



CAD 320170116

Esta cobertura corresponde a un riesgo adicional, conforme se establece en las presentes Condiciones Generales para esta cláusula adicional, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza principal de la cual es accesoria, y como tal se rige por las normales legales imperativas establecidas en el Título VIII del Libro II del Código de Comercio y por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: CONDICIONES Y OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA ADICIONAL

DECLARACION PREVIA SOBRE LA COBERTURA CONTRATADA

Las condiciones del presente seguro consideran como elemento esencial del contrato, la afiliación del asegurado y/o sus cargas cubiertas por el contrato al actual sistema de salud vigente, esto es, a los planes de las instituciones de salud pre-visual (Isapres) y sistema público de salud (Fonasa) como primera capa de cobertura de los riesgos de salud.

Conforme a lo establecido en el artículo 22 de la Ley Sobre Efecto Retroactivo de las Leyes, cualquier Ley que modifique las normas vigentes que se entienden incorporadas al presente contrato, en especial aquellas que se refieren a los planes de salud que otorgan las Isapres y sistema público de salud (Fonasa), si afectan los derechos y obligaciones asumidas por las partes en este contrato en forma importante, en especial las condiciones de los planes de salud de la ya denominada primera capa de cobertura, y por ello los montos asumidos como riesgo por la aseguradora bajo la cobertura del seguro, dará derecho a las partes para revisar y evaluar en conjunto con el asegurado, tomador o contratante el nuevo escenario, con el objeto de adaptar las condiciones del seguro a la nueva realidad del riesgo al que se enfrentará la aseguradora.

De no existir acuerdo, se pondrá término anticipado a la póliza, y se aplicará lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, debiendo la aseguradora enviar la respectiva comunicación en este sentido, con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de término. Por ello, cualquier cambio legislativo, normativo y/o regulatorio que pueda ocurrir durante la vigencia del seguro.

Esta estipulación se basa en lo esencial que resulta para la celebración del presente contrato de seguro o de la cobertura que se otorga, la normativa sobre prestaciones de salud y los contratos que tienen impacto en los riesgos que asume la compañía y que transfiere el asegurado.

FORMAS DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA:

La aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al asegurado titular, o a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos cuyo reembolso se solicita, o en su defecto a sus herederos legales, o pagar directamente al prestador de salud, en adelante también llamados como los pagos directos, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado a consecuencia de las afecciones a la salud que le afectaren, producto de una enfermedad, accidente o incapacidad cubierta conforme a lo señalado en el artículo N° 2 y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas señaladas en el artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, siempre y cuando estén expresamente contratadas e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. El porcentaje de reembolsos o pago directo al prestador, se determinará en base al cuadro de bonificación señalado en el condicionado particular, y en él se indican los diferentes porcentajes de reembolso, sujetos al Porcentaje de Reembolso Efectivo que haya tenido las prestaciones reclamadas por parte del sistema previsional de salud del asegurado. Así mismo, en las condiciones particulares de la póliza se indicarán los tope de reembolso que afectarán a cada cobertura en caso de existir, montos asegurados, deducible y tope de números de prestaciones médicas según lo contratado.

Las coberturas descritas en el artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el contratante puede optar por una o más de ellas, las cuales se dejan expresamente establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos fuera de Chile, bajo los términos y condiciones indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

El asegurado podrá solicitar los reembolsos o los pagos directos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que ésta se encuentre vigente a esa fecha.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para esta cobertura adicional, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos médicos correspondiente a las coberturas de los beneficios de Hospitalización y Ambulatorio que excedan del deducible que se haya contratado, cuyo monto, periodo y forma de acumulación se señalan en Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar directamente, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el asegurado.

Para los efectos del pago directo al prestador, la aseguradora podrá hacerlo con aquellos prestadores con los que haya suscrito previamente un convenio en tal sentido. El pago directo al prestador podrá efectuarse cuando el prestador identifique que su paciente es un asegurado de la aseguradora, momento en el cual podrá tramitar la cobertura de este seguro de manera directa en la aseguradora para dichos asegurados. En estos casos, los asegurados deberán pagar al prestador sólo el copago final, por lo cual no se podrá solicitar el reembolso de esta cantidad posteriormente a la aseguradora. Para optar al beneficio de pago directo al prestador, será requisito que la institución de salud previsional haya otorgado cobertura a las prestaciones reclamadas, y que la prestación tenga cobertura en base a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 2: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que otorga la aseguradora en virtud de esta cláusula adicional, siempre y cuando estén expresamente indicadas como contratadas en las Condiciones Particulares de la póliza, son las que se indican a continuación.

