

PÓLIZA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR EVENTO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320131516

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 reembolsará Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado durante los doce (12) meses siguientes a la fecha de ocurrencia del Evento y que sean originados por éste, en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados que se indican en este mismo artículo, originados a causa de un Evento, en los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales, en que el Asegurado haya efectivamente incurrido durante el período en que se encuentre amparado por este contrato de seguro, siempre que:

- a) El Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro;
- b) El Evento que los origina haya ocurrido con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) Se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso;
- d) el monto de gastos supere el Deducible definido en el Artículo 27, numeral 6 de estas Condiciones Generales; y
- e) que la suma de los reembolsos asociados a un mismo Evento no haya superado el Monto Máximo de Gastos Rembolsables definido en el Artículo 27, numeral 7 de estas Condiciones Generales.

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, en 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.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se define en el Artículo 27, numeral 7 de estas Condiciones Generales y se aplicará por Asegurado y por cada Evento que le ocurra al Asegurado durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Asimismo, una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

El Período de Duración de Reembolso corresponde al plazo de doce (12) meses contado desde la

fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al Asegurado de conformidad a los términos de esta póliza. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrá ampliar el Período de Duración de Reembolso.

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 tipo o conjunto de Gastos, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsables a causa de un Evento, en virtud de este contrato de seguro, son los que se detallan a continuación:

A. GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN:

Para efectos de estas Condiciones Generales, 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, pernoctando a lo menos una noche y que utilice un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún aspecto, lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

Conforme a lo anterior, los Gastos de Hospitalización, corresponden a:

1. Atención Privada de Enfermería: Es el servicio de enfermería profesional prestado al Asegurado durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama de Hospitalización.
2. Cirugía Dental por Accidente: Es el tratamiento de lesiones o enfermedades a los dientes naturales del Asegurado a causa de un Evento que corresponda a un Accidente y efectuado por un Médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
3. Día Cama de Hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama Cuidado Intensivo e Intermedio.
4. Honorarios Médicos: Son los honorarios de aquellos profesionales médicos, otros profesionales de la salud y paramédicos que, conforme a lo prescrito por el Médico tratante, efectúen prestaciones al Asegurado, distintos de los que digan relación con los Honorarios Médicos Quirúrgicos.
5. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Son los honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una Operación Quirúrgica al Asegurado.
6. Servicio de Ambulancia Terrestre: Para efectos de esta póliza se entiende como el traslado terrestre del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia.

7. Servicios Hospitalarios: Son los gastos 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 intensivo, exámenes de laboratorio e imagenología, 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 Lesión o Enfermedad.

B. GASTOS AMBULATORIOS:

Se entenderá por atención realizada en forma ambulatoria aquella que se realice al asegurado y que no requiera de su Hospitalización.

Conforme a lo anterior, los gastos ambulatorios corresponden a:

1. Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía que no requiere de una Hospitalización.

2. Consultas Médicas: Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el médico brinda su parecer y recomienda los pasos a seguir.

3. Exámenes de Laboratorio: Son los gastos por concepto de la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

4. Radiografías, Imagenología, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.

No tendrán cobertura bajo este contrato de seguro los medicamentos, remedios, drogas e insumos provenientes de atenciones médicas realizadas al asegurado en forma ambulatoria o sin hospitalización.

C. GASTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO:

Los Gastos de Hospitalización y Gastos Ambulatorios antes señalados, provenientes de gastos médicos incurridos por el Asegurado en el extranjero, serán susceptibles de ser reembolsados siempre que digan relación con un Evento y cumplan los requisitos establecidos en este contrato de seguro. En este caso, la compañía reembolsará en los términos, porcentajes, límites y topes que, por su naturaleza, se indican en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 3: CARENIA.

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, contado desde: (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; (b) la fecha de vigencia de aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 17 de estas Condiciones Generales; o (c) la rehabilitación del contrato de seguro para todos los asegurados, según corresponda.

Durante el período de Carencia no están cubiertos los Eventos ocurridos al Asegurado, quedando éstos excluidos de esta cobertura respecto del Asegurado afectado durante toda la vigencia de la póliza. En consecuencia, la Compañía no reembolsará los gastos originados por un Evento ocurrido dentro de dicho período de Carencia.

La Carencia no se aplicará para los Gastos Reembolsables causados por un Evento consistente en un Accidente, ni tampoco en cada renovación del contrato de seguro.

ARTÍCULO 4: 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 tipo o conjunto de Gastos, lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares 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 Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

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.

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 tipo o conjunto de Gastos, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. 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.

ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa un Evento.

De la misma forma, están excluidos de la cobertura de este contrato de seguro los gastos originados por un Evento ocurrido dentro del período de Carencia.

Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre Gastos de Hospitalización y Ambulatorios susceptibles de ser reembolsados, 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 las Condiciones Particulares de la póliza 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) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto, aborto y Maternidad en general.

