

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131418

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 imperativas 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 el beneficiario. La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía aseguradora, y en base a la información que ha entregado la compañía aseguradora al asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza genera derechos y obligaciones para el asegurado e indistintamente para la compañía aseguradora o la aseguradora. Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado conforme al inciso penúltimo y último respectivamente del artículo 524 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 2° - DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1. **CONTRATANTE o TOMADOR:** El empleador o la persona que celebra el contrato colectivo de seguros y es señalado como tal en las condiciones particulares de la póliza.

2. **ASEGURADOS:**

2.1 **ASEGURADO TITULAR** La persona que, cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares, es parte de un grupo, miembro, trabajador o tiene algún vínculo con el contratante.

2.2. **ASEGURADOS DEPENDIENTES** Los familiares del asegurado titular que, cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares y encontrándose señalados como tales en las respectivas condiciones particulares de esta Póliza, detentan, una cualquiera de las siguientes calidades: a) Cónyuge del asegurado titular, o b) La persona que detente la calidad de cónyuge del asegurado titular entendiéndose como tal, que ambos se han tratado, con el asegurado titular, como marido y mujer en sus relaciones domésticas y sociales por un período no inferior a diez (10) años continuos, probándose el estado civil por medio de un conjunto de testimonios fidedignos que lo establezcan de un modo irrefutable, al amparo de lo establecido en los artículos 310, 312 y 313 del Código Civil. c) Los hijos solteros, desde los 30 días de un asegurado titular, o de su cónyuge, que sean estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres. d) Otros dependientes del asegurado titular, que se describan expresamente en las condiciones particulares.

2.3. **ASEGURADOS** Cuando en esta póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un asegurado titular como a un asegurado dependiente.

3. **FINANCIAMIENTO DE LA PRIMA:** De acuerdo a la forma de pago de las primas, se definen dos tipos de modalidades, una de las cuales, deberá quedar expresamente establecida en las condiciones particulares: a) Modalidad Contributoria: Prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado titular. b) Modalidad No Contributoria: Prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado titular.

4. **INCAPACIDAD:** Toda en-fermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran trata-miento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo ac-cidente, 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.

5. **ENFERMEDAD:** Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico se encuentra clasificada en el "Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción" editada por la Organización Mundial de la Salud y que dicho diagnóstico sea confirmado por un médico legalmente reconocido.

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

7. **SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza conforme a lo establecido en el artículo 591 del Código de Comercio.
8. **MÉDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.
9. **HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso, se interpretará que incluye a un hotel, termas, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
10. **HOSPITALIZACIÓN:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que permanezca a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
11. **AMBULATORIOS:** Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
12. **GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en establecimientos similares de 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; y el prestigio, experiencia de las personas encargadas de la atención y que se encuentran definidas en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, contenido en la Ley número 18.469 (Arancel Fonasa).
13. **GASTO MÉDICO INCURRIDO POR EL ASEGURADO** Es toda prestación o acción médica que ha sido efectivamente recibida o realizada en el asegurado durante el período de vigencia de su cobertura en la póliza.
14. **GASTO MÉDICO INCURRIDO Y CUBIERTO** El costo de la prestación incurrida por el asegurado, hasta el límite establecido como gasto médico razonable y acostumbrado, descontando las sumas reembolsadas, financiadas o bonificadas por la Institución de Salud Previsional, a la cual, pertenece el asegurado, como asimismo los pagos o reembolsos de otros seguros o sistemas que le otorguen protección de salud al asegurado y le otorgue beneficios similares al presente adicional, gasto que será cubierto por la póliza, únicamente si el asegurado se encuentra vigente dentro de la póliza.
15. **MEDICAMENTO:** Producto farmacéutico registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y cuya finalidad es tratar o mitigar una incapacidad y que no se indiquen para el reemplazo de alimentos o con propósito de cosmética o de higiene ni sea catalogado como un producto de homeopatía, o natural y o alternativo.
16. **DEDUCIBLE:** Es el monto en el valor de una prestación cubierta por este seguro, que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las condiciones particulares de la póliza.
17. **PERIODO DE ACUMULACION:** Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, y que será siempre el período de vigencia de la póliza
18. **CARENCIA:** Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional, estipulado en las condiciones particulares de la póliza. El período de carencia rige a partir de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza o desde su rehabilitación. El período de carencia para las personas que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de cobertura, será a partir de su fecha de incorporación.
19. **EVENTO:** Conjunto de acciones o prestaciones efectuadas para una misma incapacidad, sus consecuencias y complicaciones.
20. **CUADRO DE BENEFICIOS:** Corresponde al detalle de todos los beneficios, o servicios o prestaciones, a que tiene derecho de cobertura un asegurado de una determinada póliza, y que se encuentran descritos en sus condiciones particulares. Cuando en esta póliza se utilice el término "Cuadro de Beneficios", se entiende que comprende al Cuadro de Beneficios de Salud, cuya cobertura ampara esta póliza.

