

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE SALUD COLECTIVO



N° de Póliza : COL - 11801 - 6
 Fecha Emisión : 20-04-2021
 Página : 1 de 18

Contratante

Nombre	TRANSELEC S.A.	R.U.T.	76.555.400-4
Dirección	ORINOCO 90 PISO 14		
Comuna	LAS CONDES	Ciudad	SANTIAGO
Teléfono	0	Fecha Inicio Cobertura	01-03-2021
		Fecha Término Cobertura	28-02-2022

Coberturas

N°	Cobertura	Código Condicionado	Gasto Máximo Anual por Beneficiario [UF]	Edad Máxima de Ingreso (Años)	Edad Máxima de Cobertura (Años)
1	SEGURO SALUD	POL320131510	500,00	64	70

Tarifas del Seguro

Prima Mensual [UF] Titulares con n Cargas

N°	Grupo	+0	+1	+2	+3	+4	>5
1	1	2,3956	3,8865	4,9501	4,9501	4,9501	4,9501

La Prima Mensual [UF] No incluye Impuesto al Valor Agregado (IVA)

Deducible Anual

+0	+1	+2	+3	+4	>5	Deducible
0,50	1,00	1,50	1,50	1,50	1,50	GENERAL

Periodicidad de Pago de la Prima

Periodicidad Cobranza	MENSUAL
-----------------------	---------

Comisión

Intermediario	AON RISK SERVICES CHILE S.A.	R.U.T	93.783.000-9	Comisión del Corredor	10.00% de la prima neta
La solicitud de seguro y la cotización forman parte integrante de la póliza, la que se emite en función de los antecedentes en ellos consignados, y de cuya veracidad es responsable el contratante del seguro.		EL CONTRATANTE ASUME LAS RESPONSABILIDADES QUE EMANEN DE SU ACTUACIÓN COMO CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO			

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 2 de 18

IMPORTANTE

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

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa solo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura 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 PAGARA ESTE SEGURO.
 - Los requisitos 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.

SI considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

NO cubre preexistencias.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas, con el código POL 3 20131510 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

Asegurados

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las presentes Condiciones Particulares, son los empleados con contrato vigente que pertenezcan a la entidad identificada como contratante, los cuales hayan sido debidamente informados a la Compañía y previa aceptación de su incorporación por parte de esta.

Asegurado titular, la edad máxima del ingreso al seguro será de 64 años y permanencia 65 años.

También podrán ser asegurados, en calidad de como asegurados dependientes, los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos:

*Cónyuge del asegurado titular, la edad máxima del ingreso al seguro será de 64 años y permanencia 65 años.

*Los Hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan un de los siguientes requisitos:

-Ser menor de dieciocho (18) años de edad .

-Ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 3 de 18

establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres.

-Los Hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza.

Se estipula un plazo máximo de 60 días corridos desde la fecha de nacimiento, para presentar la documentación referente a la incorporación del recién nacido, en caso que tenga derecho a cobertura desde el primer día de su nacimiento. En caso contrario, la incorporación se ajustará a los plazos normales y definidos para la incorporación de nuevos asegurados

Cobertura

Seguro Colectivo Complementario de Salud (POL 3 2013 1510)

La Compañía de Seguros, bajo las condiciones y términos del presente contrato de seguro, reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado durante su vigencia en este contrato de seguro colectivo y con posterioridad al periodo de Carencia señalado en estas Condiciones Particulares, siempre que se hayan originado por una enfermedad o lesión diagnosticada u ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro, y de acuerdo a las coberturas contratadas y especificadas en el Plan de Beneficios de Salud adjunto a las presentes Condiciones Particulares y que forman parte de integrante de éstas.

Los reembolsos de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, serán efectuados por la Compañía de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médicos, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; 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 diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Plan de Beneficios de Salud, del presente contrato de seguro.

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos Sistemas, seguros, instituciones o entidades.

La Compañía reembolsará los gastos antes señalados, siempre que se cumpla copulativamente lo siguiente:

- a) El asegurado haya incurrido en estos gastos durante su vigencia en este contrato de seguro, con posterioridad al período de Carencia señalado en el artículo "Carencia" de estas Condiciones Particulares y siempre que se hayan originado por una enfermedad o lesión diagnosticada u ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro;
- b) Estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 7 "Exclusiones" de las Condiciones Generales por las cuales se rige el presente contrato de seguro;
- c) Estos gastos superen el deducible según lo señalado en este contrato de seguro;
- d) Estos gastos superen la Franquicia establecida en las presentes Condiciones Particulares según lo descrito en el artículo "Definiciones" de las Condiciones Generales por las cuales se rige el presente contrato de seguro;
- e) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al Asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en el presente contrato de seguro, según lo descrito en el artículo "Definiciones" de las Condiciones Generales por las cuales se rige el presente contrato de seguro.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 4 de 18

Cada Asegurado tendrá un Monto Máximo de Gastos Reembolsables aplicable durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro y que se indica en estas Condiciones Particulares. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la Compañía.

Descripción de las Coberturas

La descripción de cada cobertura se encuentra estipulada en el Artículo 3 del POL 3 2013 1510, Condiciones Generales inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero que rigen este contrato de seguro.

El Contratante podrá seleccionar una o más Coberturas para ser contratadas, lo cual está expresamente establecido en el Plan de Beneficios adjunto al presente contrato de seguro, donde se señalan las coberturas contratadas y los términos, porcentajes, límites y topes para cada gasto incluido en dichas Coberturas.

Costo Directo

En caso que los gastos médicos no estén cubiertos por la Institución de Salud Previsional a la cual el asegurado está afiliado por ley, el porcentaje de cobertura que se aplicará será el porcentaje de costo directo definido en el Plan de Beneficios que se adjunta, el que se aplicará al gasto total de la prestación, hasta los topes definidos para cada cobertura. Se excluyen de esta norma los medicamentos ambulatorios los que se cubrirán en porcentajes y topes descritos en el Plan de Salud.

Limitaciones de las Coberturas

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; 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 diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada Cobertura contratada, lo que se detalla en el Plan de Beneficios de la póliza, el presente contrato de seguro 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, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indique para estos casos en el Plan de Beneficios de estas Condiciones Particulares, de acuerdo al concepto "Costo Directo", definido en el presente documento.

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, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Plan de Beneficios de estas Condiciones Particulares, de acuerdo al concepto "Costo Directo", definido en el presente documento.

