

Seguros CLC SA.

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD ONCOLÓGICA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2014 0471
Versión Enero 2015

I. CONDICIONES GENERALES

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.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado o pagará directamente al prestador de salud exclusivamente los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos relacionados con Cáncer, en forma complementaria luego de la cobertura otorgada por su sistema de salud previsional, cuando al asegurado se le diagnostique por primera vez y durante la vigencia del seguro la enfermedad de Cáncer que demande la internación hospitalaria del asegurado, y cuando este gasto se realice en la o las instituciones que el asegurador determine, durante el Período de Duración del Reembolso que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se contará desde la fecha de ocurrencia del Evento y que sean originados por éste. Las definiciones de todos estos conceptos se encuentran contenidos en el artículo 4º de estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará los gastos referidos precedentemente, siempre que se cumplan copulativamente los siguientes requisitos: 1) Que el Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza; 2) Que se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso; 3) Que el monto de gastos supere el Deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 4) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al asegurado, durante su vigencia anual en la Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 5) Que estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 5º de estas Condiciones Generales; 6) Que las prestaciones médicas sean entregadas por Clínica Las Condes, a través del Centro Clínico del Cáncer de la Institución y de los profesionales que ésta designe para tal efecto; y 7) Que los tratamientos para la enfermedad de Cáncer correspondan a los contenidos y definidos en los protocolos del Centro Clínico del Cáncer de Clínica Las Condes.

Los reembolsos al Asegurado o pago al Prestador de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, Efectivamente Incurridos por el Asegurado, 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 afiliado o adherido el Asegurado; límites y topes por patologías y rangos etarios; límites y topes según el Arancel del Prestador; 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.

Seguros CLC SA.

La Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, respecto del Evento, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, tales como: Isapres, Fonasa, 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 y otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables, definido en el Artículo 4°, numeral 22 de estas Condiciones Generales y establecido en las Condiciones particulares de la Póliza, se aplicará a cada Asegurado durante cada período de vigencia del contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos realizados a un asegurado o pagado al Prestador, alcanza el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante cada período de vigencia del contrato de seguro o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, el asegurado 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.

El Período de Duración de Reembolso, que se define en el Artículo 4°, numeral 25 de estas Condiciones Generales y cuya extensión se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza, es contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador de conformidad a los términos de esta Póliza. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía ni pagado al Prestador.

Serán de cargo del asegurador únicamente los gastos médicos relacionados con Cáncer y provenientes exclusivamente de:

- a) El proceso de confirmación de un diagnóstico de Cáncer. Este proceso comprenderá consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, radiología, tomografía computarizada, medicina nuclear, exámenes complementarios que sean necesarios a juicio de la institución designada por la compañía.
- b) Consulta y procedimientos clínicos destinados a la ejecución del tratamiento y la observación de su evolución hasta por un periodo de seis meses después de concluido el tratamiento.
- c) Tratamientos de Radioterapia y/o quimioterapia, incluidos los honorarios médicos y paramédicos. Los Honorarios paramédicos por cirugía y hospitalizaciones.
- d) Hospitalización que comprende días cama, cirugías, uso de pabellón quirúrgico, unidad de tratamiento intensivo, unidad de tratamiento intermedio, honorarios médicos, procedimientos diagnósticos intrahospitalarios.
- e) Los gastos correspondientes a medicamentos, materiales e insumos clínicos, transfusiones y banco de sangre que se empleen durante cada hospitalización, hasta el monto señalado en las condiciones particulares de la póliza.
- f) Los gastos por concepto de drogas antineoplásicas, en que se incurra hasta el monto que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza, por paciente y tratamiento de quimioterapia planificado y aplicado.
- g) Consultas médicas especializadas destinadas a controlar la evolución a largo plazo del paciente.
- h) Todo nuevo tratamiento oncológico indicado después del inicial, se efectuará en las mismas condiciones mencionadas para el primer tratamiento.

Seguros CLC SA.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables o pagados directamente al prestador a causa de un Evento, en virtud de esta Póliza, son los que se detallan a continuación:

A. Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización por Cáncer: Gastos Médicos de Hospitalización provenientes de prestaciones realizadas durante una Hospitalización por Cáncer, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

1. Días cama hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización por Cáncer. 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 por Cáncer, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministradas al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de Cáncer.

