SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320220141

ARTICULO 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 Nº 2: COBERTURA

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar al beneficiario, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado, siempre como complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional público o privado, o el que lo reemplace de bienestar otro seguro o convenio, a consecuencia de una incapacidad cubierta, , con los montos, condiciones y topes máximos que se indican en las Condiciones Particulares, para cada caso.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por los asegurados, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, para cada caso.

Los reembolsos o pagos se efectuarán de acuerdo a las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago expresados en ellas.

Las coberturas descritas en estas Condiciones Generales, pueden ser contratadas en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las cuales se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurran durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que ella y sus coberturas se encuentren vigentes a esa.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado algún tipo de deducible o franquicia, la compañía de seguros reembolsará los gastos médicos que excedan cualesquiera de los deducibles que se establezcan, cuyos montos, períodos y formas de acumulación para cada uno de ellos se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas que podrá otorgar la compañía de seguros en virtud de esta póliza son las que se indican a continuación.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD

C) BENEFICIO AMBULATORIO

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

F) BENEFICIOS ESPECIALES

Para los efectos de tener derecho a los beneficios que emanan de estas coberturas, éstas deberán estar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, en las cuales se establecerán además los porcentajes y límites de reembolso o pago correspondientes a cada una de ellas, , dependiendo del tipo de prestación, la entidad del prestador, los topes por evento o prestación, los topes anuales y finalmente, el sistema de seguridad social, convenio de bienestar u otros seguros o convenios a los que se encuentren afiliados los asegurados de esta póliza.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN: Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización;

ii. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como visitas o consultas médicas intrahospitalarias, salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;

iii. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado;

iv. CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas;

v. SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERÍA: Es el servicio privado otorgado por un profesional de enfermería durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante;

vi. SERVICIO DE AMBULANCIA: Es el servicio de traslado vía terrestre o aérea en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, otro seguro o convenio, respecto del asegurado titular o su cónyuge asegurado, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

En el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se establecerán los porcentajes y límites de reembolso o pago para cada uno de los siguientes ítems:

- i) Parto normal;
- ii) Cesárea;
- iii) Aborto;
- iv) Complicaciones del embarazo;
- v) Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización, todas las cuales se reembolsarán de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada ítem del Beneficio de Maternidad en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. La parte que exceda de dichos límites se entenderá no cubierta por esta póliza.

Para que el asegurado titular o cónyuge asegurado tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica. Para los efectos de la cobertura de esta póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imageneología obstétrico practicado a la asegurada. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

Sin perjuicio de los límites definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza, se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea y aborto de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el asegurado titular o su cónyuge asegurado y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto, según corresponda. Los gastos médicos en que incurra el asegurado titular o su cónyuge asegurado, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, serán reembolsados bajo el ítem complicaciones del parto, si correspondiese según la definición de este concepto que se indica en la presente póliza. Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido podrán tener cobertura, sólo si este tiene la calidad de asegurado a la fecha de la prestación médica.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes prestaciones, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i) Consultas médicas generales;

ii) Consultas médicas especialistas;

iii) Consultas médicas domiciliarias;

iv) Exámenes de laboratorio;

v) Exámenes de imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear;

vi) Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos;

vii) Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos;

viii) Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser 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 comprendidos 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) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsual o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. Gastos ambulatorios por prestaciones 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 hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.

F) BENEFICIOS ESPECIALES

Bajo este beneficio la compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsual o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

i. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un 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 la fatiga visual (V.D.T).

ii. Cirugía Ocular Lásik, 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 casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para

dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lásik debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.

iii. 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 o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial, como también los implantes cocleares.

Los beneficios especiales de esta cobertura sólo podrán ser contratados en conjunto con alguno de los beneficios indicados en las letras precedentes, no siendo posible su contratación en forma individual.

LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS:

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso o pago que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones expresas de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado este 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) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
3. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso inferior al 50%, u otro porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
4. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer porcentajes y límites de reembolso o pago diferentes según el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o el prestador médico que originó el gasto.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto médico incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. Duplicación De Beneficios: Se reconocerán como gastos médicos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas

por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen similares coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado.

En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas por las instituciones antes mencionadas, es previo y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta póliza.

ARTÍCULO N° 3. MODIFICACIÓN DEL SUPUESTO DE COBERTURA

1. En caso de modificación significativa del Sistema de Salud Previsional al que se encuentre adherido o afiliado el grupo asegurado al momento de la suscripción del riesgo, sea al inicio de vigencia o en cualquiera de las renovaciones de la póliza colectiva, la Compañía podrá aplicar las condiciones especiales de cobertura y prima pactadas para dicha circunstancia. La aplicación de estas condiciones especiales deberá ser informada al contratante con 30 días de anticipación a la fecha de aplicación efectiva.