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 hayan dado lugar a una bonificación, aporte y/o reembolso que porcentualmente resulte

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 5 de 18

menor al porcentaje mínimo indicado en la presente póliza, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Plan de Beneficios de estas Condiciones Particulares.

d) En el Plan de Beneficios de las presentes Condiciones Particulares, se podrán establecer porcentajes, límites y topes diferenciando por atenciones o prestaciones; por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; por integrantes del grupo familiar del asegurado; por 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; que se establezcan para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Plan de Beneficios que se encuentra adjunto.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Gastos Reembolsables indicado en el Plan de Beneficios de las presentes Condiciones Particulares.

Aplicación del Deducible

Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en estas Condiciones Particulares que siempre son de cargo del Asegurado.

El Deducible será el monto indicado en estas Condiciones Particulares, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará según se indica en la primera página de este documento.

La aplicación del Deducible, se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por este contrato de seguro, 2°) Aplicación de los porcentajes, límites y topes que se indican en el Plan de Beneficios contenido en estas Condiciones Particulares, sobre el monto determinado conforme al número anterior y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

Prima y Efecto del No Pago de la Prima

El monto de la Prima a pagar, será el indicado en el título "Tarifas Del Seguro", de acuerdo a la periodicidad indicada en estas Condiciones Particulares.

a) Pago de Primas: El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía, de acuerdo a la periodicidad indicada en estas Condiciones Particulares hasta un plazo de 30 días posteriores a emitida la factura correspondiente.

Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza. 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 y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) No pago de la prima: La falta de pago de la prima, en el plazo indicado anteriormente, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes", dirija el asegurador al Contratante, y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 6 de 18

devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

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

c) Impuestos: Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

Exclusiones

Se aplicarán todas las exclusiones descritas en el Artículo 7 de la POL 3 2013 1510, inscrita en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, por las cuales se rige el presente contrato de seguro. La POL 3 2013 1510 antes indicada, se encuentra disponible en la sucursal virtual del cliente, a la cual éste puede acceder a través de www.bicevida.cl

Exclusión de Enfermedades o Dolencias Preexistentes

Se entenderá por enfermedades o dolencias preexistentes las que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho a aceptar o rechazar la cobertura de las enfermedades o dolencias preexistentes, de acuerdo a cada evaluación y calificación del estado de salud de los asegurables que soliciten la incorporación al contrato de seguro colectivo.

En atención a la exclusión de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes que incluye las condiciones generales de la póliza, hacemos presente nuevamente que los beneficios de este contrato de seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de alguna de las enfermedades o dolencias preexistentes declaradas expresamente por usted en el Formulario de Solicitud de Incorporación, las que podrá consultar a través de su Sucursal Virtual, a la que puede acceder a través de www.bicevida.cl.

Obligaciones del Asegurado

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 3) 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
- 4) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del tomador podrán

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 7 de 18

ser cumplidas por el Asegurado.

Beneficiarios

Los beneficiarios de la cobertura de este contrato de seguro serán los asegurados titulares por aquellos gastos médicos incurridos por ellos mismos, como también por los gastos médicos incurridos por sus asegurados dependientes. En el caso que corresponda efectuar un reembolso al Asegurado titular y éste haya fallecido, el pago de dicho reembolso será efectuado a los herederos legales de conformidad con la ley.

Vigencia del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en el presente documento y podrá ser renovado por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento del contrato de seguro anterior, bajo las nuevas condiciones y primas aceptadas por el contratante, siempre y cuando se cumpla las condiciones definidas para la renovación del contrato de seguro.

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.

Incorporación y Vigencia de la Cobertura Individual

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, 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

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

Término del Contrato de Seguro Colectivo

El contrato de seguro colectivo terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en estas Condiciones Particulares.

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del contratante, en los siguientes casos:

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo "Moneda o unidad del Contrato" y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) mencionada en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora enviará al contratante una comunicación señalando que el contrato de seguro quedará sin efecto en un plazo de treinta (30) días desde la notificación conforme al Artículo "Comunicación entre las Partes".

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 8 de 18

Término de las Coberturas Individuales

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un Asegurado Titular, en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;
- b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por su fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
- e) Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un Asegurado Dependiente, en los siguientes casos:

- a) Por todas las causas de término del contrato de seguro respecto del Asegurado Titular;
- b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por su fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del último día de vigencia del contrato de seguro colectivo en que el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura;
- e) Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 del condicionado general;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo "Obligaciones del Asegurado", conforme a lo señalado en el Artículo 525 del Código de Comercio;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

Procedimiento de Cobranza

Altas y bajas

La fecha de cierre para incorporaciones y exclusiones es el día 5 del mes en cobro.

La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas hasta el día 5 del mes en cobro, será a contar del día 1 del mes en cobro.

Las exclusiones informadas hasta el día 5 del mes en cobro, se hará efectiva a contar del día 1 del mes en cobro.

La vigencia a las solicitudes de incorporación recibidas posteriormente al día 5 del mes en cobro, será el 1 del mes siguiente.

Las exclusiones informadas con posterioridad al día 5 del mes en cobro, se realizarán a contar del mes siguiente.

Emisión de Factura anticipada

El día 15 del mes en cobro.

Fecha de la UF

Valor UF del último día del mes en cobro.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 9 de 18

Denuncia de Siniestros

En caso que el Asegurado incurra en un gasto médico susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, el Asegurado deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del Gasto Reembolsable, por escrito a la Compañía y de acuerdo al Procedimiento para la Presentación de Solicitudes de Reembolso de Gastos Médicos adjunto a estas Condiciones Particulares

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 60 (sesenta) días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto médico incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita.

Requisitos para el Reembolso de Gastos

El Asegurado deberá entregar a la compañía los siguientes antecedentes necesarios para acreditar el monto de los gastos susceptibles de ser reembolsados:

- 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, 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.
- c) Originales de boletas y facturas cuando corresponda, comprobantes de reembolso, bonos, órdenes de atención, 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, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar por cualquier entidad o institución de las mencionadas en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios, que sean recetados por el médico tratante, el Asegurado deberá presentar una receta médica válidamente emitida de acuerdo con la legislación aplicable, a nombre del 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 para acreditar el gasto y determinar el monto del Gasto Reembolsable. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. El Asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, 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 de los Gastos Reembolsables. En el evento que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el 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.

Cálculo de los Gastos Reembolsables

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 10 de 18

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

Para los efectos de este contrato de seguro, 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 una enfermedad o lesión 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.

Liquidación de los Gastos, Forma de Pago y Monto Máximo de Gastos Reembolsables

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará el reembolso de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados de acuerdo a los tope y porcentajes establecidos en el Plan de Beneficios adjunto a estas Condiciones Particulares.