21. INTERÉS ASEGURABLE. Aquel que tiene el asegurado en que no ocurra el riesgo. El asegurado debe tener un interés asegurable, actual o futuro, respecto al asegurado. En todo caso es preciso que tal interés exista al momento de ocurrir el siniestro. Si el interés no llegare a existir, o cesare durante la vigencia del seguro, el contrato terminará a contar de esa fecha, cesando así cualquier responsabilidad de la compañía sobre el asegurado, quien tendrá derecho a la restitución de la prima no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no cubierto.

22. PÓLIZA: Es el contrato de seguro celebrado por una persona, natural o jurídica, que recibe el nombre de contratante, y una compañía de seguros, donde se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

ARTÍCULO 3° - ASEGURADOS

Se considera asegurados para efectos de este seguro, las personas que, cumpliendo los requisitos de Asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de esta póliza, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tener algún vínculo con la entidad contratante, como también los familiares del asegurado titular que, detentando algunas de las calidades estipuladas en el artículo 2 numeral 2.2 de estas Condiciones Generales, y que además, cumpliendo los requisitos de edad establecidos en las condiciones particulares de esta póliza, se encuentran individualizados como asegurados dependientes en las condiciones particulares de la póliza.

Las personas que deseen ingresar a la póliza una vez iniciada su vigencia, y aquellos que quieran modificar su cobertura, la compañía aseguradora asumirá el riesgo por sus gastos médicos, previa calificación de su buen estado de salud y suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación al seguro o sus documentos accesorios o complementarios, en su caso, y el reconocimiento médico y exámenes cuando corresponda, de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4° - MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El Capital Asegurado y el monto de la prima se expresarán en moneda extranjera, en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las condiciones particulares. El valor de la unidad de fomento, o de la unidad reajutable señalada en las condiciones particulares, que se considerará para el pago de prima y beneficios, será el vigente al momento del pago del siniestro. Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no acepte la nueva unidad, debiendo comunicarlo por escrito a la compañía aseguradora dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la notificación que ésta le haya hecho sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 5° - COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una incapacidad resultante de una enfermedad o un accidente. Los beneficios o prestaciones cubiertas, los porcentajes y el monto máximo de reembolso, el deducible, carencia y período de acumulación, los cuales, pueden estar restringidos a una o más personas aseguradas, se detallan expresamente en Cuadro de Beneficios de Salud, el cual forma parte de las condiciones particulares de la póliza.

También, se podrán establecer períodos de carencia adicional al período de espera para el Beneficio de Maternidad, todo lo cual, deberá quedar expresamente señalado en las condiciones particulares de esta póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos y hospitalarios incurridos por los asegurados, dentro del país. La cobertura fuera del país, debe quedar expresamente incorporada en las Condiciones Particulares, en cuanto a porcentajes y condiciones para su otorgamiento. La compañía aseguradora cubrirá los gastos en que el asegurado haya incurrido estando vigente su cobertura, y no será responsable de aquellos gastos en que el asegurado incurra con posterioridad al término de su cobertura, aun cuando se trate del mismo siniestro, evento o enfermedad.