A) Beneficio de Hospitalización: Gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

a) Días cama hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad, y que no se encuentren detallados como parte de otras coberturas detalladas en el presente artículo.

c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) Prótesis: Gastos por concepto de piezas o aparatos artificiales que se coloquen o implanten en el cuerpo con el objeto de sustituir, complementar la función, o ayudar en el tratamiento de un órgano afectado por alguna incapacidad.

e) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

f) Servicio Privado de Enfermera: Servicio privado de enfermera durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.

g) Servicio de Ambulancia: Servicio de ambulancia terrestre para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms, y con el máximo número de traslados indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

h) Cirugía ambulatoria: Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará directamente los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

i) Cirugía bariátrica: Sólo tendrá cobertura cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Sí esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora re-embolsará o pagará directamente los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. También se pagarán bajo esta misma cobertura, todos los gastos en que incurra el asegurado como consecuencia, o secuela de la cirugía efectuada, siempre y cuando esta haya sido cubierta por la póliza, ya sea que se trate de gastos hospitalarios o ambulatorios.

Los gastos asociados y condiciones descritas aplican cualesquiera sea la técnica utilizada, e independiente del diagnóstico de base por el cual se recurra a este tipo de cirugía.

j) Cirugía maxilofacial: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial por enfermedad. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

k) Cirugía rinolaringológica: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la aseguradora reembolsará o pagará directamente los gastos efectivamente incurridos provenientes de todo procedimiento quirúrgico rinolaringológico, incluyendo la cirugía de rinoplastia y/o septoplastía funcional en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de treinta y seis (36) meses, correspondiente a los gastos de una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastía. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b, c y d, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago directo y hasta el monto asegurado, todos ellos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) Beneficio Ambulatorio: Gastos provenientes de prestaciones médicas realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

C) Beneficio Enfermedades Graves: Si se hubiese estipulado un deducible en las Condiciones Particulares de la póliza, por la contratación de esta cobertura adicional se reembolsará el monto del deducible descontado en el reembolso de los gastos médicos correspondientes a los beneficios de Hospitalización y Ambulatorio señalados en las letras A y B precedente, incurridos con motivo de una incapacidad cubierta por esta cobertura adicional, siempre y cuando dicha incapacidad sea exclusivamente a consecuencia de una de las Enfermedades Graves que se indican a continuación:

1) **Cáncer:** Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tejido maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas específicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local con infiltración y/o destrucción directa de tejidos, o metástasis a distancia; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico que certifique la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

2) **Infarto del Miocardio:** Enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una rama de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, el cual por falta de dicha nutrición a la zona, produce una necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por los siguientes antecedentes:

- Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- Dolor de pecho de carácter anginoso.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

3) **Enfermedad de las Coronarias que requiere Cirugía:** Enfermedad que requiere de la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

4) **Enfermedades Cerebrales (Tumores benignos o malformaciones vasculares):** La enfermedad originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales.

5) **Accidente Vascular Encefálico:** La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco fundamentado y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral.

6) **Insuficiencia Renal Crónica:** La enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

7) **Trasplante de Órganos Mayores:** El que se realiza al asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo.

ARTÍCULO N° 3: DEFINICIONES

Para los efectos de esta cobertura adicional se entiende por:

1. **Asegurados:** Se consideran asegurados de esta póliza aquellos que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) **Asegurado Titular:** La persona que tiene la calidad de asegurado titular en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumpla los requisitos de edad establecidos en ellas.

b) **Asegurados Dependientes :** Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos y que cumplan los requisitos de edad establecidos en ellas:

- i. Cónyuge;
- ii. Los hijos mayores de 14 días de edad;
- iii. Otros dependientes, que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cuando en esta cobertura adicional se utilice el término “asegurado”, sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.

2. Contratante: La persona que suscribe este contrato adicional con la aseguradora y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por su naturaleza, deben ser cumplidas por el o los asegurados. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro y debe informar a los asegurados dependientes sobre la contratación de esta cobertura adicional y sus condiciones o modificaciones.

3. Aseguradora: Es la Compañía de Seguros que toma a su cuenta el riesgo asegurado.

4. Incapacidad: Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

5. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico.

6. Dolencia: Toda indisposición, malestar o alteración del estado de salud que se manifieste a través de la presencia de síntomas en quien los padece y que posteriormente puedan ser confirmatorios de la existencia de una enfermedad.

7. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el asegurado por cualquier causa, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

8. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por esta cobertura adicional que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto para cada evento se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

9. Periodo de acumulación: Es el periodo de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso.

10. Evento: Se entiende como tal a todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, con una duración máxima definida en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto por el evento en particular.

11. Gastos Ambulatorios: Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

12. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

13. Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

14. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

15. Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

16. Prestador de salud: Son los hospitales y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

17. Prestadores Preferentes: Corresponde a hospitales, médicos o Centros de atención médica o diagnóstica, respecto de los cuales se podrá pactar condiciones de reembolso diferenciadas y/o exclusivas y que estarán debidamente descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

18. IMC: Índice de Masa Corporal, es el índice para determinar si el peso y estatura de una persona es el indicado, y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la talla en metro elevado al cuadrado.

19. Tratamiento Dental: Toda atención efectuada por un Odontólogo, o un cirujano Maxilofacial, que comprenda prestaciones sobre las piezas dentarias, y el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones occípito-atloidea, atlo-axoidea, vértebro-vertebrales cervicales, témporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares.

20. Porcentaje de Reembolso Efectivo. Es el valor que se usará para determinar el porcentaje de cobertura a aplicar, y corresponderá al cociente entre la bonificación otorgada por el Sistema Previsional de Salud del asegurado, y el valor total de la prestación. El porcentaje se determinará respecto del total de prestaciones bonificadas en cada programa médico Hospitalario, bono o reembolso ambulatorio, agrupados por los conceptos de coberturas que corresponda liquidar en la póliza.

21. Porcentaje de Reembolso de la Póliza: Corresponde al porcentaje que se aplicará al monto reclamado para determinar el valor a reembolsar por parte de la aseguradora. Este porcentaje se definirá en las Condiciones Particulares de la póliza para cada cobertura contratada. El porcentaje de reembolso podrá variar en una misma cobertura dependiendo del Porcentaje de Reembolso Efectivo del Sistema Previsional y/o de los Prestadores Preferentes que puedan estar estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

22. Prima: Es la retribución o precio del seguro, que se paga en dinero a la aseguradora.

23. Prima pagada: Es el monto efectivamente recibido y que se encuentre disponible para la aseguradora.

ARTÍCULO N° 4: EXCLUSIONES

Esta cobertura adicional no cubre los gastos médicos señalados en el artículo N°2 precedente, cuando el reembolso o pago directo se origine por, o consecuencia de, o complicaciones de:

a) La atención de psiquiatría o psicología, hospitalizada y/o ambulatoria, aún cuando sea necesaria como consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza.

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

c) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento, para corregir malformaciones congénitas o producidas por enfermedades conocidas o diagnosticadas, o por accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia del asegurado en la póliza.

d) Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, y tratamientos secundarios o como consecuencia de cirugías estéticas.

e) La obesidad mórbida, o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a 40.

f) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cobertura adicional.

g) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

h) Tratamiento por Virus de Inmunodeficiencia Humana, conocido indistintamente como HIV o VIH, y tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, también denominado como SIDA. En ambos casos tampoco estará cubierto el tratamiento de las consecuencias, complicaciones o secuelas que cada uno de ellos pueda provocar.

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

1. La obesidad mórbida o no, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 2 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. Una Cirugía Maxilofacial por enfermedad, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 2 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Una Cirugía Rinolaringológica, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Rinolaringológica descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 2 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. Cirugía de reducción mamaria por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.

5. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento.

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

7. Tratamientos para adelgazar.

j) Lesión o enfermedad causada por:

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

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

3. Estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos, estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

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

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

6. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio y lesiones autoinferidas.

7. Fusión y fisión nuclear.

- k) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, cuando no sea a consecuencia de un accidente cubierto según la letra d) del punto A) del artículo N° 2 de este condicionado.
- l) Cirugía ocular para la corrección de defectos de refracción, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de vigencia ininterrumpida desde su fecha de incorporación a esta cobertura adicional.
- m) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos.
- n) Medicamentos, remedios, drogas e insumos ambulatorios, con excepción de los otorgados en el punto A) del artículo N°2 precedente, salvo que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo el Beneficio Ambulatorio.
- o) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una incapacidad.
- p) La atención particular de enfermería fuera del hospital.
- q) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- r) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- s) La práctica en las siguientes actividades o deportes: piloto de aeronave civil o militar, estudiante de piloto, pasajero en línea aérea no regulares, inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, bungee jumping, paracaidismo, rodeo, equitación, carreras de caballo, automovilismo, motocicletas o lanchas. Al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas estas circunstancias. La aseguradora cubrirá los accidentes excluidos cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la aseguradora con el pago de la prima adicional respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.
- t) Maternidad: los gastos de parto normal, cesárea, aborto, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier patología inherente al embarazo.
- u) Estudios de diagnóstico y tratamientos de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
- v) Epidemias o pandemias.
- w) Incapacidades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas lesiones, dolencias o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares o en el certificado de cobertura, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable.