(c) Gastos de Hospitalización y Ambulatorios a consecuencia de maternidad o de embarazo, por la pérdida que resulte del embarazo y por enfermedades a causa del embarazo.

(d) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.

(e) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

(f) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por este contrato de seguro.

(g) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.

(h) Tratamientos por sobrepeso y por obesidad.

(i) La cirugía y/o tratamiento por sobrepeso o por obesidad independientemente del grado de sobrepeso u obesidad del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.

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

(k) Tratamientos médicos causados 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.

(l) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - o que el Asegurado sea portador del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) 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.

(m) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u

hostilidades de enemigos extranjeros.

(n) 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.

(o) 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.

(p) Conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

(q) La conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier tipo de maquinaria ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.

(r) Lesiones producidas por encontrarse el Asegurado bajo la influencia de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

(s) Participación del Asegurado en actos calificados por la ley como delitos.

(t) Negligencia, imprudencia o culpa grave del Asegurado.

(u) 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.

(v) Fusión o fisión nuclear y sus consecuencias.

(w) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, siempre que no estén incluidos dentro de lo definido en Cirugía Dental por Accidente descrita en el Artículo 2, letra A) de estas Condiciones Generales.

(x) Tratamientos maxilofaciales, prótesis maxilofaciales y órtesis maxilofaciales, excluidos los que tengan origen a causa de accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre amparado por esta póliza.

(y) Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica.

(z) Lentes o anteojos ópticos,

(aa) Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.

(bb) Cualquier tipo de prótesis y órtesis.

(cc) Los medicamentos, remedios, drogas e insumos provenientes de prestaciones médicas realizadas al asegurado en forma ambulatoria o sin hospitalización.

(dd) Consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios, vacunas, tratamientos o cirugías con fines preventivos.

(ee) Atención particular de enfermería fuera del Hospital.

(ff) Gastos de cualquier tipo, incurridos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.

(gg) Enfermedad o Accidente a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubiertos por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

(hh) La realización o participación de una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades o deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión y, como deportes riesgosos, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, benji, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación.

(ii) La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.

(jj) Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

(kk) Tratamientos de esterilidad o fertilidad y complicaciones de ellos.

(ll) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

(mm) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias.

(nn) Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

Las exclusiones precedentes, relativas a determinadas prestaciones y servicios médicos, no tendrán aplicación, cuando los porcentajes, límites y topes de dichas prestaciones y servicios médicos se encuentren expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 6: 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 cumplidos por el asegurado.

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO 7: DECLARACIONES DEL 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 8: 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 9: 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 tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima que autorice el contratante. No obstante lo anterior y en caso de existir coberturas adicionales contratadas, éstas podrán tener una vigencia menor al contrato de seguro, según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 Eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 10: PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de la Prima: 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.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida 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 la prima.

b) No pago de la prima: La falta del pago de la prima en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 24 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Asegurado 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. 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 en 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, si este último fuese el caso.

ARTÍCULO 11: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, el asegurado deberá notificarlo a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en el 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.

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, es decir, desde que se tomó conocimiento de la emisión del documento que acredite el gasto incurrido o una vez efectivamente incurrido en el Gasto Reembolsable si esto último sucede en una fecha posterior a la emisión del documento.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el Evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados a causa de dicho Evento, los siguientes:

(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.

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, que se relacionen directamente con el Evento denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un Evento cubierto por este contrato de seguro y determinar el monto de Gastos Reembolsables. En el mismo sentido, la Compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir 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 del Evento denunciado o autorizar a la Compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.

En el caso 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 12: CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurado, conforme a la letra b) del artículo 11, 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 un Evento 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 13: LIQUIDACIÓN DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MÁXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará al Asegurado Titular que haya incurrido en los gastos a causa de un Evento o, en su defecto, a los herederos legales de éste conforme lo determina la ley, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes, límites y topes que se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza, en la medida que tales gastos hayan sido incurridos dentro del Período de Duración de Reembolso, que hayan sido incurridos con posterioridad al término del período de Carencia por Eventos ocurridos también con posterioridad a dicho período de Carencia, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado para cada Evento y para cada Asegurado, según lo señalado en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales.

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, previa liquidación correspondiente, el pago de los Gastos Reembolsables. El pago 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 se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y se aplicará por Asegurado y por cada Evento que ocurra durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza, se considerarán las limitaciones de cobertura establecidas en el artículo 4 de estas Condiciones Generales para el Asegurado afectado por el Evento.

La Compañía sólo reembolsará el porcentaje, límite y tope señalado en las Condiciones Particulares de la póliza 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 14: APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE.

El Deducible, por Evento y por Asegurado, será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible, por Evento y por Asegurado, 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 Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el monto determinado conforme al número anterior y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

El monto del Deducible se aplicará por cada Evento y por Asegurado.