Para estos efectos, se considerará el correspondiente a la fecha en que se otorgó la respectiva prestación, aun cuando ella se haya facturado después del término de la vigencia. Sólo tendrán cobertura aquellos beneficios que tengan asignado un monto o porcentaje de reembolso en el Cuadro de Beneficios, el cual forma parte de las condiciones particulares de esta póliza, los cuales son:

- A. BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN;
- B. BENEFICIO DE MATERNIDAD;
- C. BENEFICIO AMBULATORIO;
- D. BENEFICIO DE SALUD MENTAL;
- E. BENEFICIOS ADICIONALES.

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 la póliza. En virtud de este seguro, los gastos a cubrir por la compañía aseguradora, siempre y cuando, cada uno de los Beneficios y las prestaciones o servicios en ellos incluido, estén expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios, el cual, forma parte de las condiciones particulares de la póliza, son:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio, la compañía aseguradora re-embolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima definida para éste beneficio en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza. Las prestaciones o servicios incluidos que contempla este beneficio son los siguientes:

1. Días Cama Hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
2. Servicios Hospitalarios: Gastos por concepto de servicios del 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 de diagnóstico o terapéuticos; medicamentos, equipos, insumos; u otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad. Tratándose de los insumos, se entiende por los utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos gastos inherentes o necesarios para el tratamiento médico y excluyéndose de esta definición, los productos tales como: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermocosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.
3. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
4. Servicio privado de enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que sea debidamente justificado por el médico tratante.
5. Cirugía reparadora debido a lesiones ocasionadas como consecuencia directa de un accidente ocurrido mientras el asegurado se encuentre bajo la cobertura de esta cláusula adicional, y que dicha cirugía plástica sea realizada por un médico dentro de los 90 (noventa) días siguientes de ocurrido el accidente. Los gastos ambulatorios serán cubiertos bajo la cobertura que corresponda según el Cuadro de Beneficios cubiertos por la póliza, manteniéndose el mismo plazo señalado.
6. Cirugía máxilo facial por Accidente: El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores, a causa de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano máxilo facial o un odontólogo, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente.
7. Cirugía máxilo facial por Enfermedad: El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores, a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través, de enfermedades de signo-sintomatología claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado. Se entiende con cobertura únicamente a: Los asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza; Asegurados con cobertura continua en la póliza por más de 5 años y que sean mayores de 18 años; Los gastos ambulatorios serán cubiertos si se encuentran estipulados en el Cuadro de Beneficios cubiertos por la póliza, manteniéndose el mismo plazo señalado.

B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACION POR MATERNIDAD:

Bajo este beneficio, la compañía aseguradora re-embolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima definida para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza. Las prestaciones o servicios incluidos que contempla este beneficio son los siguientes:

1. Exámenes de laboratorio, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, derecho de pabellón incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón, honorarios de médicos o matrona, Tratándose de los insumos, se entiende por los utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos gastos inherentes o necesarios para el tratamiento médico y excluyéndose de esta definición, los productos tales como: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.
2. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del mismo, sea que el resultado de este termine en un parto normal, o prematuro, o cesárea, o aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico y cualquier patología inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal.

Este beneficio será pagadero cuando sean gastos incurridos por un asegurado que tenga la calidad de trabajador o cónyuge, y por los gastos del recién nacido como consecuencia del parto. La fecha de la concepción debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica y será cubierto solo una vez por cada embarazo, salvo que se estipule algo en contrario en las condiciones de la póliza, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el evento, y la compañía aseguradora sólo reembolsará el porcentaje y hasta el tope indicado para esta cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