El pago de este reembolso de gastos se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía y ponga a disposición del Asegurado o sus herederos legales.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables por Asegurado se indica en la página N°1 del presente documento. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía. Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Plan de Beneficios adjunto al presente documento, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en estas Condiciones Particulares.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje, límite y tope señalado en el Plan de Beneficios adjunto al presente documento por los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, en la medida que excedan el deducible que se hubiere estipulado.

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

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, 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 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.

Nota: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros, Circular 2106 de Superintendencia de Valores y Seguros.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 11 de 18

Recepción y Pago de Gastos Médicos

Recepción solicitud de reembolso de gastos médicos

La recepción de las solicitudes de reembolso de gastos médicos podrá ser en forma diaria. Todas las solicitudes de reembolso de gastos médicos que ingresen en la compañía antes de las 15:00 horas del día, los cheques por concepto de pago de reembolso de gastos médicos estarán disponibles 5 días hábiles después de dicho día.

En el caso que las solicitudes de reembolso de gastos médicos ingresen después de las 15:00 horas, el plazo de liquidación se incrementa en un día más.

Pago de reembolso de gastos médicos

El pago de reembolso de gastos médicos, en caso de ser solicitado, podrá ser depositado en las Cuentas Corrientes, Cuentas Vistas o Cuentas de Ahorro de los asegurados titulares de las pólizas, según sea su solicitud.

El depósito de los reembolsos de gastos médicos en Cuentas Corrientes, Cuentas Vistas o Cuentas de Ahorro de los asegurados titulares de las pólizas se hace efectivo 24 horas después del quinto día hábil, contados desde la fecha de Recepción del formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos en la Compañía, si la cuenta bancaria es del Banco Estado y 48 horas después del quinto día hábil, contados desde la fecha de Recepción del formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos en la Compañía, si la cuenta bancaria corresponde a un banco distinto a este último.

Procedimiento en caso de Pérdida de Cheque

Transcurridos menos de 90 días desde la fecha de emisión del cheque, para asegurados que soliciten reemisión de cheques por extravío, se descontará del valor original del mismo, el costo por concepto de Orden de No Pago (O.N.P.), la que considera costo de publicación por 3 días en prensa escrita, según disposición legal, emitiendo un nuevo documento por el monto resultante (valor inicial cheque (O.N.P.)). El plazo de esta gestión (O.N.P y emisión del cheque) es de 10 días hábiles, contados desde la fecha de solicitud en la Compañía. El asegurado, al solicitar la reemisión del cheque extraviado debe enviar a la Compañía comunicación escrita aceptando el descuento por O.N.P. En caso de fallecimiento del asegurado titular, el nuevo cheque se emitirá a nombre de herederos legales por lo que se debe adjuntar copia de posesión efectiva. En este caso, no habrá cobro por reemisión. Los asegurados que no acepten el descuento de O.N.P., deberán esperar, para la reemisión sin costo de cheque, la caducidad del cheque (90 días corridos contados desde la fecha de emisión del documento).

Consideraciones para Liquidación de Gastos Médicos

1. Se cubren "Insumos Ambulatorios" suministrados al asegurado durante una atención de urgencia, bajo la prestación "Procedimiento de Apoyo". Si la institución de salud previsional del asegurado no otorga cobertura, se cubrirá según el porcentaje indicado en el plan de beneficios, columna "Costo Directo".
2. Se Cubre el "Control Niño Sano" hasta los 12 años de edad (Consultas, RX de Pelvis y vitaminas), para otros gastos médicos deben ingresar con formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, con el respectivo diagnóstico informado por el médico tratante.
3. Se cubre el "Control Ginecológico" (PAP, Mamografía, Ecotomografía mamaría, Ecografía ginecológica, Exámenes Hormonales, Tiroideos y Densitometría Ósea).
4. Se cubre la "Radioterapia y Quimioterapia", según tipo de atención otorgada (Ambulatoria u Hospitalaria), bajo los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 12 de 18

5. Se cubre la "Enfermera Profesional" durante una atención hospitalaria, bajo los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.
6. Se cubren las "Vitaminas" para embarazos no preexistentes.
7. Se cubre las "cremas o lociones", siempre y cuando exista un diagnóstico médico y contenga un componente medicamentoso, bajo la cobertura de medicamentos, según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.
8. Se cubre la disfunción sexual (masculina o femenina), se cubren medicamentos, tratamientos hormonales, siempre y cuando exista un informe del médico urólogo o ginecólogo, que justifique su utilización con el diagnóstico correspondiente. Se encuentran excluidos de la cobertura lubricantes y humedificantes.
9. Se cubre las complicaciones del DIU. No su implante ni su retiro.
10. Se cubre "Drogas Oncológicas" y los "Inmunosupresores", según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.
11. Se cubre las "Cintas para la medición de Glicemia" en la prestación "Exámenes de diagnóstico", según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios. No se otorga cobertura a la máquina de medición.
12. Se cubre la terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de "Climaterio-Menopausia", bajo la cobertura de medicamentos, según porcentajes y topes establecidos en el plan de beneficios. En caso de indicación de suplemento de calcio, se solicitará copia del resultado de la densitometría ósea para evaluar su cobertura.
13. Se cubre las prestaciones ambulatorias y hospitalarias acogidas a GES/CAEC/AUGE.
14. Se cubre la "Cirugía de reducción mamaria", solo con fines terapéuticos, previa solicitud de antecedentes adicionales para su evaluación.
15. Se cubre los "controles preventivos urológicos", en hombres con edad igual o mayor a 40 años, se cubrirán las siguientes prestaciones: Consulta Médica y Antígeno Prostático.
16. Se cubre la cirugía "Septoplastía", previa solicitud de antecedentes adicionales: Rinomanometria, radiografía de cavidades perinasales. Sólo se cubre tratamientos terapéuticos, se excluyen tratamientos con fines estéticos o para corregir malformaciones preexistentes.
17. Se cubren gastos médicos financiados con los excedentes del afiliado acumulados en su Isapre.
18. Se considera convenio con el Hospital de la Universidad de Chile.
19. Se considera convenio con prestadores preferentes, con cobertura de un 100% solo para prestaciones hospitalarias programadas, según condiciones indicadas en anexo adjunto.
20. Se cubre Material de Yeso bajo la cobertura Procedimientos de Apoyo, según porcentajes y topes establecidos en el Plan de Beneficios.

