c) hijo, padre o hermano del asegurado o de su cónyuge.

9) **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.

10) **PRESTADOR DE SALUD:** Son establecimientos médicos públicos o privados y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

11) **PRESTADOR DE SALUD PREFERENTE:** Establecimientos médicos públicos o privados, como facultativos médicos que otorgan servicios o acciones de salud y que han sido incluidos en el Plan de Reembolso en calidad de Prestador Preferente para el otorgamiento de las prestaciones al asegurado.

12) **HOSPITALIZACION:** 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 contadas desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica.

13) GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital ni la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en los términos descritos en el numeral precedente, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

14) 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.

15) 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 y/o embarazos y sus complicaciones, 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. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

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 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 asegurado, grupo familiar, o una combinación de éstos 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.

17) 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.

18) BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BM): 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.

19) PERIODO DE ACUMULACION: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del

deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las condiciones particulares de la póliza.

20) 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.

21) EXÁMENES DE LABORATORIO: la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

22) EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos

23) EXÁMENES DE RADIOGRAFÍAS: Es aquella imagen registrada en una placa fotográfica sensible a los rayos X. Estos rayos atraviesan el cuerpo humano en distintos grados según la densidad de los tejidos.

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

25) EXÁMENES DE MEDICINA NUCLEAR: Rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

26) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar una incapacidad.

27) PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados por un médico cirujano para tratar una incapacidad.

28) 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.

29) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponde a todas aquellas enfermedades que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. En virtud de lo señalado, sólo serán consideradas complicaciones del embarazo para efectos de esta póliza las siguientes:

i. Colestasia intrahepática del embarazo

ii. Placenta Previa

iii. Placenta Creta

iv. Preeclampsia

v. Eclampsia

vi. Hipertensión del embarazo

vii. Incompetencia cervical

viii. Distocia del embarazo

ix. Infección huevo ovular

x. Rotura prematura de membranas

xi. Amenaza de Parto Prematuro, sin que éste haya terminado en parto.

En ningún caso se entenderán incluidos los gastos médicos asociados a amenaza de aborto, abortos, cesáreas, amenaza de parto prematuro sin patología asociada y parto natural, los cuales se encuentran excluidos de la cobertura de esta póliza.

La cobertura por concepto de “Complicaciones del Embarazo” sólo será aplicable respecto del asegurado titular, su cónyuge o pareja según corresponda.

30) COMPLICACIONES DEL PARTO: Para estos efectos se entenderá por complicaciones del parto a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como presentaciones del feto distócicas, hemorragias post parto, inercia uterina, inserciones placentarias anómalas, corioamnionitis y endometritis, entre otras.

31) 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.

32) EVENTO: Cualquiera de las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido 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.

33) ARANCEL: Documento o archivo que contiene los valores de las prestaciones médicas ambulatorias y hospitalarias vigentes de un determinado prestador médico o el establecido por la compañía.

En los planes de reembolsos podrá fijarse tope de bonificación usando un porcentaje o factor respecto del arancel que se indique en las Condiciones Particulares.

El arancel formará parte integrante del contrato de seguro y se encontrará disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía, en la página web institucional o en el acceso al portal privado de cada asegurado, según se informe en las condiciones particulares de la póliza.

34) ARANCEL DEL PRESTADOR: Documento o archivo 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 a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado.

35) PLAN DE REEMBOLSO LIBRE ELECCIÓN: aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el asegurado o beneficiario, sin intervención de la aseguradora.

36) PLAN DE REEMBOLSOS CERRADO: aquel cuya estructura sólo contempla la cobertura de las atenciones de médicas a través de determinados prestadores individualizados en el plan de reembolsos, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección, salvo que en las condiciones particulares se estipule lo contrario para determinadas prestaciones.

37) PLAN DE REEMBOLSO CON PRESTADORES PREFERENTES: aquel cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan de reembolsos.

38) TELEREHABILITACIÓN: Servicios de rehabilitación mediante tecnologías de información y comunicación digital. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación, como evaluación, monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejería, se realiza de manera sincrónica con el beneficiario.

39) TELECONSULTA: Corresponde a una atención a distancia realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

40) PROTESIS Y ORTESIS: Comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte de este y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Beneficio. Se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial.

41) GASTOS POR ÓPTICA: incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo, por tecnólogo médico con mención en oftalmología o por un optómetra con título obtenido en el extranjero en la medida que sean calificados y habilitados con arreglo a las disposiciones pertinentes del Código Sanitario, con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T).

42) SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza según corresponda.

ARTÍCULO 5°. MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO.-

La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos a causa de una o más incapacidades por el asegurado, por su grupo familiar o por una combinación de éstos.

