

PÓLIZA DE SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DE MATERNIDAD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131807

ARTÍCULO 1º: 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 artículo 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.

La presente Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por la Asegurada a solicitud de la Compañía Aseguradora, y en base a la información que ha entregado la Compañía Aseguradora a la Asegurada respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente Póliza.

La presente Póliza genera derechos y obligaciones para la Asegurada y asegurador. Si el contratante del seguro y la Asegurada son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por la Asegurada. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por la Asegurada.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

Materia Asegurada: Exclusivamente eventos producto de Complicaciones del Embarazo, Complicaciones del Parto, el Parto, o Enfermedades y Accidentes ocurridos al menor de 2 años que requieran hospitalización, hasta los dos años de edad de éste.

Cobertura: La Compañía Aseguradora reembolsará a la asegurada o pagará directamente al prestador de salud los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos por la asegurada y por el menor de 2 años durante el período que se establezca en las Condiciones Particulares de esta Póliza, relacionados con eventos producto de Complicaciones del Embarazo, Complicaciones del Parto, el Parto, o con Enfermedades y Accidentes ocurridos al menor de 2 años que requieran hospitalización, hasta los dos años de edad de éste, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de

vigencia de esta cobertura para la asegurada que se aplica; en forma complementaria luego de la cobertura otorgada por su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, que se indican en este mismo artículo, originados a causa de los eventos anteriores, en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales, en que la asegurada haya efectivamente incurrido durante el período en que se encuentre amparada por esta Póliza, siempre que: 1) El Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia de la Asegurada o del menor de 2 años en esta Póliza y con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza; 2) Sean incurridos con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza; 3) Se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso; 4) El monto de gastos supere el Deducible definido en de estas Condiciones Generales; y 5) Que la suma de los reembolsos de gastos anteriores realizados a la Asegurada o al menor de 2 años, durante la vigencia en esta Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza y definido en estas Condiciones Generales; y 6) Estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en estas Condiciones Generales.

Los reembolsos a la Asegurada o pago al Prestador de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, Efectivamente Incurridos por la Asegurada y por el menor de 2 años, serán efectuados por la Compañía Aseguradora hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables por asegurado y de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso por gasto o por asegurado; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliada o adherida la Asegurada y el menor de 2 años; límites y topes por patologías y rangos etarios; establecido para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora reembolsará a la Asegurada o pagará al Prestador los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por la Asegurada y por el menor de 2 años, respecto del Evento, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliada o adherida, Isapres, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor de la Asegurada por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por ella, no cubriendo aquella

parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos Sistemas, seguros, instituciones o entidades.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se define en estas Condiciones Generales y se aplicará a cada Asegurado durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos realizados o pagados al Prestador, alcanza el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, la Asegurada no tendrá derecho a reembolso alguno ni pago al Prestador por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez todo gasto que se origine con posterioridad al término del contrato de seguro no será reembolsado por la compañía ni pagado al Prestador.

El Período de Duración de Reembolso corresponde al plazo de doce (12) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados a la Asegurada o pagados al Prestador de conformidad a los términos de esta Póliza. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía ni pagado al Prestador. En las Condiciones Particulares de la Póliza se podrá ampliar el Período de Duración de Reembolso.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables o pagados directamente al prestador, son los que se detallan a continuación:

A. Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización: Gastos Médicos de Hospitalización provenientes de prestaciones realizadas durante una Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante que digan relación con Enfermedad o Accidente del menor de 2 años, complicaciones del Embarazo, complicaciones del Parto y Parto; siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura, y que se detallan a continuación:

1. Días cama hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada a la Asegurada o menor de dos años durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado Intensivo e Intermedio.

2. Servicios hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otros gastos suministrados a la Asegurada y menor de 2 años durante su

Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento del Evento.

3. Honorarios médicos quirúrgicos: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleras que Intervengan en una Operación Quirúrgica a la Asegurada o menor de 2 años.

4. Servicio de Ambulancia Terrestre: Para efectos de esta Póliza se entiende como el traslado terrestre de los asegurados hasta y hacia el Hospital en una ambulancia.