3. Honorarios médicos quirúrgicos: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleras que intervengan en una Operación Quirúrgica de las enfermedades por Cáncer cubiertas por este seguro.

4. Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el traslado terrestre del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para este beneficio que se indica en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

B. Cobertura para Gastos Médicos Ambulatorios por Cáncer: Gastos Médicos Ambulatorios provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización por Cáncer, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

1. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía por Cáncer 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 entrega 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: 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.

5. Imagenología: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos.

6. Ultrasonografía: Es aquella 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.

7. Medicina Nuclear: es la 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.

8. Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos: Procedimientos por los cuales se identifica una enfermedad por Cáncer, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad. Corresponden a su vez al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

Seguros CLC SA.

ARTÍCULO 3º: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

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

a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía calculará los gastos a 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 el asegurado esté afiliado 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 calculará los gastos a 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 el asegurado esté afiliado 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 del asegurado indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, la compañía calculará los gastos a 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 el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado, el prestador médico que originó el gasto, el tramo al que pertenece el beneficiario en el caso de sistema de salud estatal, y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

e) El pago al prestador o reembolso al asegurado, tendrá como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta póliza el monto definido en el Arancel del Prestador.

Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará al Asegurado ni pagará al Prestador, más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, 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. Alta Hospitalaria: Se considera el momento en que el médico tratante determine que los cuidados del paciente no requieren necesariamente de hospitalización.

2. Arancel del Prestador: Documento que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes en el Prestador. En caso que alguna prestación exceda dichos aranceles, SEGUROS CLC S.A. sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante del contrato de seguro y se encuentra disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía.

3. Asegurado: Es aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para obtener la cobertura de esta Póliza, el asegurado debe ser persona natural; cumplir con los requisitos de asegurabilidad, edad mínima de ingreso y edad máxima de permanencia establecidos en

Seguros CLC SA.

las Condiciones Particulares de la Póliza y haber suscrito la propuesta de seguros proporcionada por la compañía, distinguiéndose entre:

a) Asegurado Titular: Es el contratante de la Póliza, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) Asegurado Dependiente: Es el (la) cónyuge o el (la) conviviente y/o los hijos del asegurado titular, cuya incorporación ha sido solicitada por este último y aceptada expresamente por la Compañía Aseguradora y se encuentre individualizado(a) en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cuando en esta Póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente.

4. Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia, cuyo diagnóstico se confirma con estudio histopatológico.

5. Cáncer Primario: La enfermedad neoplásica que no haya recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza.

6. Compañía Aseguradora o Compañía: Compañía de Seguros que toma de su cuenta el riesgo.

7. Contratante, Contrayente o Tomador: El que celebra el contrato con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado si se tratara de una persona distinta. El contratante se indica como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

8. 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.

9. 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 del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 11° y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 12°, ambos de estas Condiciones Generales.

10. Diagnóstico: La constancia médica de una enfermedad con sus respectivos exámenes, basada en la historia clínica del asegurado.

11. Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes por Cáncer: Se entiende por tales, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

12. Evento: Es la ocurrencia de un diagnóstico confirmado de Cáncer; que origina gastos por medicamentos, servicios, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con este diagnóstico y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de la enfermedad Cáncer, todo considerando el Período de Duración del Evento. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en esta Póliza.

13. Gastos Efectivamente Incurridos: es la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Cáncer y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado o pagadas al Prestador, por instituciones o entidades que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

Seguros CLC SA.

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

15. Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización por Cáncer prescrita por un Médico.

16. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto promedio que se cobra por prestaciones de carácter similar al Gasto Ambulatorio y/o Gasto de Hospitalización que se solicita reembolsar o pagar al prestador, 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 que son suministradas en todos los establecimientos para el tratamiento de la enfermedad Cáncer 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 usará como referencia el Arancel del Prestador en primer término, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando en segundo término.

17. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios, Gastos de Hospitalización, Gastos por Medicamentos Ambulatorios y Gastos Médicos en el Extranjero, vinculados a Cáncer que son susceptibles de ser reembolsados al Asegurado 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 10° de estas Condiciones Generales.

18. 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.

19. 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.

20. Informe Histopatológico: Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un Cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de esta póliza, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El Informe Histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

21 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.

Seguros CLC SA.

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

23. 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.