Para estos efectos, se entenderá por modificación significativa alguna de las siguientes circunstancias:

- i. Que, sea por disposición legal, reglamentaria o judicial, se modifique o ponga término al o los contratos de salud suscritos entre el asegurado y el sistema de salud previsional (FONASA o ISAPRE) vigentes al momento de la evaluación del riesgo, al inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones;
- ii. Cuando disminuya la cobertura del plan de Salud Previsional de los asegurados, o cuando un porcentaje de los asegurados cambie su sistema previsional vigente al momento de la evaluación del riesgo, en los términos, condiciones y porcentajes que se indican en las condiciones particulares. En este último caso, a solicitud de la Compañía, el Contratante estará obligado a informar respecto de los asegurados y su sistema previsional. En caso de incumplir dicha obligación, la Compañía estará facultada para terminar anticipadamente la Póliza;
- iii. Imposibilidad de que el presente contrato de seguro actúe como complemento de las coberturas del (i) Sistema de Salud Previsional del asegurado, (ii) de bienestar u (iii) otro seguro o convenio, implicando que este contrato de seguro se transforme en una primera capa de cobertura a los gastos de salud del asegurado, esto es, que la cobertura de este contrato de seguro aplique con anterioridad o prescindencia de la cobertura del Sistema de Salud Previsional, cualquiera éste sea.

2. Sin perjuicio de lo establecido precedentemente, la Compañía podrá poner término anticipado al seguro, conforme lo dispone expresamente el artículo 537 del Código de Comercio, cuando concurra alguna de las siguientes causales objetivas de terminación:

- a) Aplicación, por disposición legal o del regulador, de las reglas de suscripción de riesgo que impongan a las compañías aseguradoras restricciones que impliquen el levantamiento legal u obligatorio de exclusiones contempladas en el presente condicionado; obligación de otorgar cobertura a las preexistencias; cambios legales a los contratos respecto de los requisitos de asegurabilidad o cambios legales obligatorios e intempestivos en las prestaciones cubiertas; y, en general, modificaciones legales sobrevinientes del riesgo contemplado por el asegurador al suscribir el seguro, siempre y cuando estas alteraciones tengan su origen

en leyes o en normativa generalmente obligatoria.

b) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que tengan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del seguro.

c) Sin perjuicio de lo anterior, la compañía aseguradora podrá poner siempre término por las causales indicadas en el apartado 1.- del presente artículo.

El término anticipado de la póliza producirá la reducción proporcional de la prima no devengada, la que deberá ser restituida al contratante o a quien haya soportado su pago.

ARTÍCULO N° 4: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1) **CONTRATANTE:** El que celebra el seguro con el asegurado y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.

2) **ASEGURADOS:** Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Se consideran asegurados de esta póliza a las personas que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

a. **Asegurado Titular:** Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Se considera asegurado titular para los efectos de este seguro a la persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

b. **Asegurado Dependiente:** Podrán ser parte de esta categoría aquellas personas que tengan alguno de los siguientes vínculos con un asegurado titular:

i. Cónyuge;

ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan uno de los siguientes requisitos:

1. Ser menor de dieciocho (18) años de edad;

2. Ser mayor de dieciocho (18) y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en un 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;

iii. Otras personas dependientes del asegurado titular o de su cónyuge que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las referencias en esta póliza al asegurado, sin especificar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se entenderán que se refieren a los asegurados titulares y asegurados dependientes, indistintamente.

3) **INCAPACIDAD:** Toda enfermedad o dolencia y, además, toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

4) **ENFERMEDAD:** El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto infringidas intencionalmente por el asegurado, excepto cuando el asegurado sea menor de catorce (14) años de edad al momento del diagnóstico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el numeral precedente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

5) **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.

6) **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.

7) **SITUACIÓN, DOLENCIA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

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

9) **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. 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, con excepción del beneficio de salud mental, en los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

10) **HOSPITALIZACIÓN:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.

11) **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin requerir ser hospitalizado.

12) **GASTOS AMBULATORIOS:** Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

13) **GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo

y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

14) **CARENCIA:** Es un período de tiempo que se extiende desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, por un plazo determinado y especificado en las Condiciones Particulares, durante el cual el asegurado no tiene derecho a la cobertura en caso de siniestro y el asegurador no devengará prima. Se podrán establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

15) **DEDUCIBLE:** La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que éste último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Tratándose del presente seguro, el deducible corresponde al monto de los gastos médicos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

16) **PERÍODO DE ACUMULACIÓN:** Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

17) **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. 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 15) del presente artículo.

18) **MEDICAMENTO:** Para efectos de esta póliza se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata y destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.

No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural o alternativo.

19) **SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO:** Corresponde a la petición de 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) **CIRUGÍA:** Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., órganos, miembros o tejidos.

22) **PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS:** Aquellos procedimientos efectuados o

supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad.

23) **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, preeclampsia, 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.

24) **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.

25) **Sistema o régimen de prestaciones de salud:** Los sistemas de salud público y privado actualmente regulados en el DFL N° 1 de 23 de septiembre de 2005, publicado el 24 de abril de 2006, que contempla y regula el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). La existencia de este régimen de salud es esencial a los riesgos suscritos en este contrato

ARTÍCULO N° 5: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

La compañía de seguros sólo reembolsará hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos médicos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios.

