

N° Póliza :
N° Propuesta:

SEGURO INTEGRAL CLC
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 :

Inicio Vigencia :

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

Nombre Asegurados	Relación	Fecha Nacimiento	Cobertura Deducible Reducido	Cobertura Más Protección (seguro escolar)	Capital UF

Prima Neta Anual UF:
IVA 19% UF:
Prima Total Anual 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 hasta los 74 años y 364 días de edad del asegurado:

	Cobertura en 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:	Deducible a aplicar
	0 – 65%	UF 65
	65.1% - 70%	UF 33
	70.1% - 75%	UF 17
	75.1% o más	UF 0
Deducible para la siguientes Enfermedades Graves (Para copagos, después de reembolso de Isapre, mayores a UF 65): Cáncer Cirugía coronaria Infarto agudo al miocardio hemorragia cerebral Insuficiencia renal Crónica Ceguera	Los menores de 40 años no tendrán deducible. Para los mayores de 40 años regirá la tabla del cuadro "Deducible Anual por evento"	UF 100

Gastos de Hospitalización (Días cama, Honorarios Médicos, Servicios Hospitalarios, Cirugía Hospitalaria, Procedimientos Laboratorio y Rayos, Medicamentos en Hospitalización, Ambulancia)	100% de los gastos luego del reembolso de plan de salud y otros seguros	50% de los gastos luego del reembolso de plan de salud y otros seguros
Gastos Ambulatorios (Consultas Médicas, Procedimientos, Cirugía Ambulatoria, Exámenes de Laboratorio y Rayos, Ambulancia (hasta 50 Kms.), kinesiología).	100% de los gastos luego del reembolso de plan de salud y otros seguros	50% de los gastos luego del reembolso de plan de salud y otros seguros
Medicamentos Ambulatorios	50% de los gastos luego del reembolso de plan de salud y otros seguros	25% de los gastos luego del reembolso de plan de salud y otros seguros
Prestaciones médicas no cubiertas por la Isapre	50% de los gastos luego de señalada la no cobertura por el plan de salud y otros seguros	25% de los gastos luego de señalada la no cobertura por el plan de salud y otros seguros
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

1.2. Cuadro de Beneficios desde los 75 años y hasta los 100 años de edad del asegurado:

	Cobertura Clínica Las Condes
Capital Asegurado Anual	UF 5.000
Deducible Anual por evento	UF 150
Gastos de Hospitalización (Días cama, Honorarios Médicos, Servicios Hospitalarios, Cirugía Hospitalaria, Procedimientos Laboratorio y Rayos, Medicamentos en Hospitalización, Ambulancia)	100% de los gastos por este concepto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros
Gastos Ambulatorios (Consultas Médicas, Procedimientos, Cirugía Ambulatoria, Exámenes de Laboratorio y Rayos, Ambulancia, kinesiología)	100% de los gastos por este concepto luego del reembolso de plan de salud y otros seguros
Prestaciones médicas no cubiertas por la Isapre	50% de los gastos luego de señalada la no cobertura por el plan de salud y otros seguros

1.3. Cobertura Deducible Reducido.

El deducible a aplicar a los asegurados individualizados en el condicionado particular de esta póliza, de acuerdo a lo señalado en los cuadros anteriores, variará a un deducible máximo de XX UF hasta los 74 años y 364 días de edad y a YY UF entre los 75 y 100 años de edad, en el caso de alguna de las siguientes patologías:

- PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
- DISRAFAS ESPINALES
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS
- ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA
- FISURA LABIOPALATINA
- TRASTORNO GENERACIÓN IMPULSO CARDÍACO Y CONDUCCIÓN EN <15a
- COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA CÁNCER VESICULAR
- HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA
- ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÉMICO
- SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES
- TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR
- POLITRAUMATIZADO GRAVE
- TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE
- RETINOPATÍA DEL PREMATURO
- DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO

1.4. Evento: Para efectos de la presente póliza, un evento es todo siniestro consistente en alguna enfermedad o lesión producida a causa de un accidente, que tenga 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.