24. Ortosis: dispositivo o aparato externo que se utiliza para sostener, alinear o prevenir deformidades, o mejorar la función de partes móviles del cuerpo.

25. Período de Duración de Reembolso: Corresponde al plazo definido en las Condiciones Particulares de la Póliza 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 al asegurado o pagados al prestador, de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la Compañía Aseguradora ni pagado al Prestador.

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

27. Prestador de Salud Preferente o Prestador: Es aquel Centro dentro de un establecimiento hospitalario que entrega exclusivamente prestaciones relacionadas con Cáncer y que se individualiza como preferente en las condiciones particulares de esta Póliza. El prestador es aquel que le cobra directamente al Asegurado o factura los Gastos Reembolsables correspondientes del servicio que debe asumir la Aseguradora.

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

29. Prótesis: Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

30. Riesgo Vital: Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, que requiera atención de urgencia de manera inmediata e impostergradable, y que corresponda a un Evento cubierto por esta Póliza, diagnosticado por un médico y conformado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ARTÍCULO 5º: EXCLUSIONES

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos médicos de enfermedades que no sean Cáncer.

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 situaciones de salud preexistentes que corresponden y no corresponden a Cáncer. En las Condiciones Particulares de la Póliza se deberá dejar constancia de las enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o por el Asegurado, las que no serán cubiertas. Sin perjuicio de lo anterior, la

Seguros CLC SA.

Compañía podrá indicar en las mismas Condiciones Particulares las condiciones en que les otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Contratante o Asegurado entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

- b) Los gastos originados como atención médica domiciliaria.
- c) Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado.
- d) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente;
- e) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión del estado de ebriedad o efectos de las drogas. Se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad, cuando la concentración de alcohol en la sangre sea igual o superior al límite legal establecido por la legislación vigente al momento del siniestro. Los estados a que se refiere la presente exclusión se acreditarán mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- f) SIDA o presencia del virus VIH;
- g) Cualquier tipo de prótesis y órtesis.
- h) Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- i) 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.
- j) Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.
- k) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- l) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

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 6°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a:

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

Si el Tomador o Contratante del seguro y el Asegurado 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 el Asegurado. Las obligaciones del Tomador o

Seguros CLC SA.

Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 7º: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

La Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 8º: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

a) Pago de Primas:

La periodicidad de pago de las primas de este seguro podrá ser mensual, trimestral, semestral o anual, 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 al asegurado, 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 el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente.

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 15º de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Asegurado 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.

Seguros CLC SA.

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

ARTÍCULO 9º: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado al Prestador en virtud de esta Póliza, el asegurado deberá notificar el Evento a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido 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. El plazo máximo para que la Compañía Aseguradora acepte a tramitación un Gasto Médico presentado para su reembolso por el asegurado o por quien él designe para este efecto, será definido en las Condiciones Particulares de la Póliza y será contado desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del Gasto Reembolsable.

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 el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.

b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Fonasa, 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 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, el Asegurado 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 al Asegurado.

El Asegurado 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 esta Póliza y determinar su monto. En el mismo sentido, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado 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.

Seguros CLC SA.

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 el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar un siniestro el Asegurado 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 10°: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurado, conforme al Artículo 9°, letra b) precedente, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Fonasa, 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 del Asegurado, 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 al Asegurado.

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 11°: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará al Asegurado 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, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado en el Artículo 12° 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 al Asegurado o pago directo al Prestador que corresponda, se efectuará en las oficinas principales de la Compañía Aseguradora al respectivo asegurado o prestador de salud.

Seguros CLC SA.

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 calculará los gastos a 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 al Asegurado 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 12°: APLICACION DEL DEDUCIBLE

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer deducibles por Evento, por Asegurado, por la edad de éste y según el porcentaje de reembolso sobre el monto total de los Gastos Médicos que realice cualquiera institución pública o privada del sistema previsional o de salud al que el Asegurado se encuentre afiliado o adherido, indicando su monto expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta Póliza; 2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas

Seguros CLC SA.

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.

En los casos en que, el monto del Deducible se determine por la edad que tenga el Asegurado al momento de ocurrencia del Evento, monto de Deducible quedará 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.

ARTÍCULO 13º: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de las coberturas contempladas en las presentes Condiciones Generales así como la de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto, si las hubiere, se iniciará 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 14º: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS E INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Si durante la vigencia del seguro, un Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía de Seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando 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 y el correspondiente cobro de prima 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 a partir de la fecha de aceptación del nuevo Asegurado y notificará dicha circunstancia al Asegurado Titular.