La parte que exceda de dicho tope, se entenderá no cubierta por esta póliza. Respecto de los gastos de un recién nacido, de una madre sujeta al cumplimiento de este beneficio, que presente complicaciones no contempladas en el evento normal de un parto, será cubierto bajo las condiciones propias de un asegurado, es decir, será cubierto bajo los reembolsos y topes establecidos en el Cuadro de Beneficios, siempre y cuando, cumpla con las condiciones establecidas en el artículo 12 de estas condiciones generales. Se excluye de este beneficio, los gastos ambulatorios pre y postnatal los cuales son cubiertos, a través, del beneficio ambulatorio, siempre y cuando, este se encuentre incluido en el Cuadro de Beneficios del asegurado.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio, la compañía aseguradora re-embolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima definida para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza. Las prestaciones o servicios incluidos que contempla este beneficio son los siguientes: consultas médicas; exámenes de laboratorio; exámenes radiológicos; procedimientos de diagnóstico; procedimientos terapéuticos; medicamentos. También se considerara la cirugía ambulatoria, es decir, si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado, la compañía aseguradora reembolsará en la proporción y hasta el monto máximo por cada incapacidad que se indique en las condiciones particulares de la póliza, por los gastos en que se incurra por concepto de los servicios suministrados por el hospital, descritos en el letra b) del beneficio hospitalario, y los honorarios médicos relacionados directamente. D) BENEFICIO DE SALUD MENTAL: Bajo este beneficio, la compañía aseguradora re-embolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima definida para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza. Las prestaciones o servicios incluidos que contempla este beneficio son los siguientes:

1. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría y/o Psicología
2. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro médico hospitalario que la otorgue. Para efectos de esta cobertura, se entiende por salud mental, toda acción, prestación o tratamiento asociada a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental.

E) BENEFICIOS ADICIONALES:

Bajo este beneficio, la compañía aseguradora re-embolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, sólo en la proporción y hasta la suma máxima definida para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las condiciones particulares de la póliza. Las prestaciones o servicios incluidos que contempla este beneficio son los siguientes:

1. Servicio de ambulancia terrestre para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms.
2. Servicio de ambulancia área para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local.
3. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de Contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección como los lentes V.D.T., polarizados, reflection free y otros similares.
4. Cirugía Ocular, comprende todos los gastos derivado del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los eventos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo 3 dioptrías. Se excluye de esta definición, la cobertura para presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Además el asegurado que presenta el siniestro debe ser mayor de 20 años y con cobertura en la póliza por más de 24 meses.
5. Prótesis y Ortesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de zapatos ortopédicos, plantillas, medias para várices y todas aquellas prestaciones utilizadas con fines estéticos de embellecimiento.

Las coberturas señaladas en cada uno de los beneficios descritos en las letras A) a la E), si en las condiciones particulares de la póliza se hubiere estipulado un deducible, la compañía aseguradora descontará del reembolso o del monto reclamado, el deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación y aplicación se señalan en las condiciones particulares del contrato.

ARTÍCULO 6° - RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo 13 de la presente póliza, con un pago de extra - prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 7° - MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

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

ARTÍCULO 8° - DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos contratados en las condiciones particulares de la póliza.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía aseguradora de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa). Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que este seguro, no cubrirá los gastos que deban pagar o re-integrar las empresas, bien-estar, e Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 9° - BENEFICIARIO

Los beneficiarios por la cobertura amparada bajo el presente contrato, serán los propios asegurados y el monto reembolsable por cada reclamo o siniestro presentado, será pagado al asegurado titular de la póliza, o en su defecto al contratante si así ha sido definido en las condiciones particulares de la póliza. En evento que corresponda pagar un reembolso al asegurado titular y este no se encuentre habido, el pago de dicho reclamo será girado a nombre del asegurado cónyuge o a falta de este, al contratante de la póliza, en cualquiera de los casos, la compañía aseguradora se libera de cualquier responsabilidad o reclamo posterior por dicho pago.

ARTÍCULO 10° - CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ARTÍCULO 11° - MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Las condiciones particulares del presente seguro, así como las condiciones particulares de las cláusulas adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, al momento de renovación de la póliza, por acuerdo entre la compañía aseguradora y el contratante del seguro colectivo, previa notificación a cada uno de los asegurados.

Sin embargo, tal modificación no afectará en manera alguna a los siniestros incurridos con anterioridad a la fecha del cambio. Las modificaciones a las condiciones particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, los cuales se entenderán que forman parte de las condiciones particulares de la póliza. Dichos documentos deberán ser firmados por el representante legal u otra persona autorizada de la compañía aseguradora, o en escrito separado suscrito por el contratante y el asegurador.