ARTÍCULO 15: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO

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

Asimismo, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado dependiente, en las siguientes circunstancias:

a) A las 24:00 horas del día en que algún asegurado dependiente cumpla la edad máxima de permanencia, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza; o

b) Por no pago de la prima correspondiente al Asegurado Dependiente y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente; o

c) Fallecimiento del asegurado dependiente.

d) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal. Por último, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de todos los asegurados, titular y dependientes, en las siguientes circunstancias:

e) Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminará el contrato de seguro para los asegurados dependientes de él;

f) A las 24:00 horas del día en que el asegurado titular cumpla sesenta y seis (66) años de edad u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, o en otro día posterior según lo señalado en las mismas Condiciones Particulares, oportunidad en la que también terminará el contrato de seguro para los asegurados dependientes de él;

g) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente;

h) En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 23 siguiente;

i) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 6 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 7 de estas Condiciones Generales; y

j) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra h) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 24 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, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los Eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso que se termine la vigencia individual de un asegurado o que este contrato de seguro termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha

del término de la cobertura individual o del término del contrato de seguro.

Del mismo modo y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba este contrato de seguro a los dependientes del asegurado titular cuya cobertura individual ha terminado.

ARTÍCULO 16: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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 comunique su decisión al respecto.

El plazo de prescripción no puede ser abreviado bajo ninguna forma de caducidad o preclusión.

ARTÍCULO 17: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Si con posterioridad a la fecha de vigencia del contrato de seguro, un Asegurado Titular desee incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la compañía de seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán 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 ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso, la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el o los nuevos asegurados dependientes, se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la compañía de seguros u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 18: REHABILITACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Producida la terminación anticipada del contrato de seguro por no pago de prima, podrá el Contratante o el Asegurado Titular solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

A tal efecto, el Asegurado Titular deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad por sí y sus dependientes a satisfacción de la compañía aseguradora.

La sola entrega a la Compañía de dichos antecedentes no producirá el efecto de rehabilitar el contrato de seguro si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante.

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

ARTÍCULO 19: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia del contrato de seguro, 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 20: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con este contrato de seguro complementan o amplían la cobertura establecida en este, 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 21: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío o destrucción de la póliza, la Compañía, a petición del asegurado, expedirá un duplicado del documento original. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del Asegurado. La nueva póliza anulará y reemplazará la anterior extraviada o destruida.

ARTÍCULO 22: 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 23: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Todos los montos de este contrato de seguro 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, los valores 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 el vigente al momento de su pago efectivo.

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 aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía de seguros, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 24: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el 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 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 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 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. Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 25: 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 26: 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 27: 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 con la Compañía de seguros 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. Asegurado Titular: El titular de la póliza, individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza. El asegurado titular será el contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asegurado Dependiente:

- El cónyuge del asegurado titular y hasta las 24 horas del día que cumpla los sesenta y seis (66) años de edad.

- Los hijos del asegurado titular, solteros, mayores de catorce (14) días y hasta las 24 horas del día que cumplan los veinticuatro (24) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido expresamente aceptados por la Compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cuando en esta póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

3. Evento: Es la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico confirmado de una Enfermedad que origina gastos por medicamentos, servicios, prestaciones médicas hospitalarias y/o ambulatorias, derivadas directamente de tales situaciones, así como las consecuencias y complicaciones relacionadas directamente con el diagnóstico principal de la Enfermedad o con el Accidente, y también los gastos que posteriormente se originen como consecuencia de tal Enfermedad o Accidente, todo considerando el Período de Duración de Reembolso. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en la póliza.

4. Período de Duración de Reembolso: Corresponde al plazo de doce (12) meses contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos médicos originados por el Evento, dentro de dicho plazo, serán reembolsados al Asegurado de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía.

5. 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 Gastos de Hospitalización ni por Gastos Ambulatorios que otorga esta póliza, derivados de un Evento ocurrido dentro del período de Carencia. La Carencia no se aplicará para los Gastos Reembolsables causados por un Evento consistente en un Accidente, ni tampoco en cada renovación del contrato de seguro. La aplicación de la Carencia se detalla en el Artículo 3 de estas Condiciones Generales.

6. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la póliza que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 13 y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 14, ambos de estas Condiciones Generales. El Deducible se aplicará por cada Evento y por cada Asegurado.

7. 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 correspondientes a cada Evento 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.

8. 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 consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

9. 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.

No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado.

10. 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.

11. Gastos Ambulatorios: Se entenderá por prestación realizada en forma ambulatoria o sin hospitalización aquella efectuada al Asegurado que implique su permanencia en un Hospital por un

período menor o igual a veinticuatro (24) horas, sin pernoctar al menos una noche en un Hospital.

12. Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

13. 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.

14. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios y Gastos de Hospitalización asociados a un mismo Evento, 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 Artículo 12 de estas Condiciones Generales.

15. Hospital: Es todo establecimiento público o privado autorizado como tal por el Ministerio de Salud. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

16. 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. Para efectos de esta póliza, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo Evento.

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. 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.

19. 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.

20. 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.