ARTÍCULO N° 5: GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta cobertura adicional, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontados los montos cubiertos por alguna institución de salud previsional, y las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones. Para estos efectos se deberá entender que el seguro es de mera indemnización y jamás podrás ser fuente de lucro para el asegurado o contratante.

Los beneficios de esta cobertura adicional 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 cobertura adicional no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, los seguros de accidentes del trabajo, o por otras instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas. Asimismo tampoco podrán ser reembolsados o pagados los montos usados para el pago de servicios o prestaciones mediante los denominados excedentes previsionales provenientes de los pagos de los planes de salud.

ARTÍCULO N° 6: PRIMAS

Las primas de esta cobertura adicional se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza, y se expresan en la misma moneda que la del seguro principal de la cual es parte integrante, y deben pagarse en la misma forma y oportunidad de éste.

Ante cambios legales y normativos relevantes respecto de los riesgos asumidos por la aseguradora y transferidos por el asegurado, la prima así establecida podrá ser modificada de común acuerdo por las partes, conforme se ha expresado en el artículo primero de estas condiciones del seguro adicional, cuando existan los motivos que allí se han expresado.

ARTÍCULO N° 7: VIGENCIA Y RENOVACIONES

La duración de ésta cobertura adicional será de uno o más años según se haya estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Vencido el plazo de vigencia establecido, la póliza se renovará automáticamente por un nuevo período que podrá ser igual, o diferente al período original, siempre y cuando no exista la necesidad de definición de nuevas tarifas de renovación, o que corresponda dar término al contrato por las estipulaciones del artículo N° 15 de este condicionado. En caso de renovación automática, esta se comunicará por medio escrito, físico o electrónico y se dirigirá al contratante según la información que la Aseguradora tenga de él en sus registros.

Ante la necesidad de establecer nuevas primas en la renovación para uno o más de los asegurados vigentes, el procedimiento de renovación estará condicionado a la aceptación expresa de parte del contratante de las nuevas primas. Las nuevas primas serán comunicadas por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días corridos a la fecha de renovación. En caso de aceptación de las condiciones de renovación, el contratante deberá manifestarlo por escrito en la aseguradora, a través de su intermediario, o directamente en la página WEB de la aseguradora, en la sección habilitada para tales efectos. Asimismo, se deja expresa constancia que la aseguradora se reserva el derecho de no renovar esta cobertura adicional, para lo cual enviara una comunicación por escrito al contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de terminación.

En caso que algún asegurado de la póliza se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta póliza, la aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización, con el tope indicado en el artículo N° 10 de estas Condiciones Generales, y hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de término de este seguro.

ARTICULO N° 8: INCLUSION DE NUEVOS ASEGURADOS

Con posterioridad a la vigencia inicial de la presente cobertura adicional, podrán incorporarse nuevos asegurados. El contratante de la póliza deberá comunicarlo a la aseguradora y será necesario acreditar a satisfacción de ésta la buena salud de las personas propuestas mediante la suscripción de las declaraciones y propuestas que la aseguradora disponga, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

ARTÍCULO N° 9: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso y/o pago directo por persona indicado en las Condiciones Particulares de la póliza será anual y cubrirá todos los siniestros ocurridos bajo su vigencia hasta agotar dicho monto. Así en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

La aseguradora sólo reembolsará o pagará directamente los porcentajes y hasta los montos asegurados y hasta un máximo del número de prestaciones todos ellos señalados en las Condiciones Particulares de esta póliza, por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un evento, cubiertas en virtud de esta cobertura adicional, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado, el cual se aplicará para cada evento.

Se entenderá que el inciso anterior será aplicable a cada evento que ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura adicional, determinando en cada uno de ellos el exceso del deducible. En todo caso no se requerirá rehabilitación de la cobertura por este concepto.

ARTÍCULO N° 10: DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

Corresponde al asegurado titular declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la aseguradora al momento de evaluar su incorporación a esta cobertura adicional, con el objeto de identificar el real estado de salud de él y sus dependientes, y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la aseguradora para estos fines. Para este objeto la aseguradora podrá solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley.