Tratándose de gastos médicos efectivamente incurridos asociados al diagnóstico que da origen a uno o más

eventos, el monto máximo de reembolso corresponderá a la cantidad máxima expresada en la moneda de la póliza que la compañía aseguradora reembolsará al asegurado titular o al contratante por los gastos médicos incurridos por cada evento en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6°. NO DUPLICACION DE BENEFICIOS.-

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, medicamentos provistos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos por las prestaciones contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, Seguro Individual Obligatorio Covid-19 establecido por la Ley 21.342, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas, o las prestaciones cubiertas con los excedentes previsionales.

ARTÍCULO 7°. PLURALIDAD DE SEGUROS.-

Habiendo 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 8°. EXCLUSIONES.-

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación 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) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas,

exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

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

c) 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.

d) Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.

e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.

f) Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado.

g) No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:

i. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N° 3 de este condicionado y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. Una Cirugía Maxilofacial, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

iii. Una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

iv. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

v. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual, se indique.

viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.

ix. Tratamientos para adelgazar.

h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios no utilizados en una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.

v. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

i) Lesión o enfermedad causada por:

i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vi. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.

k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

- m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares
- o) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- p) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- r) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.
- s) Malformaciones y/o incapacidad congénita.
- t) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.
- u) Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
- v) Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
- w) Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- x) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios 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 previsional de salud.
- y) Ambulancia aérea.
- z) La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.
- aa) Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- bb) 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.

ARTÍCULO 9º. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA.-

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 8 del presente contrato, con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 10°. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

Son obligaciones del asegurado aquellas señaladas en el artículo 524 del Código de Comercio, en cuanto sean aplicables, y todas aquellas que consten en la póliza.

ARTÍCULO 11°. DECLARACION DEL CONTRATANTE E INDISPUTABILIDAD.-

Conforme lo dispone el artículo 525 del Código de Comercio, corresponde al asegurado declarar sinceramente por sí o por sus asegurados dependientes todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. 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 sobre el contratante o asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el contratante o asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador, éste podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes del contratante 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 párrafo anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado 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 12°. INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS.-

Podrán incorporarse durante la vigencia de la póliza nuevos asegurados dependientes, quienes deberán acreditar a satisfacción de la Compañía el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por la póliza y la suscripción de las declaraciones y propuestas respectivas. Aceptada su incorporación por parte de la Compañía la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación o en la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 13°. PRIMAS.-

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 la forma 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.

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

ARTÍCULO 14°. 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 15°. AVISO DE SINIESTRO.-

En caso que el Asegurado incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, o existiendo el requerimiento de la provisión de un medicamento ambulatorio cubierto por el seguro, éste deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

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

ARTÍCULO 16°. REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO.-

Constituye requisito para cualquier reembolso o pago de los gastos médicos por parte de la compañía de seguros:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario físico o electrónico dispuesto por ésta, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución o pago se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía de seguros de los documentos, o copias de estos, extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas, facturas y prefacturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución u otra entidad de las referidas en la letra anterior.
- d) 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 de seguros queda facultada para solicitar los documentos originales y antecedentes adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos o pericias al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso o indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos ni provisión de medicamentos según corresponda.

ARTÍCULO 17°. PAGO DE SINIESTRO.-

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía de seguros dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la póliza y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la compañía de seguros, sin perjuicio del derecho del asegurado de solicitar el nombramiento de un liquidador externo en la forma y oportunidad señalada en el D.S. N° 1055 de 2012, de Hacienda, que establece el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización se efectuará a través de la forma y medios que se pacten con el contratante o asegurado titular y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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 18°. VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima acordada 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.

En caso de cambios o modificaciones a las condiciones y términos del seguro, el asegurador deberá notificarlos al asegurado a través del contratante, y sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente

renovación del contrato. 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 modificación.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

ARTÍCULO 19°. 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 20°. 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 21°. 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 11 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) Por falta de pago de la prima del asegurado o del contratante en los términos del artículo 13 de estas condiciones generales, caso en el cual también se excluyen sus asegurados dependientes.

En los casos descritos en las letras a), b), c) y d) 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 23 siguiente.

c) En caso de verificarse cualquiera de las causales establecidas en el artículo 20 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 22 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 22.

ARTÍCULO 22°. COMUNICACIÓN.-

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.

ARTÍCULO 23°. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO.-

El monto asegurado y la prima correspondiente a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, en moneda extranjera o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto el monto asegurado y como la prima 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 30 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 24°. ARBITRAJE.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o los Asegurado, 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.

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 Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 25°. 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 26°. 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 27°. 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.