B. Cobertura para Gastos Médicos Ambulatorios: Gastos Médicos Ambulatorios provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante que digan relación con complicaciones del Embarazo y complicaciones del Parto; siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura, y que se detallan expresamente a continuación:

1. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización
2. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico brinda su parecer y recomienda los pasos a seguir.
3. Exámenes de Laboratorio: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
4. Radiografías, Imagenología, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.
5. Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos: Procedimientos por los cuales se identifica una Complicación del Embarazo o Parto. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de una Complicación del Embarazo o Parto.

ARTÍCULO 3º: LIMITACIONES DE LA COBERTURA

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que puedan establecerse en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares

de la Póliza, el presente contrato de seguro contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- a) En aquellos casos en que la Asegurada o el menor de dos años no estén afiliados a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o pago al prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) En aquellos casos en que la Asegurada o el menor de dos años estén afiliados a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador, que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) En aquellos casos en que la Asegurada y el menor de dos años esté afiliada a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo exigido como cobertura del sistema previsional de salud de la asegurada indicado en las Condiciones Particulares, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso o pago al Prestador diferenciando por el sistema de salud previsional al que la Asegurada y el menor de dos años se encuentre afiliada, 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.

Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará a la Asegurada ni pagará al Prestador más allá del gasto efectivamente incurrido por la asegurada o el menor de 2 años, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Reembolso indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 4º: DEFINICIONES

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

1. Accidente del menor de 2 años: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del menor de 2 años, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión y lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

2. Asegurado: Es toda persona natural que, cumpliendo los requisitos de edad de ingreso, permanencia y asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, y habiéndose solicitado su incorporación a la Póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de la Póliza:

a) Asegurada Titular: El titular de la Póliza, individualizado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La Asegurada titular será el contratante de la Póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) Asegurado Dependiente:

i. Los hijos de la Asegurada titular, cuya fecha de nacimiento sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y hasta las 24 horas del día que cumpla los dos (2) años de edad.

Cuando en esta Póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de la Asegurada titular o del Asegurado Dependiente, se deberá entender que dicho

término abarca y comprende tanto a la Asegurada titular como al asegurado dependiente.

3. Carencia: Corresponde al período durante el cual la asegurada paga prima, pero no tiene derecho a percibir las coberturas que otorga esta Póliza. La aplicación de la Carencia se detalla en el Artículo 5° de estas Condiciones Generales.

4. Compañía Aseguradora o Compañía: Compañía de Seguros.

5. Complicaciones del embarazo: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste y que en ausencia del embarazo esta condición no pueda manifestarse.

6. Complicaciones del parto: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto y que en ausencia del parto esta condición no pueda manifestarse.

7. Concepción: Es el proceso por el cual 2 gametos (masculino y femenino), se fusionan para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos progenitores.

8. Contratante, Contrayente o Tomador: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por la Asegurada. El contratante se indica como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

9. Cuadro de Cobertura: Corresponde al detalle de todas las coberturas, servicios o prestaciones que otorga esta Póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.

10. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta Póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza que siempre son de cargo de la Asegurada. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 12° y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 13°, ambos de estas Condiciones Generales. El Deducible se aplicará por cada Evento y por cada Asegurado.

11. Diagnóstico: La constancia médica de una Complicación del Embarazo o del Parto; o enfermedad del menor de 2 años, basada en la historia clínica del asegurado o en sus respectivos exámenes.

12. Embarazo: Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, con cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

13. Enfermedad del menor de 2 años: Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano del menor de 2 años, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal.

Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad asociada a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias 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.

14. Enfermedades, dolencias o situación de salud, todas preexistentes: Se entiende por tal, aquella diagnosticada o conocida por la Asegurada o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

15. Evento: Es la ocurrencia de una Enfermedad del menor de 2 años o Accidente del menor de 2 años que requieran Hospitalización, hasta los dos años de edad; o el diagnóstico confirmado de una Complicación del Embarazo y/o del Parto; y el Parto, que origina gastos por prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con el diagnóstico principal de la Complicación del Embarazo y/o del Parto, el Parto o con el Accidente del menor de 2 años o Enfermedad del menor de 2 años, y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de éste, todo considerando el Período de Duración del Evento. La Asegurada podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en esta póliza.

