

N° PÓLIZA :
N° PROPUESTA :
PÓLIZA DE SEGURO
VIVIR MÁS

CONDICIONES PARTICULARES

SEGUROS CLC S.A. en conjunto con el Contratante, quien se individualiza más adelante, suscriben el presente Contrato de Seguro, del cual forman parte integrante la propuesta presentada por el asegurado, sus declaraciones de salud, los antecedentes adicionales, las condiciones generales registradas en la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) y las condiciones particulares que se detallan a continuación.

Contratante :
RUT :
Dirección :

Vigencia : (poner como fecha de Vigencia Inicial la Fecha de Aceptación del Riesgo)

La presente póliza tiene vigencia anual, desde la fecha de vigencia inicial aquí indicada y que será considerada como fecha de inicio de la cobertura, y se renovará tácita y automáticamente si ninguna de las partes da aviso de término a la otra a través de carta certificada, con al menos un mes de anticipación a la fecha de término del contrato que estuviere rigiendo.

Domicilio Especial : Para todos los efectos del presente contrato, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago.

Modalidad de Pago de Prima :

Condiciones Generales : Inscrita en el Depósito de Pólizas SVS bajo el código POL209158

Cobertura : Prestaciones Médicas

Condiciones Especiales :

Nombre Asegurados	Relación	Fecha Nacimiento	sexo	Capital Asegurado UF.	Prima Anual (*)
--------------------------	-----------------	-------------------------	-------------	------------------------------	------------------------

(*) Primas afectas a IVA

Prima Neta anual

UF:

IVA 19%

UF:

Prima Total

UF:

Prima Según forma de pago

UF:

p. SEGUROS CLC S.A.

Fecha de Emisión :

Agente de Ventas :

IMPORTANTE

En el siguiente cuadro de resumen se señalan algunos antecedentes importantes de su seguro, que en estas condiciones particulares se detallan:

Este seguro:

SI 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

1. COBERTURA

El asegurador reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados, efectivamente incurridos por el asegurado a consecuencia de enfermedad o lesiones producidas a causa de un accidente, hasta el monto máximo anual que se estipula en el cuadro de beneficios especificado más adelante.

1.1. Cuadro de Beneficios

	Cobertura Clínica Las Condes (**)	Cobertura en Otras Instituciones (**)	
Monto Máximo Anual de cobertura	UF 35.000	UF 10.000	
Deducible Anual por evento(*) Para copagos menores o iguales a UF 65	UF 65	UF 100	
Deducible anual por evento. Para Copagos, después de reembolso de Isapre, mayores a UF 65	Si el reembolso del Plan de Isapre respecto a la cuenta total es:	UF 100	
	0 – 65%		UF 65
	65.1% - 70%		UF 33
	70.1% - 75%		UF 17
	75.1% o más		UF 0

<p>Deducible para la siguientes Enfermedades Graves (Para Copagos, después de reembolso de Isapre, mayores a UF 65)</p> <p>Cáncer Cirugía coronaria Infarto agudo al miocardio, hemorragia cerebral Insuficiencia renal Crónica, Ceguera</p>	<p>Los menores de 40 años no tendrán deducible. Para los mayores de 40 años regirá la tabla del cuadro “Deducible Anual por evento”</p>	<p>UF 100</p>
<p>Gastos de Hospitalización (Días cama, Honorarios Médicos, Servicios Hospitalarios, Cirugía Hospitalaria, Procedimientos Laboratorio y Rayos, Medicamentos en Hospitalización, Ambulancia)</p>	<p>100% de los gastos por este concepto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros</p>	<p>50% de los gastos por este concepto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros</p>
<p>Gastos Ambulatorios (Consultas Médicas, Procedimientos, Cirugía Ambulatoria, Exámenes de Laboratorio y Rayos, Ambulancia, kinesiología).</p>	<p>100% de los gastos por este concepto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros</p>	<p>50% de los gastos por este concepto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros</p>
<p>Medicamentos Ambulatorios</p>	<p>50% de los gastos luego del reembolso de otros seguros</p>	<p>25% de los gastos luego del reembolso de otros seguros</p>
<p>Prestaciones médicas no cubiertas por la Isapre</p>	<p>50% de los gastos luego de señalada la no cobertura por el plan de salud y/u otros seguros</p>	<p>25% de los gastos luego señalada la no cobertura por el plan de salud y/u otros seguros</p>

Cobertura para Maternidad	100% de los gastos por concepto de parto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros, con un tope de UF 25 por evento después del deducible	No hay
Gastos en el extranjero	No hay	50 % de los gastos
Cobertura para hijos nacidos en Clínica Las Condes con madres cubiertas en el parto. (Los hijos deben ser inscritos en el seguro antes de los 30 días de nacidos)	100% del Cuadro de Beneficios	No hay

(*)Evento: Para efectos de la presente póliza, un evento tendrá una duración máxima de tres años contados desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto por esta Póliza y siempre que la póliza y el asegurado que dio origen al gasto, se encuentren vigentes en esta compañía. Quedará sin efecto esta condición en caso de fallecimiento del asegurado.