Comunicación entre las Partes

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 13 de 18

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese 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 la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación.

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 al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Formulario de Solicitud de Incorporación respectivo.

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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros.

Domicilio

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

Moneda o Unidad del Contrato

El Capital Asegurado y el monto de la Prima de este contrato de seguro se expresan en Unidades de Fomento (UF).

El valor de la unidad de fomento que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

Servicio de Atención al Cliente

BICE Vida cuenta con un servicio de atención al cliente el cual atenderá las consultas y reclamos de sus clientes. Se puede acceder a este servicio por vía telefónica de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y los viernes de 8:30 a 14:00 horas llamando al 800 20 20 22, donde un ejecutivo de servicio al cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente, o ingresando al sitio web de BICE Vida (www.bicevida.cl), hacer clic en ¿Necesitas ayuda?; y completar el formulario indicando el motivo del contacto ("consulta " o "reclamo").

Este servicio no corresponde al servicio de atención al cliente (SAC) que regula el reglamento sello SERNAC.

El presente contrato es un seguro que no se encuentra asociado a aquellos productos o servicios financieros enumerados en el artículo 55 de la ley de protección de los derechos de los consumidores, y conforme a ello se deja constancia que no

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 14 de 18

cuenta con el sello SERNAC.

Información sobre Presentación de Consultas y Reclamos

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre 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 Comisión para el Mercado Financiero, 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.cmfchile.cl.

Autorregulación

Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El consejo de Autorregulación de las Compañías de seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del compendio de buenas prácticas corporativas que se han comprometido a respetar las aseguradoras y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de seguros, como sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de seguros, como con los asegurados.

Copia del compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulacion.cl. Asimismo, Bice Vida Compañía de Seguros se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con la Compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos al Defensor del Asegurado a través de la página www.ddachile.cl.

ANEXO 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.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 15 de 18

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 notificación de 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 permiten, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

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 Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para la 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 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055 de 2012, Diario Oficial, 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.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 16 de 18

Condiciones Especiales

- A partir del 01 de Julio de 2015, se otorgara vigencia retroactiva para la incorporación de cargas con un máximo de 30 días, toda vez que el cliente así lo requiera, con el debido cobro de la prima que corresponda.
- Esta póliza considera cobertura a Obesidad Mórbida bajo los siguientes parámetros: índice de masa corporal igual o superior al 40 y no debe ser preexistente, se pagara la prestación como Gasto Hospitalario.
- Esta póliza considera parto múltiple de acuerdo a la bonificación y tope señalado en plan de salud adjunto.
- Esta póliza considera que no se solicitara Certificado de estudios para hijos entre los 18 y 27 años.
- Esta póliza contempla fecha de plazo de presentación para gastos médicos de 120 días, contados desde la fecha de la prestación médica.
- Esta póliza contempla un beneficio de Legal Chile Básico para consulta telefónica.
- Esta póliza contempla un beneficio de asistencia a cargo de SUR ASISTENCIA. Se entiende por asistencia, a la ayuda técnica que será prestada por especialistas en la materia, esta ayuda actúa de manera complementaria del riesgo evaluado y cubierto y tiende a solventar contingencias que pueden sobrevenir al asegurado. Para acceder a todos los servicios entregados, el asegurado debe comunicarse al fono de asistencia de SUR ASISTENCIA, al teléfono 800211200 o desde celulares al 02 7074572. (Segunda opción médica).
- Esta póliza cubre Home Care con topes y porcentajes establecidos en el plan de salud adjunto, el gasto máximo a cubrir será hasta 30 días. En caso contrario se cubre dentro del ítem Día Cama.
- Esta póliza cubre gastos de día cama para UN acompañante en hospitalizaciones de hijos menores de 14 años. El gasto máximo a cubrir será hasta 5 días.
- Esta póliza otorga cobertura a Ambulancia aérea.
- Esta póliza otorga cobertura a Audífonos bajo ítem Prótesis y Ortesis de acuerdo a la bonificación y tope señalado en plan de salud adjunto.
- Esta póliza otorga cobertura a Cirugía Maxilofacial o reparadora por accidente como cualquier gasto hospitalario.
- Esta póliza otorga cobertura a Cirugía láser óptica, se reembolsara solamente si existe cobertura Isapre o Fonasa, con un mínimo de 3 dioptrías para Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía.
- Esta póliza otorga cobertura a Complicaciones del parto bajo ítem complicaciones del embarazo de acuerdo a la bonificación y tope señalado en plan de salud adjunto.
- Esta póliza otorga cobertura a Hospitalización Psiquiátrica e incluye medicamentos.
- Esta póliza otorga cobertura a Nutricionista.
- Esta póliza otorga cobertura a Plantillas ortopédicas.
- Esta póliza otorga cobertura a Terapia ocupacional, bajo ítem Consulta psiquiátrica, psicológica y psicopedagogía de acuerdo a la bonificación y tope señalado en plan de salud adjunto.
- Esta póliza otorga cobertura a Tratamiento de infertilidad y esterilidad (excluye medicamentos).
- Esta póliza otorga cobertura a los recién nacidos desde su fecha de nacimiento haya estado o no cubierto el parto, sin embargo eventuales dolencias congénitas solo se cubren si el embarazo comenzó estando la madre con cobertura. Existe plazo de 30 días para informar la incorporación de recién nacidos a cubrir desde el 1 día del nacimiento.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
Fecha Emisión : 20-04-2021
Página : 17 de 18