16. Gastos Efectivamente Incurridos: es la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas a la Asegurada o pagadas al Prestador, por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas a la Asegurada.
17. Gastos Médicos Ambulatorios: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en un Hospital.
18. Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.
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: (a) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento del Evento y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (b) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (c) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía Aseguradora podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando.
20. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios, Gastos de Hospitalización, Gastos por Medicamentos Ambulatorios y Gastos Médicos en el Extranjero, que son susceptibles de ser reembolsados a la Asegurada o pagados al Prestador en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 11° de estas Condiciones Generales.
21. Gestación: Procesos fisiológico de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

22. Hospital o Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermería las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

23. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún respecto, la asistencia domiciliaria.

24. Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del menor de 2 años, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera tratamiento médico. Para efectos de esta Póliza, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo Evento.

25. 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.

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

27. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará a la Asegurada Titular o, en su defecto, a los

herederos legales de ésta, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

28. Parto: Es la salida de uno o más fetos del cuerpo materno, dando por finalizada la situación de embarazo de una mujer

29. Período de Duración de Reembolso: Corresponde al plazo de doce (12) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos médicos originados por el Evento dentro de dicho plazo, serán reembolsados a la Asegurada o pagados al prestador, de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la Compañía Aseguradora ni pagado al Prestador.

30. Propuesta de Seguros: La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al asegurador por el contratante, la Asegurada o por un tercero a su nombre.

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

32. Póliza: El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la propuesta, la declaración personal de salud, las condiciones generales, condiciones particulares y las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por la Asegurada a solicitud de la Compañía Aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

33. Prestador de Salud Preferente o Prestador: Es aquel establecimiento hospitalario que se individualiza como preferente en las condiciones particulares de esta Póliza. El Prestador es aquel que le cobra directamente a la Asegurada o factura los Gastos Reembolsables correspondientes del servicio que debe asumir la Aseguradora.

ARTÍCULO 5º: CARENCIA

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza, contado desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para la asegurada

que sea incorporada a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para el recién nacido que se incorpore al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 15° de estas Condiciones Generales, según corresponda. La Compañía Aseguradora no reembolsará a la Asegurada ni pagará directamente al Prestador de salud los gastos médicos efectivamente incurridos por la Asegurada o menor de 2 años durante el periodo de carencia, originados a causa de un Evento.

En las Condiciones Particulares se podrán establecer períodos de Carencia distintos para la cobertura de reembolso o pago al prestador de gastos médicos por Complicaciones del Embarazo; reembolso o pago al prestador de gastos médicos por Complicaciones del Parto; reembolso o pago al prestador de gastos médicos por Parto; reembolso o pago al prestador de gastos médicos por Hospitalización del menor de 2 años.

La Carencia no se aplicará en cada renovación de esta Póliza.

ARTÍCULO 6º: EXCLUSIONES

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos médicos que no tengan como causa un Evento.

Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a) Enfermedades, dolencias o situación de salud, todas preexistentes, entendiéndose por tal aquella diagnosticada o conocida por la Asegurada o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la Póliza se establecerán las exclusiones, restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.
- b) Complicaciones del Embarazo y Complicaciones del Parto, el Parto o Enfermedad o Accidente del menor de 2 años, si la fecha de la concepción es anterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura
- c) Gastos Médicos Ambulatorios relacionados con un Embarazo o Parto sin complicaciones, tales como: Consultas Médicas, Cirugía Ambulatoria, Exámenes de Laboratorio y Rayos, Imagenología, Procedimientos, Ambulancia, Kinesiología.