Se encuentran excluidos de cobertura:

- a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- c) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones

producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.

e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos cuando no sean de aquellos por las causales legales aceptadas.

f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.

g) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

i. La cirugía por obesidad, denominada como bariátrica u otras similares, independientemente de la existencia de otras incapacidades asociadas, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40) u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.

iii. Cirugía Ocular 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.

h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

i) Lesión o enfermedad causada por:

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

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

- iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
 - v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado.
 - vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
-
- j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.
 - k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y 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.
 - l) Tratamientos, visitas 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.
 - m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
 - n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, tales como, gastos de alojamiento, comidas y otros. Se exceptúan los gastos por un acompañante del asegurado menor de catorce (14) años de edad.
 - o) Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
 - p) Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
 - q) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta a la de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o de distintos principios.
 - r) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
 - s) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una 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, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
 - t) Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

u) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

v) Los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen en situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.

w) Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/pages/office-of-foreign-assets-control.aspx.

ARTÍCULO N° 7: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 6, Exclusiones, del presente contrato, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el certificado de cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 8°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 9°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO N° 10: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de esta póliza serán aquellos que se encuentren designados en dicha calidad en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 11: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de

terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

ARTÍCULO N° 12: DENUNCIO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico de cargo del asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza. Con todo, en caso de no renovación de la póliza el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza.

El aviso de siniestro deberá efectuarse por medio del formulario físico o electrónico que la compañía de seguros dispondrá para estos efectos, el que deberá completarse con la información que en él se exija.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la compañía de seguros del reembolso de los gastos médicos que le habría correspondido.

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de la compañía de seguros lo siguiente:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado o puesto a disposición por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía de seguros de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas, cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto médico incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
 - ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a sesenta (60) días de la fecha de aviso de siniestro.
 - iii. Nombre del asegurado, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
 - iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
 - v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

Con todo, la compañía de seguros queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos.

ARTÍCULO N° 13: VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas.

La vigencia de los asegurados dependientes está supeditada a la vigencia del asegurado titular en esta póliza. Tratándose de nuevos asegurados dependientes cuya incorporación sea solicitada por el asegurado titular con posterioridad al inicio de vigencia de cobertura del asegurado titular y cuya solicitud de incorporación, por haberse cumplido los requisitos de asegurabilidad, haya sido aceptada por la compañía aseguradora, la cobertura al nuevo asegurado dependiente se otorgará hasta el término de vigencia del asegurado titular.

La vigencia de este contrato de seguro de salud se renovará automáticamente por un nuevo período, salvo que el contratante, asegurado titular o la Compañía Aseguradora manifieste su decisión de no renovar la cobertura del seguro con una anticipación de al menos treinta (30) días corridos a la fecha de vencimiento inicial o de cualquiera de sus renovaciones anuales posteriores.

Con todo, el Contratante podrá poner fin anticipado al contrato de seguro en cualquier momento y a su solo arbitrio, lo que implicará, a la vez, el término anticipado de la cobertura de todos los asegurados dependientes relacionados a él, debiendo hacerlo mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía Aseguradora en la forma prevista en estas Condiciones Generales.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podría decidir no renovar la vigencia individual para el asegurado titular y sus asegurados dependientes, para lo cual deberá comunicarlo por escrito al Contratante conforme a estas Condiciones Generales. En consecuencia, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho a no renovar la cobertura individual del asegurado titular y sus asegurados dependientes a la fecha de término de su vigencia inicial o de alguna de sus renovaciones anuales, terminando la póliza por la llegada del plazo de vigencia pactado.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá proponer, como alternativa a la no renovación, nuevas condiciones de prima y/o de cobertura, debiendo comunicar estas nuevas condiciones detalladamente y por escrito al Contratante con al menos treinta (30) días corridos de anticipación al término de la vigencia anual del contrato de seguro. En caso de que el Contratante no otorgue su consentimiento expreso, íntegro y fehaciente a la carta de la Compañía Aseguradora que contiene nuevas condiciones del contrato de seguro o no aceptase las condiciones de renovación, dentro del plazo de treinta (30) días corridos contados de su recepción conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales, el contrato de seguro terminará en la fecha de vencimiento inicial o de cualquiera de sus renovaciones. En caso que el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones establecidas por la Compañía Aseguradora para la renovación de la póliza, antes del término de la vigencia en curso, se procederá al pertinente endoso de modificación del contrato de seguro, renovándose en dichos términos.

Terminada la vigencia del contrato de seguro cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos que ésta asume y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con

posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO N° 14: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza nuevos asegurados durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación, o la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, el contratante deberá notificar e informar a la compañía de seguros dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde la fecha de la contratación o afiliación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía de seguros. Para los efectos incorporarse como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, los trabajadores que hayan reunido los requisitos de asegurabilidad y no se hayan incorporado al inicio de la vigencia de la póliza, no lo podrán hacer, hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo cumplir los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la misma. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO N° 15: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados y las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será elvigente al momento de su pago efectivo.

ARTÍCULO N° 16: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue

enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO N° 17: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO N° 18: 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 N° 19: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio 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 de la cobertura individual del asegurado, de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.