

CLAÚSULA ADICIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 3 2021 0003

ARTÍCULO 1° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado, en los términos y condiciones establecidas en ésta cláusula adicional.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, las cuales estarán expresamente señaladas en las condiciones particulares de esta cláusula adicional, de acuerdo a los porcentajes y límites allí expresados.

Las coberturas descritas en el artículo segundo de estas condiciones generales, podrán ser ofrecidas por la compañía aseguradora en forma conjunta, o bien, por separado.

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

ARTÍCULO 2° - DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Se otorgará cobertura a los gastos médicos y hospitalarios incurridos por el asegurado, tanto dentro como fuera del país, conforme se señale en las condiciones particulares.

Se entenderá que tienen cobertura todos aquellos beneficios que tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso en el cuadro de beneficios de salud, el cual forma parte de las condiciones particulares de esta póliza.

Los beneficios o prestaciones cubiertas o contratadas, los porcentajes de reembolso, el monto máximo de reembolso, el deducible, las carencias y el período de acumulación, los cuales pueden o no estar restringidos a una o más personas, se detallan expresamente en el cuadro de beneficios de salud, el cual forma parte de las condiciones particulares de la póliza.

Si en las condiciones particulares de esta cláusula adicional se hubiese estipulado un deducible, la compañía aseguradora reembolsará los gastos que excedan del deducible.

En virtud de esta cláusula adicional las coberturas que otorga la compañía aseguradora, son las que se indican a continuación:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización mayor a veinticuatro (24) horas, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

- a) Días cama de hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento médico.
- c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de profesionales médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
- d) 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 esta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y este beneficio esté vigente. El tratamiento incluye también el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- e) Servicio de ambulancia terrestre para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de cincuenta (50) kilómetros.

B) BENEFICIO AMBULATORIO:

Gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación y que se relacionan con un mismo evento:

- a) Cirugía Ambulatoria;
- b) Consultas médicas;

- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluye tratamiento ambulatorio relacionado con cáncer y diálisis;
- d) Exámenes de Laboratorio;
- e) Radiografías;
- f) Radioterapia;
- g) Quimioterapia Ambulatoria.

C) BENEFICIO EN EL EXTRANJERO:

Este beneficio cubre los gastos efectivamente incurridos en el extranjero, siempre que el asegurado esté afiliado a una Isapre, y que dicha institución le otorgue cobertura en el extranjero. La bonificación para los gastos se regirá de acuerdo a lo siguiente:

- a) De no existir tratamiento o experiencia suficiente para tratar la condición en Chile.
- b) De presentarse una situación de emergencia o enfermedad aguda mientras el asegurado se encuentre fuera del país.
- c) Para ambas condiciones (puntos 1 y 2), la póliza no cubre condiciones preexistentes.

Estas coberturas podrán ser contratadas como un todo o selectivamente cada una de ellas, lo que deberá quedar expresamente señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 3° - EXCLUSIONES

Este adicional no cubre los gastos médicos señalados en el artículo anterior, cuando ellos provengan o se originen por:

- a) La hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cláusula adicional.
- e) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA -, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- f) 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. Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
 - vi. Fusión y fisión nuclear.
- g) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general que no sean a causa de lesiones provenientes de un accidente.
También se excluirán los tratamientos maxilofaciales que no sean consecuencia de lesiones provenientes de un accidente.
- h) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos.
- i) Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los otorgados en el punto A) del artículo 2, beneficios de hospitalización.
- j) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.
- k) La atención particular y o privada de enfermería, dentro o fuera del recinto hospitalario.
- l) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n) Embarazos, partos y sus consecuencias y complicaciones, de acuerdo a lo señalado en la letra t) de este artículo 3.
- o) Epidemias o pandemias. No está cubierto el gasto médico asociado al tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas los gastos médicos relacionados con las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados

con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica. Se entenderá por enfermedad pandémica una nueva enfermedad infecciosa o una alteración de alguna anterior para la que la mayoría de las personas no tiene inmunidad y cuya propagación es de carácter mundial. Cuando la nueva enfermedad infecciosa o alteración de una anterior, para la que la mayoría de las personas no tiene inmunidad, se propaga en una región o en una población determinada, entonces se trata de una enfermedad epidémica.

- p) Tratamientos de esterilidad y fertilidad.
- q) La práctica de actividades, profesiones, oficios o deportes riesgosos que pongan en peligro la vida y/o la integridad física de las personas como, por ejemplo, automovilismo, aviación civil, paracaidismo, alas delta, parapente, buceo, motociclismo, montañismo, etc. hayan sido declarados o no por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia.
- r) Las actividades deportivas profesionales.
- s) Obesidad mórbida, trastornos de la talla o de crecimiento y/o delgadez.
- t) Tratamiento, práctica quirúrgica y medicación experimental.
- u) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier 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 contratación de la cobertura de esta cláusula adicional. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación, la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza. Este consentimiento no se aplicará a los seguros contratados a favor de los trabajadores o de afiliados a servicios de bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.
- v) Cualquier prestación relacionada con Estética.

ARTÍCULO 4° - GASTOS EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta cláusula adicional, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones.