- d) Gastos Médicos Ambulatorios del menor de 2 años, tales como: Consultas Médicas, Cirugía Ambulatoria, Exámenes de Laboratorio y Rayos, Imagenología, Procedimientos, Ambulancia, Kinesiología.
- e) Enfermedad o Accidente de la madre que no sea una Complicación del Embarazo o una Complicación del Parto.
- f) Tratamientos de fertilización asistida o in vitro, los tratamientos de estimulación ovárica con fines reproductivos.
- g) Partos múltiples, Complicaciones del Embarazo y Complicaciones del Parto derivados de tratamientos de letra anterior.
- h) Prestaciones realizadas fuera de Chile.
- i) Trombofilia y cualquier otra alteración de la coagulación diagnosticada o en estudio, con fecha anterior a la vigencia de esta póliza.
- j) Cirugía intrauterina.
- k) Hospitalizaciones preventivas en ausencia de sintomatología de Parto prematuro o sangramiento.
- l) Hospitalizaciones prolongadas con fines de vigilancia del embarazo.
- m) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.
- n) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- ñ) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente o complicación de intervención quirúrgica causada por una patología, que ocurra mientras la Asegurada se encuentre amparado por esta Póliza.
- o) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos para corregir malformaciones congénitas.
- p) Estudios y tratamientos por talla baja (cualquiera sea su origen), gigantismo, ginecomastía, u otros similares, y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.
- q) Enfermedad Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que la Asegurada sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca la Asegurada.
- r) Lesiones o enfermedad producidas por encontrarse la Asegurada bajo la influencia de drogas o alucinógenos o somníferos o de cualquier droga que produzca efectos desinhibidores o en estado de ebriedad de acuerdo a la

graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

s) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte de la Asegurada.

t) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, auto mutilación o autolesión, abortos auto-provocados, o por lesiones inferidas a la Asegurada por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

u) Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrolle para corregir alguna alteración de los sentidos.

v) Cualquier tipo de prótesis y órtesis.

w) Medicamentos, remedios, drogas e insumos. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.

x) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico o tratamiento de un Evento.

y) La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria.

z) Gastos por acompañantes, mientras la Asegurada se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

aa) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica de cualquier actividad objetivamente riesgosa, cuando no haya sido informado a la compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso: el manejo de explosivos; minería subterránea; trabajo o deporte o actividad en altura superior a 20 metros o en líneas de alta tensión; inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad; andar en lancha, moto o cuadrimoto o motocicleta, como conductor o pasajero; carreras de auto; montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar; carreras de caballo; ski dentro y fuera de canchas o pistas habilitadas; así como los conocidos como deportes extremos tales como parapente, benji, canopy, paracaidismo, alas delta u otros del mismo género; y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

bb) Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase realizados en forma habitual o regular por la Asegurada, como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial reconocida por I.A.T.A., sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

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

- dd) Criopreservación y compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- ee) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- ff) Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriólogos, reflexología, quiropraxia, y otros similares.
- gg) 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 en ese sentido.
- hh) Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.

Las exclusiones precedentes, relativas a gastos que provengan o se originen por determinadas prestaciones y servicios médicos, no tendrán aplicación, cuando los porcentajes y límites de reembolso o pago de dichos gastos se encuentren expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DE LA ASEGURADA

La Asegurada, conforme al artículo 524 del Código de Comercio, está obligada a:

- 1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2º Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
- 3º Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 4º 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
- 5º Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el Tomador del seguro o Contratante y la Asegurada son personas distintas, corresponde al Tomador o Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por la

Asegurada. Las obligaciones del Tomador o Contratante podrán ser cumplidas por la Asegurada.

ARTÍCULO 8°: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DE LA ASEGURADA

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

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 de la Asegurada, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y la Asegurada 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 la Asegurada 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.

La aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y

eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en estas Condiciones Generales o en otras formas convenidas y expresadas así en las condiciones particulares de esta Póliza.

ARTÍCULO 9º: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

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

Los cambios en el monto de la prima estarán inicial y expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros suscrita por la Asegurada Titular, variando su monto según la edad de la Asegurada Titular y el número de Asegurados Dependientes cubiertos por esta Póliza.

a) Pago de Primas:

Las primas de este seguro podrán ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, según se señale en las Condiciones Particulares de la Póliza, y deberán ser pagadas a más tardar, el último día hábil del mes de inicio del período a que corresponden.