1.5. Determinación del monto de la cobertura: Los beneficios de este seguro serán determinados en base al arancel 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.

1.6. Beneficios para asegurados afiliados a FONASA, otro sistema de salud público o sin plan de salud vigente en una Institución de Salud Previsional (ISAPRE). El porcentaje de reembolso en el caso de medicamentos ambulatorios será el establecido en el Cuadro de Beneficios. Para el caso de otras coberturas será de un 35% de lo establecido en el Cuadro de Beneficios, tanto para su uso en Clínica Las Condes como en otras instituciones, a excepción de la cobertura de maternidad.

1.7. 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.

1.8. 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 en Clínica Las Condes con madres cuyos partos fueron cubiertos por la póliza, estarán asegurados 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.

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.

1.9. Cobertura para prestaciones hospitalarias por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA): No obstante lo estipulado en el Artículo 4º, Exclusiones letra e) de las Condiciones Generales, los beneficios de hospitalización serán extendidos cuando ellos se produzcan a consecuencia del VIH/SIDA, que se haya contraído en fecha posterior al ingreso a la póliza. La cobertura de gastos ambulatorios se mantiene excluida cuando los gastos provengan o se originen por VIH/SIDA.

1.10. Carencia: La cobertura de esta póliza 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, existirá una carencia de 10 meses contados desde la vigencia inicial de la Póliza o de cualquiera de sus rehabilitaciones.

1.11. 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 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 Clínica Las Condes aplicando el Cuadro de Beneficios para cobertura en Clínica Las Condes Clínica. En otros establecimientos se cubrirá 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 afiliados a FONASA u otro sistema de salud público.

En caso de riesgo vital, se deberá notificar a la compañía a más tardar 30 días después de ocurrido el evento.

En casos de riesgo vital se otorgará una cobertura de traslado terrestre y aéreo para la Región Metropolitana y V Región de un 100% sin tope, exceptuando los territorios denominados Chile insular en la V región, dentro de los que se encuentran el Archipiélago Juan Fernández, las Islas Desventuradas y las islas polinésicas de Isla de Pascua (o Rapa Nui) y la isla Sala y Gómez, donde la cobertura de traslado tendrá un tope de UF 50. Para otras regiones la cobertura de traslado tendrá un tope de UF 50.

1.12. Traslado en ambulancia: La cobertura de esta póliza en el servicio de ambulancia, tanto hospitalario como ambulatorio descrito en el cuadro de beneficios, sólo se otorgará cuando la ambulancia opere dentro de un radio de 50 Kms. a la redonda, medidos desde y hacia Clínica Las Condes. Fuera de este radio la póliza no otorgará cobertura al traslado. Esta cobertura se aplicará para copagos mayores a UF 65 y una vez aplicado el deducible

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

1.14. 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 100 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.

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.

4. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Son obligaciones del contratante y/o asegurado:

- a) Si el asegurado está recibiendo reembolsos por un siniestro, y resuelve modificar o eliminar su sistema previsional de salud, deberá comunicarlo por escrito a la Cía de Seguros CLC S.A., en un plazo máximo de 30 días. En caso de que el plan de salud previsional vigente al momento de inicio del pago del siniestro, fuese modificado a un plan con menor cobertura, facultará a Seguros CLC ha reducir la cobertura hasta un porcentaje de reembolso mínimo de 35% de la cobertura establecida en el Cuadro de Beneficios, 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.
- 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.
- e) En caso de contratar la cobertura con deducible reducido, y ante la ocurrencia de un evento de las patologías cubiertas por esta cobertura, deberá concurrir a Atención al Cliente de Seguros CLC S.A. para efectuar la activación de dicho evento. En el caso de patologías oncológicas, éstas deben ser tratadas en el Centro Clínico del Cáncer de Clínica las Condes.

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

Se entiende por rehabilitación de la póliza, aquellos casos en que el contrato de seguro termine y luego se vuelva a renovar. 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 atiende 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.