El asegurado tendrá obligación de informar a la compañía aseguradora, al momento de contratar la póliza o al tiempo que le sean conferidos si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente cláusula adicional, como asimismo, de su afiliación a alguna institución de salud previsional, Isapre o Fonasa.

Los beneficios de esta cláusula adicional no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta cláusula adicional no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 5° - MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso será el indicado en las condiciones particulares. Este monto máximo será único, no renovable y tendrá una vigencia equivalente a la vigencia de esta cláusula adicional. Durante esta vigencia, se cubrirán todos los siniestros ocurridos durante la misma, hasta agotar dicho monto máximo. Así, en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto cubierto no agota el monto asegurado, los siniestros siguientes se cubrirán en la medida del monto que resta.

La compañía aseguradora sólo reembolsará el porcentaje y límite señalado en las condiciones particulares de esta cláusula adicional, por los gastos efectivamente incurridos por el asegurado por una o más prestaciones cubiertas por esta póliza, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Se entenderá que el inciso anterior será aplicable a cada evento que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 6° - CARENCIA

Esta cobertura tendrá una carencia de tres (3) meses contados desde su vigencia inicial o desde su rehabilitación.

ARTÍCULO 7° - DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

1. **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 incapacidades.
2. **Asegurado:**
 - El titular de la póliza, individualizado en las condiciones particulares.
 - El cónyuge, el conviviente civil y los hijos del titular, que sean solteros mayores de catorce (14) días hasta los dieciocho (18) años de edad, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren individualizados, en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
 - Los hijos solteros mayores de dieciocho (18) años y hasta los veinticuatro (24) años, siempre y cuando sean estudiantes de tiempo completo en un establecimiento educacional legalmente constituido, que habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren individualizados en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
3. **Deducible:**
Es el monto de los gastos cubiertos por esta cláusula adicional que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto se establece en las condiciones particulares de esta cláusula adicional.
4. **Enfermedad:**
Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
5. **Evento:**
Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal.
6. **Gastos Ambulatorios:**
Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento, es decir haya estado en un hospital por un período menor o igual a veinticuatro (24) horas.
7. **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.
8. **Hospital:**
Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las veinticuatro (24) horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
9. **Hospitalización:**
Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
10. **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.

11. Situaciones o enfermedades preexistentes:

Cualquier 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 contratación de la cobertura de esta cláusula adicional.

12. 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.

13. Carencia:

Período de espera, medido desde el inicio de la cobertura o rehabilitación de esta cláusula adicional, durante el cual el asegurado no tiene derecho a bonificación, indemnización o reembolso de parte de la compañía aseguradora, con excepción de los gastos médicos que sean consecuencia de un accidente ocurrido después de iniciada o rehabilitada la cobertura de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 8° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Conforme lo dispone la ley, el asegurado del seguro debe declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión de los riesgos y de someterse a los reconocimientos médicos que correspondan. Consiguientemente, toda reticencia, falsedad o inexactitud en que incurra el asegurado en su declaración, tendrá como efecto el término anticipado del contrato y el rechazo del pago de los beneficios reclamados, si la evaluación del riesgo ha sido errónea por causa directa de tales reticencias, falsedades o inexactitudes.

ARTÍCULO 9° - REAJUSTE DE LA PRIMA

La prima de este adicional será ajustada anualmente, de acuerdo a la tarifa vigente y a la edad del asegurado al momento de la renovación del contrato.

ARTÍCULO 10° - DURACIÓN

Esta cláusula adicional, tendrá una duración de un año, contado desde su fecha de vigencia inicial.

Su renovación será automática al final del período de duración anual a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada, y por lo menos con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento anual.

En caso que algún asegurado se encuentre hospitalizado a la fecha de término de esta cláusula adicional, la compañía aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización y hasta un plazo máximo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de término de este seguro.

ARTÍCULO 11° - AVISO DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente cláusula adicional, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora, dentro de un plazo de sesenta (60) días, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina, a través de formulario especial que la compañía aseguradora facilitará para tal efecto.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTÍCULO 12° - REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS

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

a) La entrega oportuna del asegurado a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.

c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación, como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

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

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

ARTÍCULO 13° - PAGO DE SINIESTROS

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora efectuará el pago de la indemnización inmediatamente después de concluido el análisis de los antecedentes respectivos. En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, se procederá conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. N° 1.055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora al respectivo asegurado o quién lo represente.

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

ARTÍCULO 14° - TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Encontrándose la presente cláusula vigente, la cobertura terminará anticipadamente cuando el asegurado hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 15° - TÉRMINO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las condiciones generales de la misma, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto:

- a) Por terminación anticipada del seguro principal.
- b) Cuando el asegurado titular comience a percibir los beneficios de algún adicional de invalidez que hubiere contratado, y que contemple la exoneración de pago de primas o el pago anticipado del capital del seguro principal.
- c) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y seis (66) años de edad, rebajándose desde entonces, la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional.

El pago de la prima después de haber quedado sin efecto este adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización cubierta por esta cláusula adicional.

Terminada la vigencia de esta cláusula adicional, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.