El contratante de la póliza deberá dar oportuno aviso a cada una de las personas aseguradas por esta póliza o de los beneficiarios de la misma, de cualquier modificación a las condiciones particulares de esta póliza o de las condiciones particulares de las cláusulas adicionales si las hubiere. Si así no lo hiciere, tales modificaciones serán inoponibles a los asegurados. Por lo señalado anteriormente, el contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

ARTÍCULO 12° - INGRESO Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

El contratante de la póliza, deberá informar el ingreso de nuevos asegurados a la cobertura de la póliza, dentro de un plazo no mayor a 30 días a contar de la fecha que los asegurables califican para ingresar al seguro y la vigencia de su cobertura, comenzará el primer día del mes inmediatamente siguiente al de su notificación. El plazo para incorporar a un asegurado es el siguiente:

1. Para el titular, dentro de los 30 días siguientes de la fecha que pertenece al grupo, o de inicio de su contrato de trabajo, u otro, si así se indica en las condiciones particulares de la póliza.
2. Para el cónyuge, conjuntamente con el asegurado titular, si se trata de un nuevo asegurado titular, o dentro de los 30 días siguientes a la celebración del matrimonio, para el caso de un asegurado titular ya incorporado, u otro, si así se indica en las condiciones particulares de la póliza.
3. Para el o los hijos, conjuntamente con el asegurado titular, o si se trata de un nuevo hijo de un asegurado titular vigente en la póliza, dentro de los 30 días siguientes de la fecha del nacimiento. Específicamente, el hijo recién nacido de madre asegurada, con fecha de concepción del hijo dentro de la vigencia de la cobertura para la asegurada madre en la póliza, será cubierto sin restricción alguna en la presente póliza, siempre y cuando, sea incorporado dentro del plazo señalado, u otro, si así se indica en las condiciones particulares de la póliza. Todos los asegurados deberán completar los requisitos de Asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de la póliza y su ingreso y aceptación deberá constar y ser aprobada por la compañía de seguros.

Todo asegurado que no haya sido notificado y/o no cumpliera con los requisitos de Asegurabilidad establecidos en las condiciones particulares de la póliza, no tendrá cobertura en el presente seguro. Las personas que reuniendo los requisitos de Asegurabilidad establecidas en las condiciones generales y particulares de la póliza, no hayan ingresado al seguro en el momento que califican para ingresar, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar, a satisfacción de la compañía aseguradora, su buen estado de salud. Esta condición rige para los titulares y para los dependientes de estos.

ARTÍCULO 13° - EXCLUSIONES

La presente póliza no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o a consecuencia de, o complicaciones de:

- a) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento, y epidemias oficialmente declaradas.
- b) Cirugía y/o tratamientos plásticos, cosméticos o estéticos, que sean con fines de embellecimiento o, cirugía reparadora o tratamientos para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este con-trato.
- c) Cirugía y/o tratamientos dentales, entendiéndose por tales, todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares (temporo mandibular).
Si tendrán cobertura, aquellos gastos incurridos según lo señalado en artículo 5, numeral 6 y 7.
- d) Cirugía y/o tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, en-fer-medad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto - inferidas y abortos provocados.
- e) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones.
- f) No serán considerados como "enfermedades o eventos con derecho a cobertura", para efectos del presente contrato, la cirugía, o tratamientos o gastos siguientes: Obesidad, independiente del grado de sobrepeso; Impotencia masculina y femenina; Fertilidad e infertilidad; Tallas bajas, gigantismo, u otros similares; Tratamientos anticonceptivos; Cirugía de reducción mamaria; Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- g) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, o vacunas, para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano, control ginecológico y control urológico masculino, que si se encuentran cubiertos bajo el presente contrato.
- h) Tratamientos efectuados, a través, de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriólogos, reflexología, etc. i) Atención particular de enfermería, domiciliaria u hospitalaria, exceptuando lo cubierto en el artículo 5, numeral 4.

j) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

k) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

l) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 2, punto 7° de estas condiciones generales. 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. Con todo, no será aplicable el consentimiento señalado, en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de 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.

m) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los Excedentes de cotizaciones del sistema ISAPRE, al cual pertenece el asegurado.

n) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la compañía aseguradora.

o) Lesión o enfermedad causada por: Negligencia médica o del asegurado, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad, o actos calificados como delito por la ley, cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiera reclamar la(s) cobertura(s) de esta póliza.

