

≡ **BICE** VIDA

El poder de la tranquilidad



≡ **Seguro de Accidentes Personales**

Ficha de Producto



Seguro de Accidentes Personales

ÍNDICE

Código condiciones generales: POL 3 2013 0963	pág. 3
Alternativas de seguro	pág. 3
Alternativas de contratación	pág. 6
Agravación de riesgos asegurados	pág. 7
Término de la póliza	pág. 7
Rehabilitación	pág. 8
Exclusiones	pág. 8
Definiciones	pág. 11



Seguro de Accidentes Personales

Este seguro posee excelente cobertura, precio muy conveniente y le permite protegerse usted y a su familia para enfrentar con tranquilidad aquellos gastos médicos importantes que deriven de accidentes que afecten su vida cotidiana.

Código condiciones generales: POL 3 2013 0963

Contratante: Persona natural o jurídica que suscribe el contrato de seguro y asume las responsabilidades que se deriven de su condición como tal, por ejemplo pagar en forma oportuna y en forma recurrente la prima pactada.

Asegurado: Es la persona natural sobre cuya vida la compañía aseguradora asume el riesgo de fallecimiento u otros riesgos adicionales, en caso de corresponder, y asume las obligaciones que se deriven de su condición de tal.

Beneficiarios: Es la persona o las personas a quienes corresponde percibir las indemnizaciones o beneficios que contempla este contrato de seguro. Para los efectos de este contrato de seguro el contratante designará los beneficiarios.

Alternativas de seguro:

El contratante podrá contratar una o más de las siguientes alternativas de cobertura

1. Alternativa A: Muerte accidental.

En virtud de esta alternativa de cobertura, el monto asegurado será pagado por la compañía aseguradora a los beneficiarios, una vez acreditado el fallecimiento del asegurado, si éste se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente y por causa no excluida en este contrato de seguro.

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y esta alternativa de cobertura, debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la compañía que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato a consecuencia de un accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

La compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta alternativa de cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las alternativas de cobertura B y C, en caso de haber sido contratadas.

El capital contratado de este plan, puede ser entre UF 900 y UF 10.000, siempre y cuando éste no exceda el equivalente a 5 veces el ingreso anual del asegurable.



Seguro de Accidentes Personales

2. Alternativa B: Desmembramiento.

En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican y siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado:

- 100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo.
- 50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano.
- 50% por la sordera completa de ambos oídos.
- 50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro.
- 40% por pérdida total de un pie.
- 35% por la ceguera total de un ojo.
- 25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro.
- 20% por la pérdida total de un pulgar.
- 15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo.
- 13% por la sordera completa de un oído.
- 5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano.
- 3% por la pérdida total de un dedo del pie.

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

El accidente necesariamente debe ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en el contrato de seguro y, esta alternativa de cobertura debe encontrarse contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

En el caso de ocurrir más de un siniestro dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia de los siniestros, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa de cobertura.



Seguro de Accidentes Personales

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa de cobertura, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por “pérdida total” referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por “pérdida parcial” la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece, en forma definitiva.

Pérdida funcional total: Se entiende por “pérdida funcional total” la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por “miembro”, cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas. El capital contratado de este plan, puede ser entre UF 500 y UF 10.000, siempre y cuando éste no exceda el equivalente a 5 veces el ingreso anual del asegurable.

3. Alternativa C: Incapacidad total y permanente 2/3 por accidente.

En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la compañía pagará el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la alternativa de cobertura B, a razón del diez por ciento anual, durante un período máximo de diez (10) años mientras el asegurado esté vivo. Sin perjuicio de lo anterior, el pago del monto asegurado podrá realizarse mediante un pago único y total, lo que deberá dejarse establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por “incapacidad total y permanente dos tercios”, al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones”, regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980. (Las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de pensiones”, son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del Decreto Ley N° 3.500, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente Comisión Técnica y publicadas en el Diario Oficial).

Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la compañía de seguros determinará si se ha producido la Incapacidad Total y Permanente 2/3 de un asegurado.

La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.



Seguro de Accidentes Personales

4. Alternativa H: Indemnización diaria por hospitalización a causa de accidente con o sin convalecencia

En virtud de esta alternativa de cobertura, la compañía aseguradora pagará al asegurado que ha sido hospitalizado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en este contrato de seguro, el monto diario que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, independiente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. Tanto el accidente, como el período de hospitalización, deben ocurrir dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente. Se pagará la cantidad diaria a contar del primer día de hospitalización y hasta el máximo de días señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, teniendo esta alternativa de cobertura un tope por evento y un tope anual por asegurado. Cada accidente amparado por la presente alternativa de cobertura que requiera hospitalización se considerará un evento. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. No obstante, si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, esta última se considerará como si fuese consecuencia de un nuevo evento. Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, indicando día y hora de inicio y término, emitido por el Hospital.

Convalecencia: El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. En este caso, la compañía pagará al asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente que efectivamente perciba el asegurado por la cobertura establecida en esta alternativa, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia. Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria por accidente.

Alternativas de contratación:

1. Accidente personal tradicional

Capital Titular	100%
Capital Cónyuge	Desde un 50% hasta un 100% del Capital Titular
Capital Hijos	Desde un 10% hasta un 50% del Capital Titular
Prima Mínima	Desde UF 0,16 según periodicidad de pago y capital asegurado
Periodicidad de Pago	Mensual; Trimestral; Semestral; Anual



Seguro de Accidentes Personales

2. Accidente personal plazo fijo

Capital Titular	100%
Capital Cónyuge	Desde un 50% hasta un 100% del Capital Titular
Capital Hijos	Desde un 10% hasta un 50% del Capital Titular
Prima Única	Desde UF 0,16 según periodicidad de pago y capital asegurado
Plazo Fijo	Desde 1 mes hasta 12 meses. La unidad es mensual
Periodicidad de Pago	Única (el pago es realizado por una única vez)

Edad mínima y máxima de suscripción: 18 - 65 años de edad.