El contratante del seguro deberá pagar durante la vigencia del seguro, la prima por el monto, condiciones y forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que el asegurador podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago.

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o la Asegurada, según se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la

prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por la Asegurada, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) Efecto del No pago de la prima:

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días (15) contado desde la notificación que, conforme al Artículo 20º de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora a la Asegurada y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

ARTÍCULO 10º: DENUNCIA DE SINIESTRO

En caso que la Asegurada, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado al Prestador en virtud de esta Póliza, deberá notificar el Evento a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente ocurrido en el Gasto Reembolsable, 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, efectuado un Gasto Médico en virtud de la presente Póliza, la Asegurada o quien ella designe para este efecto, deberá informarlo a la Compañía dentro de un plazo de sesenta (60) días o bien dentro del plazo que se especifique en las Condiciones Particulares, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del Gasto Reembolsable, 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.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el Evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador a causa de dicho Evento, los siguientes:

a) Formulario proporcionado por la Compañía, con toda la información que en él se indique, suscrito por la Asegurada y por el médico tratante, cuando corresponda.

b) Declaración de la Asegurada respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por ella, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

c) Originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, la Asegurada deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, efectuado o por efectuar en favor de él, por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas a la Asegurada.

La Asegurada está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el Evento denunciado, a objeto de acreditar a satisfacción de la Compañía que ha ocurrido un Evento cubierto por este Póliza y determinar su monto. En el mismo sentido, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. La Asegurada deberá requerir 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 del Evento denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.

Queda expresamente establecido que la Asegurada 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 el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el siniestro la Asegurada debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11°: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

La Asegurada, conforme al Artículo 10°, letra b), deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor de la Asegurada, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

Para los efectos de esta Póliza, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los Gastos Efectivamente Incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas a la Asegurada.

Queda expresamente establecido que las coberturas de esta Póliza 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 esta Póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 12°: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará a la Asegurada Titular que haya incurrido en los gastos a causa de un Evento o, en su defecto, a los herederos legales de éste conforme lo determina la ley, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en la medida que tales gastos hayan sido incurridos dentro del Período de Duración de Reembolso, que hayan sido incurridos con posterioridad al término del período de Carencia, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado para cada Evento y para cada Asegurado, según lo señalado en el Artículo 13° de estas Condiciones Generales.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la Compañía Aseguradora efectuará el análisis de los

antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta Póliza, efectuará, previa liquidación correspondiente, el pago de los Gastos Reembolsables al Asegurado o el pago al Prestador. El reembolso a la Asegurada o pago directo al Prestador que corresponda, se efectuará en las oficinas principales de la Compañía Aseguradora a la respectiva Asegurada o prestador de salud.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza se aplicará por Asegurado durante la vigencia de su cobertura en esta Póliza. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

La Compañía sólo reembolsará o pagará al prestador, el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza por los Gastos Efectivamente Incurridos por el asegurado en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador establecidos en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza, se atenderá a las siguientes situaciones en que se encuentre el Asegurado afectado por el Evento:

- a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) El mismo procedimiento de la letra a) precedente, se aplicará respecto de aquellos Asegurados que, estando afiliados a un sistema de salud previsional, privado o estatal, los gastos efectivamente incurridos por él no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso en tales instituciones.
- c) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y los gastos efectivamente incurridos por él cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso, en tales instituciones, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre la parte de dichos gastos que no han sido objeto de bonificación, aporte y/o reembolso por tales instituciones, aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El pago al Prestador o de los eventuales reembolsos se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

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

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

ARTÍCULO 13º: APLICACION DEL DEDUCIBLE

El Deducible, por Evento, por Asegurado y por la edad de éste, será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible, por Evento, por Asegurado y por la edad de éste, se sujetará al siguiente procedimiento: 1º) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta Póliza; 2º) Aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros sobre el monto determinado conforme al número anterior; y 3º) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

El monto del Deducible se aplicará por Evento, por Asegurado y por la edad de éste. Asimismo, el monto del Deducible estará determinado por la edad que tenga el Asegurado al momento de ocurrencia del Evento, quedando el Deducible fijo para dicho Evento por todo el Período de Duración del Reembolso del Evento, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora podrá establecer montos diferenciados de Deducible para ciertas enfermedades, circunstancia que será especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De igual forma en las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer montos diferenciados de Deducible según el porcentaje de reembolso del sistema de salud previsional al que el Asegurado se encuentre afiliado, sobre el monto total de los Gastos Médicos.