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 seguridad interior del Estado, ya sea, con participación directa o no del asegurado en estos actos. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, sin perjuicio de la existencia de cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al siniestro en forma concurrente o en cualquier otra secuencia.

Para los efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, 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.

Se excluye también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía de seguros no estará obligada a pagar ninguna indemnización por siniestro, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.

Realización de una actividad o deporte riesgoso, aun cuando se practique en forma esporádica, que pueda influir en la apreciación del riesgo, entendiéndose como tal aquellas en que se pone en peligro la vida o integridad física de las personas, que no haya sido declarado por el contratante o por el asegurado, al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, o si hubiere sido declarada, que no haya sido tácitamente aprobada por el asegurador en forma expresa. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

ARTÍCULO 14° - INDISPUTABILIDAD

Esta póliza, respecto al contratante o cada asegurado en forma individual, no será impugnada, cuando hayan transcurrido dos años completos desde que entró en vigencia el seguro en la compañía aseguradora o desde que aumentó el capital asegurado, salvo en caso de dolo o de fraude conforme lo establecido en el artículo 591 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 15° - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado conforme al artículo 524 del Código de Comercio estará obligado a:

- 1° Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurado y apreciar la extensión de los mismos;
- 2° Informar, a requerimiento del asegurador, la existencia de otros seguros que amparen al mismo asegurado;
- 3° Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 4° Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
- 5° No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador o compañía aseguradora sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio;
- 6° Notificar a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- 7° Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

ARTÍCULO 16° - DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía aseguradora, todos los hechos y circunstancias que ésta les consulte, respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía aseguradora evaluar y asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato conforme a lo establecido en el artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, con anterioridad a la emisión de la póliza, los asegurables titulares deberán declarar por escrito el estado de salud respecto de las consultas formuladas por el asegurador sobre su persona y la de sus dependientes.

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado o el contratante, según sea el caso, en la Propuesta o Solicitud de seguro, o en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen parte integrante y esencial de este contrato de seguro. La compañía aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas, en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigencia de la póliza, incluso haciendo examinar médicamente a las personas amparadas por el presente seguro.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, equívoca o inexacta relativa a las materias consultadas por la compañía aseguradora sobre el estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del asegurado, que pudiese influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiese podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para excluirlos del presente contrato y dicho asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización en virtud de esta póliza.

La compañía aseguradora podrá exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados y otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no - restitución de dichos gastos producirá la re-solución de la póliza.

ARTÍCULO 17° - AUTORIZACION PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Tanto el asegurado como los beneficiarios deberán entregar a la compañía de seguros o a la persona que actúe en su representación, información confidencial o no de cualquier Médico, Enfermera, Psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, compañía de seguros o a cualquier otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud para la correcta liquidación del siniestro.

Para lo anterior, tanto el asegurado como los beneficiarios desde ya autorizan a la compañía aseguradora para solicitar tales documentos.

ARTÍCULO 18° - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE DEL SEGURO

Conforme al artículo 517 del Código de Comercio el contratante deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro Colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el Corredor del Seguro, deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza. Así también el contratante deberá notificar a los asegurados de todas las modificaciones del seguro que haya convenido con el asegurador, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso se deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el tomador o el intermediario, se presumirá su conocimiento por el asegurador, a contar, de la fecha de su presentación.