() Determinación del monto de la cobertura:** Los beneficios de este seguro serán determinados en base al **“Arancel Vivir Más”** convenido entre Seguros CLC SA y Clínica Las Condes, el cual forma parte integrante de este contrato, y que se encuentra disponible en las oficinas de Seguros CLC.

En caso que alguna prestación exceda dicho arancel, SEGUROS CLC S.A. sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado.

1.2. Beneficios para asegurados que no se encuentren afiliados a una Isapre y con su plan de salud vigente en ella (sin Isapre): El porcentaje de reembolso para estos asegurados, será del 35% de la cobertura establecida en el Cuadro de Beneficios, tanto para su uso en Clínica Las Condes como en otras instituciones, a excepción de la cobertura de medicamentos ambulatorios donde se mantendrá lo señalado en el cuadro de beneficios, después de hacer uso del deducible.

1.3 Cobertura en caso de preexistencias: Para efectos de la presente póliza no se dará cobertura a las preexistencias, cuya definición se encuentra contenida en el Artículo N° 3 del condicionado general.

1.4 Cobertura de Maternidad: No obstante lo señalado en el artículo 4, letra N del condicionado general, esta póliza otorgará cobertura para el parto y sus complicaciones de acuerdo a los porcentajes y topes descritos en el cuadro de beneficios.

Esta cobertura excluye cualquier gasto que no sea inherente al parto, como también los gastos de tratamientos de fertilización asistida o in vitro, los tratamientos de estimulación ovárica con fines reproductivos y los partos múltiples derivados de dichos tratamientos.

Las complicaciones del parto para la madre serán consideradas dentro del mismo evento, es decir, no se aplicará un nuevo deducible y se liberará el monto máximo de reembolso de UF 25 a lo establecido en el Cuadro de Beneficios como capital asegurado para otras patologías.

Los hijos nacidos con cobertura en la póliza, estarán cubiertos desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Contratante deberá informar a la Compañía Aseguradora de la nueva carga en un plazo máximo de 30 días desde la fecha de nacimiento, y pagar la respectiva prima por esta nueva carga asegurada, si fuese el caso.

Será considerado como nuevo evento, las complicaciones o enfermedad de un recién nacido cubierto por la Póliza, para lo cual se aplicará un nuevo deducible.

Para efectos de esta póliza se entenderá por parto a la salida de uno o más fetos del cuerpo materno, dando por finalizada la situación de embarazo de una mujer.

1.5 Carencia: Esta cobertura tendrá una carencia de 60 días contados desde la vigencia inicial de la Póliza o de cualquiera de sus rehabilitaciones. Esta carencia no se aplicará para el caso de accidentes, caso en el cual existirá cobertura inmediata a partir de la fecha de vigencia inicial.

Para eventos relacionados con embarazo y parto, se exigirá una carencia de 10 meses contados desde la vigencia inicial de la Póliza o de cualquiera de sus rehabilitaciones.

1.6 Riesgo Vital:

Por riesgo vital se entenderá todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, que pone en peligro la vida y es altamente probable la ocurrencia mediata de muerte si la persona no es atendida inmediatamente en un centro asistencial cercano al lugar del suceso. Este evento debe ser diagnosticado por un médico y confirmado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio, que sea aceptable por la Compañía de Seguros.

En caso de riesgo vital, se cubrirá en otros establecimientos según los porcentajes y topes fijados en el Cuadro de Beneficios para cobertura en Clínica Las Condes, pero aplicando el porcentaje del 35% señalado anteriormente para aquellos asegurados sin plan de Isapre.

En caso de riesgo vital, se deberá notificar a la compañía a más tardar 30 días después de ocurrido el evento. En estos casos se otorgará una cobertura de traslado aéreo con un tope de UF 6.

1.7 Traslado en ambulancia: El servicio de ambulancia, tanto hospitalario como ambulatorio descrito en el cuadro de beneficios, cubre dentro de un radio de 50 Kms a la redonda, medidos desde y hacia Clínica Las Condes, fuera de este radio la póliza no cubrirá el traslado. Este reembolso se aplicará para copagos mayores a UF 65 y una vez aplicado el deducible

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

1.9 Edad máxima de permanencia: No obstante lo estipulado en el artículo 13, N° 2, de las Condiciones Generales, para el asegurado titular, cónyuge o cualquier beneficiario asegurado mayor de edad, la edad máxima de permanencia será hasta los 75 años si éstos han ingresado a la póliza antes de los 60 años, o de 70 años si lo han hecho desde los 60 años.

Los hijos del titular podrán permanecer en esta Póliza hasta los 24 años de edad, siempre y cuando cumplan con lo siguientes requisitos: a) sean estudiantes, b) solteros; y c) vivan a expensas del Asegurado titular de la Póliza.

Los hijos de los asegurados titulares que superen la edad de cobertura, y que dejen de ser asegurados en esta póliza y que deseen continuar como asegurados, podrán suscribir una nueva póliza con continuidad de cobertura y no existirá carencia. Lo mismo regirá para el cónyuge o beneficiarios mayores de edad, en caso de fallecimiento del asegurado titular.