ARTÍCULO 15º: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La cobertura de esta Póliza, y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados:

- a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Seguros CLC SA.

c) Por efecto del no pago de la prima, en los términos señalados en el artículo 8º letra b) de estas Condiciones Generales.

d) Por fallecimiento del Asegurado Titular.

e) Por incurrir cualquiera de los Asegurados en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal. 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 17º siguiente.

Asimismo, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de un Asegurado Dependiente, en las siguientes circunstancias:

f) Cuando deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad y/o cuando cumpla la edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

g) Cuando el Contratante o Asegurado titular lo elimine de la Póliza.

h) Por no pago de prima correspondiente al Asegurado Dependiente, en los términos señalados en el artículo 8º letra b) de estas Condiciones Generales.

i) Por fallecimiento del Asegurado Dependiente;

El término anticipado de la Póliza como efecto del no pago de la prima se regulará conforme a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio. Si la terminación se produjera como consecuencia de cualquiera de las restantes causales, o como consecuencia de la voluntad del propio asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 537 del mismo cuerpo legal. En cualquiera de los casos precedentes, terminada la vigencia de la Póliza, cesará la cobertura del seguro respecto del o los asegurados afectados por la causal de terminación de que se trate, cesando las obligaciones de la Compañía respecto de los Eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16º: AJUSTE DE LA PRIMA

En el evento que, con motivo de una renovación de póliza, las primas sufran una modificación en su monto distinta a los cambios por tramo de edad preestablecidos y señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, la Compañía de Seguros informará por escrito al contratante de la Póliza sobre esta circunstancia, 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.

ARTÍCULO 17º: 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 reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y 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

Seguros CLC SA.

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 18: REHABILITACION DE LA PÓLIZA

Producida la terminación anticipada de la Póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante O Asegurado Titular solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la Póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

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 del asegurado, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 20º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración 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 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 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 21º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el (los) asegurado(s) o el contratante, 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.

Seguros CLC SA.

No obstante lo anterior, el asegurado 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 N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 22º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta Póliza y que extiendan o amplíen las coberturas establecidas 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.

Seguros CLC SA.

II. CONDICIONES PARTICULARES

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y que son de cargo del asegurado.
2. Este seguro es complementario y no sustitutivo de las coberturas que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO.
 - Los requisitos que deben concurrir para cobrar el seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:

Este seguro:

NO contempla renovación garantizada.

SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.

NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

NO cubre preexistencias

Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL32014 0471 en la Superintendencia de Valores y Seguros. Usted puede revisar este texto en www.svs.cl.

5. Este contrato no cuenta con sello Sernac.

CUADRO CONDICIONES ESPECIALES

Se deja constancia en el cuadro siguiente de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas, según el siguiente detalle, si lo hubiere:

Seguros CLC SA.

1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA

1.1.- Requisitos de Asegurabilidad

Asegurado Titular: Si no fuera el mismo Contratante, para contar con cobertura debe tener relación con el Contratante, ya sea familiar o contractual.

Asegurados Dependientes que sean hijos del titular: Para contar con cobertura, deben ser solteros, vivir a expensas del Asegurado Titular y si tienen más de 18 años deben estar cursando estudios de Educación Media o Superior.

1.2.- Edad mínima de ingreso:

1.2.1.- Asegurado Titular y Asegurado Dependiente que sea cónyuge o conviviente del Titular: deben tener al menos 18 años.

1.2.2.- Asegurados Dependientes que sean hijos del titular: deben tener al menos 14 días de vida.

1.3.- Edad máxima de ingreso:

1.3.1.- Asegurado Titular y Asegurado Dependiente que sea cónyuge o conviviente del Titular: hasta las 24:00 horas del día que cumplan los 64 años y 364 días de edad.

1.3.2.- Asegurado Dependiente que sea hijo del titular: para ingresar a la póliza, no debe superar la edad máxima de permanencia establecida para ellos que se indica a continuación.

1.4.- Edad máxima de permanencia:

1.4.1.- Asegurado Titular y Asegurado Dependiente que sea cónyuge o conviviente del Titular: hasta las 24 horas del día que cumplan los 110 años y 364 días de edad. Por sobre dicha edad esta póliza no otorgará cobertura.