El contratante es responsable de los daños causados por su actuación en las pólizas colectivas en que intervenga, sin perjuicio de la responsabilidad del asegurador por las gestiones que hubiere encomendado. El asegurador no podrá oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador. Con la finalidad de resguardar las responsabilidades del contratante, éste se compromete a responder por el daño patrimonial que su actuar descuidado, poco riguroso o negligente, pudiera ocasionarle a la compañía de seguros, a menos que para tal efecto, el contratante hubiere delegado dichas responsabilidades en la compañía de seguros, y así conste en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 19° - PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

a) Pago de Primas: El pago de la prima será abonado en forma anticipada por el contratante, en la oficina principal de la compañía aseguradora o, en los lugares que ésta designe y dentro de los primeros 5 días de cada periodo de cobertura mensual, salvo que en las condiciones particulares se establezca una periodicidad y fecha de pago diferente. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, la recaudación, entrega y el pago de ésta a la compañía, será de responsabilidad del contratante, salvo que en las condiciones particulares de la póliza se haya establecido otra.

b) Período de gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de 30 días, salvo que en las condiciones particulares de la póliza se establezca otro plazo, el cual, será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si el asegurado fallece durante dicho plazo, se deducirá del capital a pagar la prima total de la póliza vencida y no pagada.

c) Término Anticipado del Contrato: Si, al vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, esta no hubiese sido pagada, la póliza o la respectiva cobertura, según corresponda, terminará en forma inmediata sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. El pago de la prima después de haber quedado sin efecto esta póliza, no dará derecho, en ningún caso, al pago de ninguna indemnización por un siniestro que se produzca con posterioridad a la fecha en que quede sin efecto esta póliza.

d) 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 fuere el caso.

Conforme al artículo 528 del Código de Comercio la falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con este objeto, la compañía aseguradora dirija al asegurado y dará derecho al primero a exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad de la compañía aseguradora por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 20° - DENUNCIA DE SINIESTROS

a) Presentación de un reclamo o siniestro: Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, o sus cláusulas adicionales si fuere el caso, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora a través del contratante, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, en el formulario especial que la compañía aseguradora facilitará al efecto, adjuntando conjuntamente en dicha oportunidad, la información que en él se exija. El incumplimiento o presentación extemporánea de los antecedentes requeridos conforme a esta póliza o sus adicionales, según sea el caso, hará perder el derecho de los beneficiarios, liberando a la compañía aseguradora del pago de la indemnización o reembolso que habría correspondido bajo la presente póliza, salvo caso de fuerza mayor, debidamente justificado a juicio de la aseguradora.

b) 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 Título IV del D.S. N° 1.055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de seguros. El pago de la indemnización al asegurado, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora o, a través, del contratante.

Con todo, independiente de la antigüedad de los asegurados, la compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar la información necesaria que permita evaluar y definir la procedencia de una indemnización por las coberturas que da cuenta la póliza.

En cuanto al cumplimiento de los requisitos de Asegurabilidad, en caso de no contar al ingreso del asegurado con la información necesaria para validar dichas condiciones de Asegurabilidad, la compañía aseguradora solicitará al momento de hacerse efectivo el siniestro, la verificación del cumplimiento de los respectivos requisitos, en especial los relativos a la edad, rechazándose el pago del siniestro en la eventualidad que estos no se hubieren satisfecho, en cuyo caso, se procederán a la devolución de la prima pagada que correspondiese por el asegurado en rechazo. 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, con-forme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 21° - REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

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

- a) La entrega oportuna 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 cubierta por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y a los cuales 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, a su voluntad, 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 dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTÍCULO 22° - TERMINACIÓN

Se establece como requisito mínimo para que la compañía aseguradora pueda mantener vigente la póliza, o su renovación por un nuevo período, el cumplimiento del porcentaje de adhesión o del número mínimo de asegurados establecidos en las respectivas condiciones particulares, u otro concepto que se haya definido, lo cual debe quedar establecido en forma expresa asegurado, en las respectivas condiciones particulares.