2. AVISO DE SINIESTROS

No obstante lo señalado en el artículo 4 del condicionado general, el asegurado no deberá dar aviso de siniestro si el monto de éste es menor al deducible de la póliza, ya que en dicho caso no estará cubierto. En los demás casos deberá otorgar tal aviso.

3. RENOVACIÓN

De acuerdo a lo señalado en el Artículo Quinto de las condiciones generales, esta póliza será renovada automáticamente al término de cada período de cobertura, salvo en aquellos casos en que el asegurado o la Compañía hayan manifestado su voluntad en contrario, o bien cuando el contrato haya sido rescindido o terminado anticipadamente ya sea por falta de veracidad u omisión en las declaraciones del asegurado o por incumplimiento en el pago de la prima de su póliza o por cualquier otra causa contractual o legal.

En caso que algún asegurado se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta póliza, la compañía aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esta hospitalización, con el tope máximo de cobertura indicado en el cuadro

de beneficios de esta póliza, y hasta un plazo máximo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de término de este seguro.

4. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Son obligaciones del contratante y/o asegurado:

- a) El comunicar por escrito a la compañía de seguros CLC S.A. el retiro o cambio de su plan o sistema de salud previsional, en un plazo máximo de 30 días. En caso de que dicha comunicación no se efectúe o que el plan de salud previsional original, informado en la propuesta de seguros que dio origen a este contrato, fuese modificado a un plan con menor cobertura, facultará a Seguros CLC a reducir la cobertura hasta un porcentaje de reembolso mínimo de 35% de la cobertura establecida en el Cuadro de Beneficios, a excepción de la cobertura de medicamentos ambulatorios, después de hacer uso del deducible.
- b) Será requisito para obtener cobertura que los asegurados con planes de salud de Isapre, Fonasa o seguros complementarios, hagan uso de su plan de Salud y seguros complementarios previamente. El hecho de no hacer uso de su Plan de salud o seguros complementarios previamente, significará que no podrá optar por la cobertura de este Seguro.
- c) Cumplir con todas la obligaciones que el artículo 556 del Código de Comercio impone al asegurado y especialmente la del numeral siete de dicha disposición, esto es, la de probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de Seguros CLC SA. en otorgar las coberturas amparadas por esta póliza. Para estos efectos deberá entregar toda la información que se le requiera. El incumplimiento de esta obligación facultará a la Compañía a no hacer reembolso alguno de gastos y podrá poner término a la cobertura, en los términos señalados en las condiciones generales de esta póliza.
- d) Comunicar por escrito a la compañía de seguros CLC S.A. cualquier cambio relacionado con su actividad laboral o deportiva.

5. PAGO DE PRIMAS

5.1 Pago de Primas: Las primas de este seguro podrán ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, debiendo pagarse en forma anticipada.

El contratante estará obligado a pagar las primas 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 la Compañía aseguradora podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago. La Compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

5.2 Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concederá un plazo de gracia, que será de treinta días, contado a partir de la fecha de pago de la prima convenida. Durante este plazo la póliza permanecerá vigente, sin perjuicio que la Compañía podrá rebajar la prima morosa de cualquier beneficio que deba pagar a los asegurados de las primas vencidas y no pagadas.

El asegurado reconoce que el pago de la prima es condición esencial para la vigencia de la póliza y el otorgamiento de la cobertura contemplada en el presente seguro, por lo que consiente expresamente en las condiciones propuestas para su cobro, y en los efectos que puedan llegar a generarse a consecuencia del no pago de las mismas.

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

Conforme a lo señalado en la Circular N° 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.

6. REHABILITACIONES

Las rehabilitaciones de esta póliza se realizarán bajo el consentimiento de la Compañía y se llevarán a cabo de acuerdo a las políticas de suscripción vigentes en la compañía al momento de la rehabilitación.

7. CLÁUSULA ADICIONAL

Si conjuntamente con esta póliza se encuentra contratada la Cláusula Adicional de Exoneración de deducible CAD 309181, el prestador de servicios de acuerdo a lo señalado en el artículo 1 número tercero, de dicha cláusula de exoneración, será Clínica Las Condes. Si el asegurado es atendido por un prestador de salud distinto a Clínica Las Condes, ubicado fuera de la Región Metropolitana, le exoneración del deducible operará igualmente, aplicándose las coberturas indicadas en el cuadro de beneficio para otras instituciones.

Información sobre presentación de consultas y reclamos.

En virtud de la circular No. 1487 de 17 de julio de 2000, de la Superintendencia de Valores y Seguros, las compañías de seguro deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante asegurado o beneficiario o aquellos que la Superintendencia de Valores y Seguros les derive.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en la casa matriz o en todas las agencias, oficinas o sucursales de la compañía en la que se atienda público, personalmente, por correo o fax, sin formalidades, en el horario normal de atención y sin restricción de días y horarios especiales.

El interesado en caso de disconformidad respecto a lo informado por la compañía de seguros, o bien cuando exista demora injustificada en su respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, departamento de atención al asegurado, cuyos oficinas se encuentran ubicadas en Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1449, Santiago.

p. SEGUROS CLC S.A.