- Esta póliza otorga cobertura al titular con contrato vigente e indefinido con la empresa contratante. Cónyuge asegurado (carga legal), hijos del asegurado titular (carga legal) padres y nietos del asegurado titular, cuya incorporación debe ser debidamente autorizada por la empresa contratante y la condición es que sean carga legal. Lo anterior considera a los colaboradores con acuerdo de unión civil del mismo sexo o heterosexuales.
- Esta póliza otorga cobertura al titular con contrato vigente indefinido con la empresa contratante. Cónyuge y/o Conviviente del asegurado hijos e hijastros del asegurado titular que vivan a expensas del asegurado titular cuenten con cobertura previsional y se encuentren estudiando. Lo anterior considera a los colaboradores con acuerdo de unión civil del mismo sexo o heterosexuales. Padres y nietos del asegurado titular (cargas legales), cuya incorporación debe ser debidamente autorizada por la empresa contratante.
- Estas pólizas contempla fecha de plazo de presentación para gastos médicos de 90 días, contados desde la fecha de la prestación médica.
- Estas pólizas contemplan visita de un ejecutivo In Situ, tres veces por semana martes, miércoles y jueves de 15 a 17 hrs. En las oficinas centrales de Transelec en Santiago (Apoquindo con Gertrudis Echenique), con objeto de responder consultas.
- Fecha de Vigencia de los asegurados nuevos : desde la fecha de contrato de trabajo.la incorporación de asegurados nuevos se realiza con nómina y en un plazo de 30 días la empresa enviará el debido formulario de incorporación.
- La siniestralidad de esta póliza será medida en conjunto con las demás pólizas del Holding.
- Las edades de ingreso y permanencia en el Seguro de Salud son las siguientes: EDAD TOPE INGRESO PERMANENCIA Titular y Cónyuge 64 años 70 años Hijos 23 años 27 años.
- Las polizas que especifican en el plan cobertura a Cirugía láser óptica, se reembolsara solamente si existe cobertura Isapre o Fonasa, con un mínimo de 3 dioptrías para Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía.Ojo se cubre dentro del ítem Óptica Set de limpieza para lentes de contacto, según topes y porcentajes establecidos en plan de Salud.
- No se exigirá que el formulario de reembolso de gastos médicos sea llenado por el médico tratante, para gastos AMBULATORIOS (consultas, exámenes y procedimientos) y MEDICAMENTOS (medicamentos genéricos y no genéricos) con un máximo de tope UF 3. Al momento de ingresar un gasto a la compañía el asegurado debe adjuntar el formulario de reembolso de gastos médicos completado con sus antecedentes e indicar el diagnóstico, en el caso de los medicamentos debe presentar receta.
- Sala Cuna hospitalaria e incubadora, se paga bajo ítem Día Cama.
- Se establece que la aplicación del seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la Compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Seguro.
- Se otorga cobertura a los empleados desde la fecha de contrato, sin perjuicio de lo anterior estas incorporaciones deben ser informadas a la compañía en un plazo máximo de 30 días posteriores a la fecha del contrato.
- Se otorga un periodo de 30 días de marcha blanca, desde el inicio de vigencia de la póliza de Salud para la presentación de gastos médicos, en los cuales no se solicitara mayores antecedentes para la liquidación de gastos.

N° de Póliza : COL - 11801 - 6
 Fecha Emisión : 20-04-2021
 Página : 18 de 18

Cláusula de Devolución por Experiencia Favorable

Al finalizar la vigencia de la póliza, o al momento de cumplirse cada anualidad de la misma, se aplicará la fórmula que a continuación se señala, de modo de determinar si corresponde al contratante producto de la mortalidad favorable experimentada durante el período analizado.

$$D.E.F. = P1 * (P2 * P - S - G - A)$$

P1	Porcentaje de participación directa	50,0%
P2	Porcentaje de la prima sobre la que se participa	100,0%
P	Prima Directa Neta de IVA	0,0%
S	Siniestros Directos	100,0%
G	Gastos de Administración como porcentaje de la prima	25,0%
A	Arrastres de pérdidas de años anteriores	SI

La presente cláusula de devolución por experiencia favorable operará y será cancelada, en caso que así corresponda, a la fecha de su vencimiento, sólo si esta póliza es renovada por un período mínimo igual a la vigencia establecida en estas particulares.

La aplicación de la Cláusula de Devolución por experiencia favorable propuesta por nuestra Compañía queda sujeta a que la prima sea un aporte patrimonial del contratante.

Si la prima a pagar tiene carácter contributiva, la aplicación DEF queda sujeto solo sobre el aporte del Contratante.



Plan de Beneficios

Identificación del Plan : 10539
Descripción del Plan : Salud (Rol Gral Administracion 2882)
Moneda : UF / \$

	Costo Directo	Sobre Bono Inst. Salud	Sobre Reembolso Ints. Salud	Bonificación Mínima Sistema Provisional BMI	Tope Evento	Deducible por Evento	Tope Mensual	Tope Anual	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
Ambulatoria											
Fonoaudiología	40,00%	80,00%	80,00%	---	0,50	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Exámenes de Diagnóstico	35,00%	70,00%	70,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Procedimientos de Apoyo	35,00%	70,00%	70,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Cirugía Ambulatoria e Insumos	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Estudio Preventivo de la Mama	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	1,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Consultas Médicas	40,00%	80,00%	70,00%	---	0,70	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Kinesiología	35,00%	70,00%	70,00%	---	0,50	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Casos Especiales											
Fondo Solidario Libre Disposición	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	200,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Rehabilitación KNT / Fonoaudiología											
Nutricionista	37,50%	75,00%	75,00%	---	0,50	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Medicamentos Ambulatorios											
Med. Libre Elección No Genéricos	70,00%	70,00%	70,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Med. Libre Elección Genéricos	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Hospitalaria											
Día Cama Acompañante	40,00%	80,00%	80,00%	---	3,00	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Día Cama	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
UTI sobre 30 días	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Día U.C. Intermedio hasta 30 días	50,00%	100,00%	100,00%	---	30,00	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Honorarios Médicos	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
UTI hasta 30 días	50,00%	100,00%	100,00%	---	30,00	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Día U.C. Intermedio sobre 31 días	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Home Care hasta 30 días	40,00%	80,00%	80,00%	---	6,00	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Servicio Hospitalario	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Maternidad											
Parto Normal	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	20,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Complicaciones del Embarazo	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Aborto Espontáneo	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	10,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Parto Múltiple	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Cesárea	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	35,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Psiquiátrica/Psicológica											
Terapia Ocupacional	80,00%	80,00%	80,00%	---	0,50	---	---	15,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Consultas Psiquiá. Psicoló. y Psicopeda.	80,00%	80,00%	80,00%	---	0,50	---	---	15,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Hospitalización Siquiátrica	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	15,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Servicio De Ambulancia											
Servicio Ambulancia Aerea	40,00%	80,00%	80,00%	---	10,00	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Servicio Ambulancia Terrestre	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.