ARTÍCULO 23° - TÉRMINO ANTICIPADO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La presente póliza terminará anticipadamente respecto de un asegurado, en los siguientes casos:

- 1) Por la pérdida de requisitos que lo califican como asegurado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 2 numeral 2.
- 2) Por término de la cobertura del asegurado titular, termina automáticamente la cobertura de los asegurados dependientes.
- 3) Por término de la póliza o sus adicionales, como asimismo por el pago de la indemnización prevista en una cobertura adicional, según lo señalado en el artículo 10° precedente.
- 4) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía aseguradora;
- 5) Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre si o sus dependientes que haya sido requerida por el asegurador y altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.
- 6) Por mora en el pago de las primas requeridas, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza.
- 7) Por incumplimiento de los requisitos para la mantención del contrato, según artículo 22 de este condicionado.
- 8) Si el Interés Asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro.

En este caso, el asegurado tendrá derecho a la restitución de la parte de la prima pagada a la compañía aseguradora, pudiendo ésta retener el importe de sus gastos conforme al artículo 589 del Código de Comercio.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión del asegurado. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado excluido.

ARTÍCULO 24° - VIGENCIA Y TÉRMINO DE LA PÓLIZA

La póliza tendrá vigencia hasta la fecha señalada en las condiciones particulares, y se renovará automáticamente por nuevos períodos anuales, salvo aviso en contrario dado por escrito por cualquiera de las partes, con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato. No obstante lo anterior, el asegurado podrá ponerle término anticipado con aviso previo por escrito de a lo menos de 30 días a la fecha en que se quiera terminar, y el asegurador, podrá poner término anticipado al seguro sólo en los casos previstos en las condiciones particulares, que así lo justifiquen. Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 25° - EXTENSIÓN DE LA COBERTURA POR TÉRMINO DE VIGENCIA

Tratándose del término de la cobertura para un asegurado según lo señalado en el artículo 23 o el artículo 24 de las presentes condiciones generales, se extenderá la cobertura para un asegurado que al momento del término de su cobertura se encontrará hospitalizado. Esta extensión de cobertura, operará por 30 días más como máximo contados desde la fecha de término de la cobertura para el asegurado y mientras este se encuentre hospitalizado. Su cobertura terminará automáticamente al momento que el asegurado salga del recinto hospitalario o hasta el término de la extensión de 30 días, lo que suceda primero. La cobertura regirá únicamente para los gastos incurridos dentro del recinto hospitalario y hasta el monto máximo disponible de asegurado antes del término de su cobertura.

ARTÍCULO 26° - REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período original de vigencia del contrato. A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de Asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago. La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía aseguradora de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 27° - NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador o a la compañía aseguradora información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo 15 de este condicionado y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro conforme al artículo 539 del Código de Comercio.

En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador o la compañía aseguradora podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal. Por su parte, esta póliza se encuentra sujeta al artículo 470 del Código Penal, que en su punto 10° establece que a los que maliciosamente obtuvieren para sí, o para un tercero, el pago total o parcialmente indebido de un seguro, sea simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador o la compañía aseguradora como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas. Si no se verifica el pago indebido por causas independientes de su voluntad, se aplicará el mínimo o, en su caso, el grado mínimo de la pena. La pena se determinará de acuerdo con el monto de lo indebidamente solicitado.

ARTÍCULO 28° - LUGAR DE RESIDENCIA PARA LOS ASEGURADOS

Se establece como país de residencia para los asegurados, Chile, por lo tanto, en caso que un asegurado se encuentre en el extranjero por más de tres meses consecutivos, se considerará no asegurable para los efectos de esta póliza y deberá ser excluido del presente contrato y los gastos que se produzcan por prestaciones realizadas en el extranjero después de vencido el plazo, no tendrán cobertura de este seguro.

ARTÍCULO 29° - COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico u otro medio electrónico o no, registrado para estos efectos en las condiciones particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo, el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la compañía aseguradora podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio registrado en la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante, registrado en las condiciones particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la compañía de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehaciente-mente acredite su recepción por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 30° - ARBITRAJE

Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio 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. Sin embargo, el asegurado o el beneficiario podrán por sí solos someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros, las resoluciones de las dificultades que se produzcan con la compañía aseguradora cuando el monto de la indemnización reclamada no sea superior a 120 Unidades de Fomento.

ARTÍCULO 31° - DOMICILIO

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario conforme al artículo 543 del Código de Comercio.