1.4.2.- Asegurados Dependientes que sean hijos del titular: Hasta las 24:00 horas del día en que cumplan los 24 años de edad.

2. MONTO MÁXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurador reembolsará los Gastos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante la vigencia anual de la Póliza, que se estipulan a continuación y según las condiciones señaladas:

Tipo de Evento	Monto Máximo de Gastos Reembolsables efectuados en Clínica Las condes
Eventos Oncológicos	UF 5.000

Según lo indicado en el Artículo 4° N° 16 del Condicionado General, para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía Aseguradora utilizará como referencia el Arancel del Prestador Clínica Las Condes denominado "Vivir Más".

Seguros CLC SA.

3. COBERTURAS

El Asegurador reembolsará los Gastos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos hasta el Monto Máximo anual de Gastos Reembolsables, indicado en punto anterior y después del pago del deducible por parte del asegurado indicado en el punto siguiente, según los Cuadros de Coberturas especificados a continuación y sólo si son derivados de un Evento definido en el Condicionado General Artículo 4° numeral 12.

Según lo indicado en el Artículo 2° del Condicionado General, la Compañía Aseguradora entregará las Coberturas detalladas en esta Póliza, siempre que la fecha de diagnóstico sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, que las prestaciones médicas sean otorgadas por el Centro Clínico del Cáncer de Clínica Las Condes por los profesionales que dicho centro designe y que los tratamientos y prestaciones otorgadas correspondan a las contenidas y definidas en los protocolos del Centro Clínico del Cáncer de Clínica Las Condes.

Según lo indicado en el Artículo 2° del Condicionado General, la Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos como complemento a la cobertura del sistema de salud previsional y de otros seguros o beneficios a los que se encuentre afiliado o adherido el asegurado.

Este Seguro no tiene cobertura en otras instituciones que no sean el prestador preferente, en este caso Clínica Las Condes.

3.1 Porcentaje de Bonificación Mínimo exigido y Copago Máximo del 50%

Según lo indicado en el Artículo 3° letra c) del Condicionado General, el porcentaje de bonificación mínimo exigido como cobertura del sistema previsional de salud y de otros seguros o beneficios del asegurado para que resulte procedente la cobertura de este seguro será de 50%.

Si la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, otros seguros o beneficios, fuere inferior a un 50% del valor total de los gastos médicos en que hubiere incurrido el asegurado, Seguros CLC SA solo otorgará cobertura hasta un 50% del total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento cubiertos por la póliza en que el asegurado hubiere incurrido. Este porcentaje del 50% se entenderá como Copago Máximo a realizar por la Compañía de Seguros.

3.2 Cuadro de Coberturas para Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos hasta los 110 años y 364 días, para Asegurados:

	Cobertura en Clínica Las Condes
Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización de evento	100 %
Cobertura para Gastos Médicos Ambulatorios	100 %
Cobertura para Servicio de Traslado CLC	100 % con tope UF 50
Cobertura para Medicamentos Ambulatorios	50 %
Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización y Ambulatorios no cubiertos por Isapre	50 %

3.3 Tipo de Habitación en hospitalización: Este seguro cubrirá las hospitalizaciones en habitación estándar.

Seguros CLC SA.

4. DEDUCIBLES

Es el monto de los Gastos Reembolsables que siempre son de cargo del Asegurado.

El Deducible se aplicará por cada Evento, por cada Asegurado y por cada Período de Duración del Reembolso del Evento, según lo indicado a continuación:

Tipo de Evento	Deducible para Gastos Médicos efectuados en Clínica Las Condes
Evento Oncológico	UF 65

5. PERÍODO DE DURACIÓN DE REEMBOLSO

El Período de Duración de Reembolso será de doce (12) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento. Este período podrá renovarse por períodos iguales, siempre que:

- 1) La Póliza esté vigente y con los pagos al día.
- 2) El Asegurado involucrado en el Evento esté vigente en la Póliza.

Por cada Período de Duración de Reembolso, se aplicará un nuevo Deducible según el punto 4 anterior.

6. PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

6.1 Cálculo de Prima: La Prima de este Seguro se expresa en UF (Unidades de Fomento) y se determina según: 1) El rango de edad donde se encuentre el o los Asegurados; 2) La periodicidad de pago que puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.