Edad máxima de permanencia: Hasta que cumpla 70 años de edad.

Modalidad de pago: Descuento automático en su cuenta corriente (PAC) o con cargo a su tarjeta de crédito (PAT).

Indisputabilidad: Después de 2 años de vigencia inicial o desde que se rehabilita la póliza. Cumplido este plazo, la compañía renuncia al derecho de disputar el pago de la indemnización en caso de omisiones siempre que sean de buena fe.

Agravación de riesgos asegurados:

El asegurado, o contratante en su caso, deberá informar al asegurador de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado, y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato de seguro, dentro de los cinco (5) días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el asegurador.

Término de la póliza:

El contrato de seguro terminará al vencimiento del plazo establecido para su duración en las condiciones particulares de la póliza.

Asimismo, este contrato de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a.-** Por fallecimiento del asegurado;
- b.-** Por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de incapacidad total y permanente;
- c.-** Por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura de desmembramiento;



Seguro de Accidentes Personales

- d.-** Pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal;
- e.-** A las 24 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia;
- f.-** Por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso de 30 días;
- g.-** Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada;
- h.-** Cuando el asegurado no hubiere informado a la compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado;
- i.-** Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

Rehabilitación:

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período de 12 meses. Para resolver sobre esta petición, el asegurador podrá exigir del asegurado que acredite que reúne las condiciones de salud y requisitos de asegurabilidad necesarios para ser admitido como tal.

La sola presentación de la solicitud de rehabilitación por parte del contratante no producirá el efecto de rehabilitar el contrato de seguro, si no ha habido aceptación escrita de la compañía a dicha solicitud.

Cumplido lo anterior, el contrato de seguro quedará rehabilitado a partir del primer día hábil del mes siguiente en que la compañía aseguradora haya comunicado su aceptación.

El rechazo de la solicitud no generará ninguna responsabilidad posterior de la compañía.

Exclusiones:

- a.-** Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del estado.
- b.-** Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
- c.-** Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas 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 o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- d.-** Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.



Seguro de Accidentes Personales

- e.-** Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- f.-** La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte o la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.
- g.-** La práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo.
- h.-** La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes:
 - i.** La manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
 - ii.** La manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
 - iii.** La manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
 - iv.** Trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
 - v.** Matar ganado.
- i.-** Motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- j.-** Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
- k.-** Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
- i.-** Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- m.-** Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- n.-** Siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario.
- o.-** Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- p.-** Infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.



Seguro de Accidentes Personales

- q.-** Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina.
- r.-** Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- s.-** Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
- t.-** La atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo.
- u.-** La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- v.-** Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- w.-** Los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.
- x.-** Atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas.
- y.-** Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- z.-** Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.
- aa.-** Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- bb.-** Epidemias oficialmente declaradas.
- cc.-** Enfermedades o dolencias preexistentes, entendiendo que éstas 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 las condiciones particulares 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.



Seguro de Accidentes Personales

Definiciones:

1. 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 considera como accidente el suicidio, los 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 considera como accidente aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

2. Contratante: Es la persona natural que suscribe el contrato de seguro y asume las obligaciones que se deriven de su condición de tal. El contratante se indica en las condiciones particulares de la póliza y deberá ser la misma persona que el asegurado, a menos que en las condiciones particulares de la póliza, la compañía aseguradora autorice expresamente a que sean personas diferentes.

3. Asegurado: Es la persona natural sobre cuya vida la compañía aseguradora asume el riesgo de fallecimiento u otros riesgos adicionales, en caso de corresponder, y asume las obligaciones que se deriven de su condición de tal. El asegurado se indica en las condiciones particulares de la póliza.

4. Beneficiarios: Es la persona o las personas a quienes corresponde percibir las indemnizaciones o beneficios que contempla este contrato de seguro. Para los efectos de este contrato de seguro el contratante designará los beneficiarios, los que se señalarán en las condiciones particulares de la póliza.

5. 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.

6. Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones quirúrgicas y que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado. En ningún caso incluye hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

7. Hospitalización: Es 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 utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, pernoctando a lo menos una noche, utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.



Seguro de Accidentes Personales

8. Unidad de cuidados intensivos (UCI) o Unidad de tratamientos intensivos (UTI): Aquella dependencia dentro de un hospital que funciona las 24 horas del día, con el propósito de mantener un control acucioso de pacientes enfermos o accidentados, y que se encuentre equipada para otorgar servicios médicos especiales que no están disponibles en las unidades de recuperación de cirugía o aquellas dependencias donde el paciente es hospitalizado dado que él o ella necesita de servicios de cuidados intensivos, y no sólo algunos servicios tales como los cuidados de una enfermera privada.

9. 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.

10. 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 deben 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.

11. 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.

12. Gasto médico incurrido: Son aquellos gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que incurra el asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad, que hayan sido efectivamente pagados por el asegurado.

Serán gastos médicos incurridos el costo efectivo de las prestaciones médicas recibidas por el asegurado, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado. No se considerarán como gastos incurridos por el asegurado, aquellos provenientes de prestaciones aún no realizadas a la fecha de presentación de los gastos a la compañía.

Asimismo, tampoco se considerarán como gastos médicos incurridos, toda prestación, excepto la consulta médica, que no haya sido originada por indicación médica con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.