ARTÍCULO 14º: 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, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

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 siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 15º: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS E INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Si con posterioridad a la fecha de vigencia de la presente Póliza, una Asegurada Titular deseare incorporar a su hijo recién nacido, deberá solicitarlo a la Compañía de Seguros a través de los medios que la Compañía ponga a su disposición o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para los efectos de incorporarse como asegurado, el recién nacido deberá someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando la asegurada, para estos efectos, una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y ser aceptados por la Compañía de Seguros, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de las coberturas para el o los nuevos asegurados dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía de Seguros u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo desde la fecha de inicio de vigencia indicada en este artículo o según se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 16°: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

1) El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2) Asimismo, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de la Asegurada titular y asegurados dependientes, en las siguientes circunstancias:

a) Fallecimiento de la Asegurada titular, oportunidad en la que también terminará el contrato de seguro para los asegurados dependientes de él;

b) A las 24:00 horas del día en que al Asegurada titular cumpla cuarenta años (40) u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza, u otro día posterior según lo señalado en las mismas Condiciones Particulares de la Póliza, oportunidad en la que también terminará el contrato de seguro para los asegurados dependientes de él;

c) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la Póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 9° precedente;

d) En caso que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo 18° siguiente.

e) Cuando la Asegurada hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8° de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 7° de estas Condiciones Generales;

f) Cuando la Asegurada incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

3) Por último, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado dependiente, en las siguientes circunstancias:

a) A las 24:00 horas del día en que el asegurado dependiente cumpla la edad de dos (2) años, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza;

b) Cuando el contratante informe que el asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado;

c) Por fallecimiento del asegurado dependiente;

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra h) de este artículo, la Compañía 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 contados desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

En todos los casos, terminada la vigencia de la Póliza, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los Eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso que este contrato de Seguro termine, anticipadamente o no, las coberturas de este seguro terminan a la fecha del término del contrato de Seguro.

Del mismo modo y a contar de a misma fecha, cesará toda responsabilidad de la Compañía de Seguros respecto de los riesgos que amparaba este contrato de seguro a los dependientes de la Asegurada titular cuya cobertura ha terminado.

ARTÍCULO 17º: AJUSTE DE LA PRIMA

La Compañía Aseguradora informará por escrito al contratante de la Póliza la modificación de prima, si la hubiere, con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha de renovación de la Póliza. El contratante tendrá el derecho a aceptar o renunciar a la renovación de la Póliza, lo cual deberá informar por escrito a la Compañía Aseguradora en un plazo de treinta (30) días, contados desde la recepción de la comunicación en que se propone su renovación. Si no acepta se entenderá que renuncia a la renovación.

ARTÍCULO 18º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en unidades de fomento u otra unidad reajustable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y coberturas, será el vigente al momento de su pago efectivo.

En el evento que no se determinare el valor de la unidad de fomento por la autoridad competente, el asegurador podrá modificar la reajustabilidad del presente contrato a la unidad que la Superintendencia de Valores y Seguros determine conforme al Artículo 10 del D.F.L. 251, de Hacienda, de 1931.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30)

días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

La nueva unidad determinada por la Superintendencia de Valores y Seguros regirá provisoriamente para todos los efectos de este contrato, entre la fecha de la resolución que la apruebe y la indicada en los incisos precedentes

ARTÍCULO 19º: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 20º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o la Asegurada con motivo de esta Póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico u otro medio electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por la Asegurada, 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 21º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre la Asegurada, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, 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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

En las disputas entre la Asegurada y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, la Asegurada podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

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

ARTÍCULO 22º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta Póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 23º: 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.