Plan de Beneficios

Identificación del Plan : 10539
Descripción del Plan : Salud (Rol Gral Administracion 2882)
Moneda : UF / \$

	Costo Directo	Sobre Bono Inst. Salud	Sobre Reembolso Ints. Salud	Bonificación Mínima Sistema Provisional BMI	Tope Evento	Deducible por Evento	Tope Mensual	Tope Anual	Frecuencia	Franquicia	Tipo Tope
Varias Prestaciones											
Cirugía Maxilo Facial Por Enfermedad	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	50,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Prestación bono Pad	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	55,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Plantillas	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	5,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Aparatos Auditivos	80,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	100,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Material de Yeso	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Deducible Ges-Caec-Auge	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Serv. de Enfermera o Auxiliar Enfermería	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Optica											
Cirugía Ocular No Láser	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Exc. Marcos,Lentes de Contacto	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Marcos,Cristales,Lentes de Contacto	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	10,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Cirugía Ocular	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	20,00	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Exc.Cirugía Ocular	100,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Set de limpieza para Lentes de Contacto	75,00%	75,00%	75,00%	---	0,50	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
									Tope Individual Anual Básico		100,00
Prótesis y Ortesis	40,00%	80,00%	80,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Prestaciones Imed											
I-MED Consultas Médicas	35,00%	80,00%	80,00%	---	0,70	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
I-MED Exámenes de Diagnóstico	35,00%	70,00%	70,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
I-MED Procedimientos de Apoyo	35,00%	70,00%	70,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
									Tope Individual Anual Básico		300,00
Prestadores Preferentes											
Serv.Hosp. (Prest. Preferentes)	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Hon.Méd.Staff Clínica(Prest.Preferentes)	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.
Día Cama /Hab.Doble (Prest.Preferentes)	50,00%	100,00%	100,00%	---	---	---	---	---	0 Anual	UF 0,00	Ind.

ARTÍCULO 1: 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 Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

ARTÍCULO 2: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía de seguros, bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado durante su vigencia en este contrato de seguro colectivo y con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, siempre que se hayan originado por una enfermedad o lesión diagnosticada u ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro. Los Gastos Médicos en el extranjero se rigen por lo establecido en la letra G del artículo 3 de estas Condiciones Generales. Los reembolsos de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, serán efectuados por la compañía de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; 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 diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada Cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos Sistemas, seguros, instituciones o entidades. La compañía reembolsará los gastos antes señalados, siempre que se cumpla copulativamente lo siguiente: **a)** El Asegurado haya incurrido en estos gastos durante su vigencia en este contrato de seguro, con posterioridad al período de Carencia señalado en el artículo 4 de estas condiciones generales y siempre que se hayan originado por una enfermedad o lesión diagnosticada u ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro; **b)** Estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 7 de estas Condiciones Generales; **c)** Estos gastos superen el Deducible según lo señalado en el Artículo 19 de estas Condiciones Generales; **d)** Estos gastos superen la Franquicia establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y definida en el Artículo 31, numeral 16 de estas Condiciones Generales; **e)** Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al Asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, y definido en el Artículo 31, numeral 21 de estas Condiciones Generales. Cada Asegurado tendrá un Monto Máximo de Gastos Reembolsables aplicable durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía.

ARTÍCULO N° 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las Coberturas de este contrato de seguro, son las siguientes:

A. Reembolso Gastos por Hospitalización

B. Reembolso Gastos de Hospitalización por Embarazo, Parto y Nacimiento para una Asegurada Titular o una Asegurada Dependiente Cónyuge

- C. Reembolso Gastos Ambulatorio
- D. Reembolso Gastos Medicamentos Ambulatorios
- E. Reembolso Gastos Salud Mental
- F. Reembolso Gastos Médicos Adicionales
- G. Reembolso Gastos Médicos en el Extranjero

El Contratante podrá seleccionar una o más de estas Coberturas para ser contratadas, lo cual deberá quedar expresamente establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, donde se señalarán las Coberturas contratadas y los términos, porcentajes, límites y topes para cada gasto incluido en dichas Coberturas.

A. REEMBOLSO GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN: La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes definidos para cada gasto incluido en esta Cobertura y que se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, a consecuencia de una Hospitalización. La denominada “hospitalización domiciliaria” no tiene cobertura por este contrato de seguro.

Se entiende por Hospitalización aquella 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 pernocte a lo menos una noche en el Hospital y utilice un día completo de servicio de habitación, servicio de alimentación y atención general de enfermería. El Contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos dentro de esta Cobertura, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes para cada Gasto.

Los Gastos son los siguientes: **i. Día Cama de Hospitalización:** Gasto diario por servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. **ii. Servicios Hospitalarios:** Gasto por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento o cuidado intensivo o intermedio, exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otros gastos suministrados al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de la Enfermedad o Lesión. **iii. Honorarios Médicos Quirúrgicos:** Honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una Operación Quirúrgica al Asegurado. **iv. Honorarios Médicos:** Honorarios de aquellos profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales de la salud, que efectúen atenciones médicas al Asegurado, conforme a lo prescrito por el Médico tratante, distintos de los Honorarios Médicos Quirúrgicos. **v. Cirugía Dental por Accidente:** Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al Asegurado, por lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuados por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas. **vi. Atención Privada de Enfermería:** Servicio de enfermería profesional prestado al Asegurado durante su Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama de Hospitalización. **vii. Servicio de Ambulancia Terrestre:** Servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital.

B. REEMBOLSO GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN POR EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO PARA UNA ASEGURADA TITULAR O UNA ASEGURADA DEPENDIENTE CÓNYUGE: Es condición para que proceda esta Cobertura para una asegurada titular o una asegurada dependiente cónyuge, que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de su inicio de vigencia en este contrato de seguro y en esta cobertura.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsados bajo esta cobertura, son únicamente los señalados en los puntos i, ii, iii y iv de la cobertura “A) Reembolso Gastos por Hospitalización” de estas Condiciones Generales, respecto de las siguientes situaciones: **a) Parto normal; b) Cesárea; c) Aborto involuntario; d) Complicaciones del embarazo; e) Complicaciones del parto.**

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por la asegurada titular o una asegurada dependiente cónyuge y por el recién nacido, provenientes de una hospitalización a consecuencia de un embarazo, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, en los términos, porcentajes, límites y topes señalados para cada gasto y/o situación incluidos en esta Cobertura, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales.

C. REEMBOLSO DE GASTOS AMBULATORIOS: La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes señalados para cada Gasto incluido en esta Cobertura y que se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, a consecuencia de una atención médica ambulatoria. Se entenderá por atención médica ambulatoria aquella efectuada o prescrita por un médico tratante al Asegurado y que no requiera de su Hospitalización.

El Contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos dentro de esta Cobertura, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes para cada Gasto.

Los Gastos son los siguientes: **i. Consultas Médicas:** Es el tiempo en que el paciente está junto al Médico en un lugar determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras este último evalúa al paciente, entrega su opinión profesional y recomienda el tratamiento a seguir. **ii. Exámenes de Laboratorio:** La exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico. **iii. Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.** **iv. Procedimientos de diagnóstico, no quirúrgicos.** **v. Procedimientos terapéuticos, no quirúrgicos.** **vi. Cirugía Ambulatoria:** Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al Asegurado en forma ambulatoria.