En particular, particular relevancia tiene las respuestas a la Declaración Personal de Salud, también denominada D.P.S., en la que deberá referirse específicamente a exámenes y/o procedimientos de diagnósticos efectuados durante los 120 días anteriores a la fecha de solicitud de seguro, o de incorporación a la póliza, a cuadros en proceso, padecimientos, o inicios de sintomatologías por la cual haya o aún no haya consultado una opinión médica, licencias médicas o solicitudes de invalidez vigentes, rechazadas o en trámite.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado, de acuerdo a lo que solicite la aseguradora en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Si el siniestro no se ha producido, y el asegurado hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la aseguradora de acuerdo a lo señalado anteriormente, la aseguradora podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el riesgo asegurado no revisten alguna de dichas características, la aseguradora podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, la aseguradora quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTÍCULO N° 11: AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la aseguradora tan pronto sea posible, una vez tomado conocimiento de del gasto o siniestro, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza, y que la aseguradora dispondrá para estos efectos, en forma física o en el acceso a clientes de su sitio Web, con la información que en él se exija.

Asimismo, el asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias, según lo dispuesto en el artículo N° 524, N° 8 del Código de Comercio.

ARTÍCULO N° 12: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la aseguradora:

- a) La entrega oportuna por el asegurado a la aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y a los cuales pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la aseguradora podrá verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la incapacidad cubierta, para lo cual el asegurado deberá dar las facilidades necesarias, sometiéndose a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos necesarios incurridos por concepto de dicha verificación serán de cargo de la aseguradora.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

d) Será condición necesaria para la aceptación por parte de la aseguradora de la incapacidad cubierta, que el asegurado o sus representantes autoricen a la aseguradora, para requerir ante cualquier médico, institución u otra persona que haya reconocido, examinado o asistido al asegurado en sus dolencias, y también respecto de los que lo hagan en el futuro, de todos los antecedentes médicos, clínicos o patológicos que pudiera tener respecto del asegurado.

e) La aseguradora deberá pronunciarse sobre la aceptación de la existencia de una incapacidad cubierta por esta cobertura adicional, dentro de los 15 días de presentadas las pruebas requeridas para determinar su responsabilidad.

Sin perjuicio de lo anterior, para el pago directo a las entidades prestadoras de servicios cubiertos por esta póliza, conforme a las coberturas contratadas, se hará en los términos que establezca la aseguradora con dichas entidades, y sin que esos términos afecten de ningún modo los derechos de los asegurados.

ARTÍCULO N° 13: PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la aseguradora dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en esta cobertura adicional y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la aseguradora, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma además, la aseguradora da por cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS N° 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza. El contratante declara en éste acto aceptar la forma de liquidación señalada.

El pago de la indemnización y el informe de liquidación se pondrá a disposición del asegurado, en las oficinas principales de la aseguradora o en el acceso a clientes de su sitio Web, a través del contratante, del corredor de seguros, o a través de la forma y medios que se pacten con el contratante y se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza, y sean comunicadas a los asegurados.

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

El reembolso de los gastos se efectuará por la aseguradora a nombre del asegurado titular o al contratante del seguro, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. En el evento que el asegurado titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables o a sus herederos legales.

ARTÍCULO N° 14: TERMINACION ANTICIPADA

Esta cobertura adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y este vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

1) Del asegurado: Esta cobertura adicional terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:

a) Por terminación del seguro principal por cualquier causa.

b) A partir de la fecha en que un asegurado cumpla la edad tope de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, o por fallecimiento, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cobertura adicional.

c) Por solicitud expresa del contratante, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cobertura adicional.

d) Cuando el asegurado titular hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí o sus dependientes que altere el concepto de riesgo asumido por la aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta cobertura adicional a los dependientes del asegurado excluido.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, al reembolso de los gastos médicos generados por una incapacidad que se diagnostica con posterioridad a esa fecha. En tal caso la prima será devuelta en los términos establecidos en el seguro principal.

ARTÍCULO N° 15: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de esta cobertura adicional y que afecten al presente contrato, serán de cargo del contratante, salvo que por ley fuesen del cargo de la aseguradora.

ARTÍCULO N° 17: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la cobertura por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los doce meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, los asegurados deberán acreditar que reúnen las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la aseguradora y pagar toda la prima vencida que corresponda, los gastos que origine la rehabilitación y demás cantidades que adeudare a la aseguradora.

La sola entrega a la aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.