El aumento de prima por cambio de tramo de edad detallado en la tabla siguiente, se aplicará en la anualidad de la póliza.

Tramo Edad	Prima Mensual UF
00 - 17	0,13
18 - 24	0,21
25 - 44	0,31
45 - 54	0,37
55 - 64	0,62
65 - 75	1,11
76-86	1,68
87 -90	2,91
91 - 110	10,99

La comisión de intermediación corresponde al 10,3% de la prima neta recaudada el primer año y 2,4% de la prima neta recaudada el segundo año. A partir del tercer año las pólizas no pagan comisión de intermediación.

6.2 Pago por medio de cobros automáticos (PAC o PAT):

Conforme a lo señalado en la Circular No 1499, de la Superintendencia de Seguros, se deja constancia que el pago de la prima se efectuará mediante la modalidad de PAC (Autorización de descuento en cuenta corriente bancaria) o PAT (Autorización de descuento en tarjeta de crédito), por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago, forman parte integrante de las condiciones particulares de esta póliza.

Seguros CLC SA.

7. DENUNCIA DE SINIESTROS

No obstante lo señalado en el Artículo 9° del Condicionado General, el asegurado no deberá dar aviso de siniestro si el Monto de Gastos Efectivamente Incurridos es menor al deducible de la póliza, ya que en dicho caso no aplicará la cobertura del Seguro.

Tampoco deberá dar aviso si la hospitalización ocurre en Clínica Las Condes.

8. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

La presente póliza tiene una duración de 1 año a contar desde la vigencia inicial de la póliza y será renovada al término de cada período de cobertura, salvo en aquellos casos en que la Compañía haya manifestado su voluntad en contrario por incumplimiento en el pago de la prima, o por cualquier otra causa contractual o legal.

El contratante podrá poner término al contrato de seguros dando aviso a través de carta certificada y con 30 días de anticipación al término de la vigencia anual.

El contratante otorga su expreso consentimiento para que esta póliza se renueve anualmente a su término, siempre que las condiciones indicadas en estas Condiciones Particulares se mantengan.

En el caso que hubieren cambios de cobertura y/o aumento de la prima por siniestralidad a ser aplicados en la renovación de esta póliza, Seguros CLC S.A. enviará un correo electrónico al contratante a la dirección de correo electrónico señalada en la propuesta de éste seguro. En él se indicarán las nuevas Condiciones de renovación. Todo ello se hará 60 días antes del término de la vigencia de la póliza. El contratante deberá manifestar su voluntad de aceptar las nuevas condiciones o terminar la póliza si no está de acuerdo con ellas dando respuesta al correo electrónico enviado. Asimismo convienen que es responsabilidad del contratante comunicar a la Compañía cualquier cambio de dirección en el correo electrónico antes señalado.

Lo anterior no aplicará si el aumento de prima es debido a un cambio de tramo de edad, pues el cliente al aceptar estas Condiciones Particulares acepta los cambios detallados en el numeral 6.1

9. INCORPORACION NUEVOS ASEGURADOS

La incorporación de nuevos asegurados se realizará según el artículo 14° de las Condiciones Generales. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando 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.

10. ATENCIÓN AL CLIENTE

La Oficina de Atención a Clientes de Seguros CLC S. A. se encuentra ubicada en Estoril 450, Edificio 1, Subterráneo -1, Plataforma de Servicio al Paciente

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 19 hrs.

Call Center: 02-2610 7000. Horario de atención de lunes a viernes de 8:30 a 20 hrs

E-mails de Contacto:

- Consultas o Información de tu póliza: infoseguros@clc.cl

- Sugerencias o Reclamos: atencionseguros@clc.cl

- Pagos: pagodeprimas@clc.cl

Seguros CLC SA.

III. ANEXOS

ANEXO 01

Circular N° 2131 Superintendencia de Valores y Seguros

INFORMACION SOBRE ATENCION DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 del 28 de noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl.

ANEXO 02: Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) **OBJETO DE LA LIQUIDACION:** La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) **FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACION:** La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3) **DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACION DIRECTA:** En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) **INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION DE ANTECEDENTES:** El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

Seguros CLC SA.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACION: En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACION: Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia, a excepción de: a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia; b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia.

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION: Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACION: El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 25 a 28 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION: Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

Seguros CLC SA.