D. REEMBOLSO GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS: La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado por medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para cada una de las categorías de medicamentos definidas para esta Cobertura, que deberán quedar indicadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Los gastos por medicamentos ambulatorios susceptibles de ser reembolsados serán sólo por aquellos medicamentos que el Asegurado deba consumir durante el período de su vigencia en este contrato de seguro, de acuerdo con la dosis prescrita por su médico tratante. Bajo esta Cobertura se podrán contratar una o más de las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Las categorías de medicamentos son las siguientes: **i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos:** Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo; **ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos:** Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia; **iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores:** Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos; **iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos:** Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

E. REEMBOLSO GASTOS SALUD MENTAL: La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, en complemento de lo que cubra su sistema de salud

previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, al recibir atención médica, procedimientos o tratamiento médico asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para esta Cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los gastos que contempla esta Cobertura son conjuntamente los siguientes: **i.** Gastos Ambulatorios por atenciones médicas de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante; **ii.** Gastos por Medicamentos psiquiátricos ambulatorios prescritos por un médico psiquiatra, a menos que se haya contratado la cobertura de la letra D), Reembolso Gastos Medicamentos Ambulatorios, caso en el cual se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios definidas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **iii.** Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro médico hospitalario que la otorgue.

F. REEMBOLSO GASTOS MEDICOS ADICIONALES: La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales. El Contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos dentro de esta Cobertura, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes para cada Gasto.

Los Gastos son los siguientes: **i.** Gastos por Servicio de ambulancia aérea para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital. **ii.** Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual (V.D.T). **iii.** Gastos por Cirugía Ocular Lasik, la que comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el Asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los eventos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 5 dioptrías. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lasik debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación. **iv.** Gastos por Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física. Se excluyen de esta cobertura los gastos por prótesis maxilofacial, como también los gastos por implantes cocleares.

G. REEMBOLSO GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO: La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado en el extranjero, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes definidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados susceptibles de ser reembolsados por esta cobertura son sólo aquellos señalados en la letra A) Reembolso Gastos por Hospitalización y letra C) Reembolso Gastos Ambulatorios de este mismo artículo, todos los cuales se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para cada gasto en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 4: CARENCIA

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, contado desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia

del mismo, según lo establecido en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales, según corresponda. La compañía no reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado durante el período de carencia. Además de un período de carencia por gasto, se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o por enfermedad que origine el gasto médico.

ARTÍCULO 5: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; 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 diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada Cobertura contratada, lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, el presente contrato de seguro contempla las siguientes limitaciones de cobertura: En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indique para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **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, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **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 hayan dado lugar a una bonificación, aporte y/o reembolso que porcentualmente resulte menor al porcentaje mínimo indicado en las Condiciones Particulares, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **d)** En el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se podrán establecer porcentajes, límites y topes diferenciando por atenciones o prestaciones; por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; por integrantes del grupo familiar del asegurado; por 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; que se establezcan para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada Cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Gastos Reembolsables indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 6: ASEGURADOS

Se consideran asegurados para efectos de este contrato de seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser asegurados, en calidad de asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. El Contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de los asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a su disposición o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES

Este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa una enfermedad o lesión. También

estarán excluidos de este contrato de seguro aquellos gastos que estén comprendidos en las Coberturas que no fueron contratadas por el Contratante. Asimismo, este contrato de seguro no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados, señalados en el artículo 3 de estas Condiciones Generales, cuando ellos provengan o se originen por: **a)** Enfermedades y Dolencias Preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia 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. **b)** Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas. **c)** Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y Maternidad en general. **d)** Curas de reposo, hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento. **e)** Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por esta póliza. **f)** Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas. **g)** Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias. Tratamientos médicos causados por la ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión. Tratamientos médicos causados por hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos. **h)** Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado. **i)** Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud: **i.** Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del Asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a 40 u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. **ii.** Estudios y tratamientos por talla baja o gigantismo y todo tipo de tratamientos con hormonas del crecimiento, así como también tratamientos con Antagonistas LH y RH. **iii.** Cirugía ocular correctiva (Cirugía Lásik) para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares. **iv.** Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique. **v.** Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias. **vi.** Tratamientos para adelgazar y en general todo tratamiento por sobrepeso o por obesidad. **j)** Lesión o enfermedad causada por: **i.** Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros. **ii.** Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país. **iii.** Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma. **iv.** Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado. **v.** Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. **vi.** Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear y sus consecuencias. **vii.** Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley. **viii.** Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente. **k)** Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de los gastos incurridos a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del Asegurado en el contrato de seguro y siempre que se haya contratado el Gasto "Cirugía Dental por Accidente", incluido en la Cobertura definida en la letra "A" del Artículo 3 de estas Condiciones Generales. **l)** Lentes o anteojos ópticos y de contacto.

Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos. **m)** Prótesis, órtesis, miembros artificiales y el suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. **n)** Tratamientos, visitas o consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza. **o)** Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son: **i.** Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía. **ii.** Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos. **iii.** Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo. **iv.** Homeopatías y/o Recetario Magistral. **p)** Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera de un Hospital. **q)** Gastos incurridos por acompañantes mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares. **r)** Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. **s)** Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.172. **t)** Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente. **u)** Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano. **v)** Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios. **w)** Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa. **x)** Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros. Las exclusiones precedentes, relativas a determinados gastos, no tendrán aplicación, cuando los términos, porcentajes, límites y topes de dichos gastos médicos se encuentren expresamente establecidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 8: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía, dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación. En estos casos se acordará la prima adicional que corresponda.

ARTÍCULO 9: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes: **1)** Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; **2)** Pagar la prima en la forma y época pactadas; **3)** 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 **4)** Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias. Si el tomador y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 10: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Asegurado informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Asegurado, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. 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 el asegurador de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

ARTÍCULO 11: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El monto de la Prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **a) Pago de Primas:** El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza. 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 y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima. **b) No pago de la prima:** La falta de pago de la prima, en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 26 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Contratante, 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. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente. La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna. **c) Impuestos:** Se establece que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 12: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de este contrato de seguro serán los asegurados titulares por aquellos gastos médicos incurridos por ellos mismos, como también por los gastos médicos incurridos por sus asegurados dependientes. En el

caso que corresponda efectuar un reembolso al Asegurado titular y éste haya fallecido, el pago de dicho reembolso será efectuado a los herederos legales de conformidad con la ley.

ARTÍCULO 13: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovado 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 14: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, 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 en el Certificado de Cobertura. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo desde la fecha de inicio de vigencia indicada en este artículo o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el Asegurado incurra en un gasto médico susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, el Asegurado deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del Gasto Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto médico incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita.

ARTÍCULO 16: REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado deberá entregar a la compañía los siguientes antecedentes necesarios para acreditar el monto de los gastos susceptibles de ser reembolsados: **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, 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. **c)** Originales de boletas y facturas cuando corresponda, comprobantes de reembolso, bonos, órdenes de atención, 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, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar por cualquier entidad o institución de las mencionadas en la letra anterior. **d)** Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios, que sean recetados por el médico tratante, el Asegurado deberá presentar una receta médica válidamente emitida de acuerdo con la legislación aplicable, a nombre del 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 para acreditar el gasto y determinar el monto del Gasto Reembolsable. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. El Asegurado deberá requerir o autorizar a

la Compañía para que solicite en su nombre, 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 de los Gastos Reembolsables. En el evento que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el 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 17: CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurado, conforme a la letra b) del artículo 16, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados. Para los efectos de este contrato de seguro, 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 una enfermedad o lesión 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.

ARTÍCULO 18: LIQUIDACIÓN DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MÁXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará el reembolso de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares de la póliza, en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. El pago de este reembolso de gastos se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía y ponga a disposición del Asegurado o sus herederos legales. El Monto Máximo de Gastos Reembolsables por Asegurado se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía. Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en el artículo 5 de estas Condiciones Generales. La Compañía sólo reembolsará el porcentaje, límite y tope señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura por los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, en la medida que excedan el deducible que se hubiere estipulado. El pago 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, 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 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 19: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE.

El Deducible será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las

Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura. La aplicación del Deducible, se sujetará al siguiente procedimiento: **1º)** Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por este contrato de seguro, **2º)** Aplicación de los porcentajes, límites y topes que se indican en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, sobre el monto determinado conforme al número anterior y **3º)** Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

ARTÍCULO 20: PRESCRIPCIÓN

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva. Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comuniquen su decisión al respecto. El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 21: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la fecha de vigencia inicial de la cobertura individual del Asegurado en el contrato de seguro colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 22: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del Contratante, en los siguientes casos: a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 25 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato. En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 26 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado. Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 23: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un Asegurado Titular, en los siguientes casos: **a)** Por término del contrato de seguro colectivo; **b)** Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado; **c)** Por su fallecimiento; **d)** A las 24:00 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura; **e)** Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **f)** Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 9 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales; **g)** Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal. Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un Asegurado Dependiente, en los siguientes casos: **a)** Por todas las causas de término del contrato de seguro respecto del Asegurado Titular; **b)** Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado; **c)** Por su fallecimiento; **d)** A las 24 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura; **e)** Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente; **f)** Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias

o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 9 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales; **g)** Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal. En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 24: IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 25: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Todos los montos de este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza. El valor de la Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas y reembolsos, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas. Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía de seguros, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 26: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía de Seguros al Contratante o al Asegurado con motivo de este contrato de seguro, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva, salvo que éste no dispusiese 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 y en el Certificado de Cobertura o en la solicitud de seguro respectiva. 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 al 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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo. La Compañía de Seguros deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros. Estos mecanismos serán indicados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 27: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Esta materia se rige por el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 28: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona

del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el Asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el Asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria. El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio. Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

ARTÍCULO 29: 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.

ARTÍCULO 30: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del contrato de seguro, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 31: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta póliza las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación: **1) Contratante:** La persona natural o jurídica que suscribe este contrato de seguro con la Compañía Aseguradora y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. **2) Asegurados:** Se consideran asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que habiéndose solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. **i. Asegurado Titular:** La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante. **ii. Asegurado Dependiente:** Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. Los asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **iii. Asegurados:** 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 que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **3) Enfermedad:** Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación debe ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el Asegurado. **4) Accidente:** Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como Accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se consideran

como Accidentes los suicidios, ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos. **5) Índice De Masa Corporal (IMC):** Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado. **6) Enfermedad o Dolencia Preexistente:** Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. **7) 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. **8) 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 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. **9) Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica y pernocta a lo menos una noche utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. **10) Gastos Ambulatorios:** Son los gastos médicos incurridos por el Asegurado a causa del tratamiento de una enfermedad o lesión que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento. **11) Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando. **12) Carencia:** Corresponde al período durante el cual el Asegurado paga prima, pero no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Durante el período de carencia, el Asegurado no tiene derecho a percibir reembolsos por las Coberturas que otorga esta póliza, derivados de una enfermedad o accidente. **13) Deducible:** Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 18 y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 19, ambos de estas Condiciones Generales. El Deducible se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura. **14) Período de acumulación:** Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **15) Deducible por solicitud de reembolso:** Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del Asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el Asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 13) del presente artículo. **16) Franquicia:** Es el monto mínimo de los gastos médicos en que será necesario que incurra el Asegurado a consecuencia de una prestación médica para que tenga derecho a la cobertura que otorga esta póliza. Para los efectos de determinar el monto mínimo de los gastos médicos se considerarán en forma individual cada uno de los documentos que den cuenta de los gastos médicos incurridos. Excedido dicho monto, la

compañía considerará el monto total del gasto médico para el reembolso de acuerdo a la cobertura contratada, sin perjuicio de la aplicación del deducible o deducible por solicitud de reembolso que corresponda. El monto de la franquicia se establecerá en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. **17) Medicamento:** Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo. **18) Cirugía ambulatoria:** Es aquella cirugía que requiera el Asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin necesidad de ser hospitalizado o, de requerir ser hospitalizado. **19) Solicitud de reembolso de gasto médico:** Corresponde a la petición reembolso de gastos médicos por parte del Asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el Asegurado. **20) Insumos:** Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc. **21) 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, por los Gastos Reembolsables durante su vigencia en 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 y en el Certificado de Cobertura. **22) Gastos de Hospitalización:** Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico. **23) Gastos Reembolsables:** Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios y Gastos de Hospitalización asociados a una enfermedad o accidente, que son susceptibles de ser reembolsables en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el numeral 21 de este Artículo. **24) Lesión:** Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera tratamiento médico. **25) 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. **26) Cuadro de Beneficios:** Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga la póliza y se entiende forman parte integrante de la misma. **27) Complicaciones del embarazo:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distosia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras. **28) Complicaciones del parto:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras.