

## IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
  - Duración del este seguro.
  - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro
  - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
  - En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
  - Los requisitos para cobrar el seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro

Este seguro:

- NO contempla renovación garantizada.
  - SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
  - NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación
  - NO cubre preexistencias.
5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 3 2018 0039 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl)

### 1.- INTERES ASEGURABLE:

El interés asegurable corresponde a la merma que se genera en el ingreso familiar dado el pago de los gastos médicos asociados a la enfermedad o accidente catastrófico.

## 2.- DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS Y BENEFICIOS

### 2.1.- Cobertura (POL 3 2018 0039)

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar directamente al beneficiario o al prestador de salud, en adelante también llamados como los pagos, los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado, a consecuencia de una incapacidad cubierta por este contrato de seguro y ocurrida durante la permanencia del asegurado en la póliza. Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al Asegurado por su médico tratante, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en estas Condiciones Particulares de la póliza.

### 2.2.-Beneficiarios

Los beneficiarios son el asegurado Titular, pudiendo incorporar como adicionales a su cónyuge, unión civil o conviviente con hijos en común, hijos del asegurado titular e hijos del cónyuge/unión civil, con un máximo de 5 cargas.

- Se entenderá por cónyuge la persona individualizada como tal en las Condiciones Particulares.
- Se entenderá como conviviente solo a aquellos que tengan un hijo en común con el asegurado titular.
- Se entenderá por hijos a aquellos que sean carga legal del asegurado titular o del cónyuge/unión

civil. La prima cobrada será la correspondiente a la cantidad de asegurados dependientes y por la edad del Asegurado mayor del Grupo Familiar.

### 2.3.- Requisitos de Asegurabilidad

- Para la incorporación de todos los asegurados al presente seguro, será requisito indispensable que el asegurado titular complete y firme la Declaración Personal de Salud (DPS).
- La edad mínima de ingreso para titular y cónyuge, unión civil o conviviente es de 18 años y 0 días, y para hijos desde el día 14 de vida
- Las edades máximas de permanencia son 65 años y 364 días para Asegurado Titular y Cónyuge, Unión Civil o Conviviente y 18 años, 0 días para los hijos, pudiendo permanecer hasta cumplidos los 24 años, 0 días, si acreditan dependencia económica del Asegurado Titular y son estudiantes de alguna Institución Educativa reconocida por el Estado. Los hijos mayores de 24 años pueden seguir con continuidad de cobertura (sin carencia) pagando tarifa individual de adulto

### 2.4.- Condiciones Particulares

#### 1. El Plan de Salud Complementario considera Bonificación Mínima (BMI) de Isapre del 50% y en el caso de Fonasa BMI del 35%.

- Lo anterior quiere decir que si el aporte de Isapre es menor al 50%, el reembolso de la Compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado
- Si el beneficiario está acogido a Fonasa, en caso que el aporte de Fonasa sea menor al 35%, el reembolso de la Compañía será sobre el 65% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado
- Se exceptúan de BMI los medicamentos ambulatorios, gastos ópticos y deducible por prestaciones Auge CAEC o GES.
- En caso que la atención sea efectuada en Clínica las Condes, Clínica Alemana, Clínica San Carlos o Clínica Los Andes, la Bonificación Mínima (BMI) deberá ser al menos de 70%, tanto para asegurados de Isapre como asegurados de Fonasa.

2. Este seguro opera en exceso del Sistema de Salud Previsional o Fonasa (grupos B, C y D), Bienestar u otro Seguro adicional o convenio.

3. Los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional no tendrán cobertura dentro del seguro.

4. Los beneficios de maternidad no aplican a las aseguradas cuya fecha probable de embarazo sea anterior al inicio de vigencia del seguro.

5. La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuge, Unión Civil o Conviviente, no aplica para las hijas

6. La Cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa) sólo en caso de urgencias médicas.

7. Se cubre Cirugía Bariátrica a cargo del ítem de Prestaciones Hospitalarias, después de 6 meses de vigencia de la póliza y si el IMC es mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> (IMC Índice de Masa Corporal, que es el cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros).

8. Las Prótesis y Órtesis Auditivas estarán cubiertas desde los 55 años.

9. La Compañía Aseguradora cubrirá la Cirugía Lásik Ocular para la corrección de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo bajo los siguientes criterios:

- Asegurado mayor a 20 años de edad.
- Pérdida de visión mayor o igual a 5 dioptrías en cada ojo.
- Uso de lentes acreditados por al menos 5 años.
- Anisometropías importantes con diferencia mayor a 3 dioptrías entre un ojo y otro.

- Se cubren las preexistencias.
- 6 meses de carencia para carga inicial y futuras incorporaciones.
- Se deben cumplir todas las condiciones anteriores.

10. Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del seguro.

11. La cirugía dental hospitalaria por accidente y la cirugía reparadora hospitalaria por accidente se reembolsan bajo el ítem de Prestaciones Hospitalarias del Plan de Salud

12. Se reembolsará el 100% del deducible aplicado por prestaciones activadas a través de CAEC o GES, sólo si se utiliza la red de prestadores del Sistema de Salud Previsional.

13. Los medicamentos ambulatorios sólo contarán con cobertura si la boleta específica el nombre y valor de cada medicamento prescrito en la receta médica, además del correspondiente timbre de respaldo de la farmacia. Las recetas con medicamentos prescritos a permanencia tendrán una validez máxima de 6 meses. Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

## 2.5.- Plan de Salud Complementario

### Rige monto máximo indemnizable anual de UF 300 por beneficiario

PLAN DE SALUD INDIVIDUAL			
BENEFICIO AMBULATORIO	% Reembolso	Tope	
		Anual (UF)	Evento (UF)
Consulta Urgencia Consultas Médicas Consulta Especialista	<b>60% - 70% - 80%</b>	UF 10	UF 0,5 por consulta
Exámenes de Laboratorio Exámenes de Imagenología, Radiografía, Ultrasonografía y Medicina Nuclear		UF 10	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico no quirúrgicos Procedimientos Terapéuticos no quirúrgicos		UF 10	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria		UF 10	Sin Tope
Tratamientos de Kinesiología Tratamientos de Fonoaudiología.		UF 10	UF 0,5 por consulta
<b>BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS *</b>		<b>% Reembolso</b>	<b>Anual (UF)</b>

Medicamentos de Marca	35%	UF 10 Tope único y combinado Con o Sin Convenio (Salcobrand y C. Verde)	Sin Tope
Medicamentos Genéricos	60%		
Medicamentos Bioequivalentes	45%		
<b>BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>TOPE</b>	
		<b>Anual (UF)</b>	<b>Evento (UF)</b>
Día Cama, (Medicina, Cirugía, Intermedio, Recuperación, Sala Cuna, Incubadora)	<b>60% - 70% - 80%</b>	Sin Tope	UF 3 diarios
Día Cama (UTI / UCI)	<b>60% - 70% - 80%</b>	Sin Tope	UF 6 diarios
Honorarios Médicos Quirúrgicos Servicios Hospitalarios	<b>60% - 70% - 80%</b>	Sin Tope	Sin Tope
<b>BENEFICIO DE MATERNIDAD</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope</b>	
		<b>Anual (UF)</b>	<b>Evento (UF)</b>
Aborto no Provocado	<b>60% - 70% - 80%</b>	UF 10	Sin Tope
Parto Normal		UF 15	Sin Tope
Cesárea		UF 20	Sin Tope
Complicaciones del Embarazo	<b>60% - 70% - 80%</b>	UF 20	Sin Tope
<b>BENEFICIO DE SALUD MENTAL</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope</b>	
		<b>Anual (UF)</b>	<b>Evento (UF)</b>
Gastos Hospitalarios (Hospitalización, consultas y tratamientos Psiquiatr.)	<b>60% - 70% - 80%</b>	UF 10 (tope único y combinado)	Sin Tope
Consultas Psiquiatr. / Sicolog. / Psicoped.	<b>60% - 70% - 80%</b>		UF 0,5 (POR CONSULTA)
<b>BENEFICIOS ESPECIALES</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope</b>	
		<b>Anual (UF)</b>	<b>Evento (UF)</b>

Prótesis y Ortesis (No incluye Dental)	<b>60% - 70% - 80%</b>	UF 10	Sin Tope
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes Contacto)		UF 2	Sin Tope
Aparatos Auditivos		UF 5	Sin Tope
Cirugía Ocular Láser		UF 5	Sin Tope
Cirugía Bariátrica		UF 10	Sin Tope
Ambulancia Terrestre (50 K.M. Radio Urbano)		UF 10	Sin Tope
Cobertura en el Exterior (Sólo urgencias)	IDEM PLAN		

\*Las farmacias descritas cuentan con convenio de descuento automático para medicamentos autorizados. Para reembolsos no aplicados en línea, la solicitud deberá ser canalizada de forma manual según lo descrito en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro.

## 2.6.- Deducibles

El seguro cuenta con deducible por grupo familiar según cuadro más abajo detallado, este monto corresponde al valor que debe soportar cada año el asegurado antes de que su plan de seguro complementario de salud comience a pagar.

El período de acumulación del deducible es sobre la base de año Póliza.

<b>Deducibles anual por grupo Familiar</b>	
<b>Asegurado</b>	<b>UF 0,75</b>
<b>Asegurado con 1 carga</b>	<b>UF 1,50</b>
<b>Asegurado con 2 cargas</b>	<b>UF 2,25</b>
<b>Asegurado con 3 o más cargas</b>	<b>UF 3,00</b>

## 2.7.- Beneficio Especial Ecosistema de Salud y Bienestar

Te queremos dar la bienvenida al primer Ecosistema de salud y bienestar de Latinoamérica, capaz de generar múltiples interacciones contigo y tu familia, desde la comodidad de tu hogar. Los programas que pondemos a tu disposición, cuentan con atenciones y seguimientos de la condición particular que quieras abordar con nuestros equipos, para que logres tus objetivos de la forma más óptima posible. Adicionalmente, existe posibilidad de interacción entre programas, por lo que si tu condición lo amerita, puedes atenderte con otro profesional en otro de nuestros programas, brindándote así una atención multidisciplinaria.

### • Telemedicina

- Servicio que permite ser atendido a distancia por un médico para resolver dudas inmediatas y

recibir diagnóstico frente a enfermedades de baja complejidad.

- Este servicio evita el traslado a un centro asistencial por alguna consulta que puede ser resuelta por un médico general dada su baja complejidad.
- Esta atención puede ser recibida las 24 horas los 365 días del año.
- Esta consulta puede concluir con la entrega de una receta médica para la compra y posterior reembolso de medicamentos o generación de órdenes para exámenes que generaran futuras interacciones.

#### • Programa de Asistencia Nutricional

- Servicio que otorga atención y orientación nutricional inmediata para toda la familia, promoviendo un estilo de vida saludable, resolviendo inquietudes y recibiendo una respuesta oportuna a sus necesidades.
- Las interacciones con este programa pueden darse las veces que se requieran.
- Esto comprende la atención telefónica en las áreas que se detallan a continuación entre otras:
  - Bajar de peso, dieta cetogénica, dieta para adelgazar, perder peso lentamente
  - Diferentes etapas de la vida, embarazo, lactancia, menopausia
  - Dolencias y molestias, dieta blanda
  - Intolerancias y alergias, dieta FODMAP, intolerancia a la lactosa, fructosa
  - Todo tipo de dietas, dietas vegana, vegetariana, celiaca
  - Patologías, diabetes, malnutrición, insuficiencia renal, oncología, vesícula
  - Saludables, dieta mediterránea, adecuar alimentación, nutrición y dietética de cada persona a cualquier situación fisiológica.
  - Otras dietas

#### • Programa Asesoría Psicológica en Salud Sexual

- El Programa Salud Sexual brinda al consultante una asistencia integral, individualizada y confidencial en diferentes áreas relacionadas con la sexualidad, a través del vínculo terapéutico con un profesional competente, con quien se establece una relación centrada en la confianza y la comunicación contenedora, promoviendo un contexto de bienestar y seguridad al usuario.
- Nuestro staff de psicólogos y psicólogas tiene como objetivo proporcionar un servicio basado en la educación sexual, el acompañamiento terapéutico y la orientación en materia psicológica, abordando diversas problemáticas relativas a la salud sexual, con el propósito de mejorar su calidad de vida.
  - Educación sexual
  - Relaciones amorosas y sexuales Disfunciones sexuales
  - Problemáticas de pareja Diversidad sexual y de género Sexualidad y ciclo vital
  - Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
  - Otras problemáticas relacionadas con la salud sexual Programa Salud Sexual Ámbitos de intervención.

#### • Programa de Asesoría Deportiva

- Servicio que otorga atención y orientación deportiva inmediata para toda la familia, promoviendo un estilo de vida saludable, resolviendo inquietudes y recibiendo una respuesta oportuna a sus necesidades.
- Además haciendo un seguimiento periódico de resultados y si el asegurado o beneficiario así lo requiere, en conjunto con nuestro personal trainer de generar y modificar programas deportivos con rutinas de ejercicios que también van variando de acuerdo a los requerimientos y conversaciones. Las interacciones con este programa pueden darse las veces que se requiera

Canales de atención:

- Número 600 083 00 51, atención inmediata y agendado.

- Video llamada con previo agendamiento a excepción de Telemedicina que será atención inmediata.
- WhatsApp
- Chat On – Line
- Correo electrónico

Horarios:

- **Programa de Asistencia Nutricional:**  
Lunes a viernes de 9:00 hrs. a 20:00 hrs. Sábado 09:00 hrs a 13:00 hrs.
- **Programa de Asesoría Deportiva**  
Lunes a viernes de 9:00 hrs. a 20:00 hrs. Sábado 09:00 hrs a 13:00 hrs.
- **Programa Asesoría Psicológica en Salud Sexual:**  
Lunes a viernes de 9:00 hrs. a 20:00 hrs. Sábado 09:00 hrs a 13:00 hrs.
- **Telemedicina:**  
Lunes a Domingo 24 horas del día.

### 3.- INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

La presente póliza permite la inclusión de hasta 5 cargas al momento de la contratación y en el caso que, durante la vigencia de esta, haya una modificación en los beneficiarios (inclusión y/o exclusión de carga), se deberá dar de baja la póliza vigente y contratar nuevamente.

### 4.- VIGENCIA Y TÉRMINO DEL SEGURO

#### 4.1.- Vigencia

Los Seguros a que da lugar, entrarán en vigencia a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que sea aceptada la Declaración de Salud.

Este seguro tendrá una duración de 12 meses contados desde la fecha de aceptación del seguro.

#### 4.2.- Renovación Automática

La póliza se renovará automáticamente a su vencimiento, por periodos iguales y sucesivos de un año, salvo que cualquiera de las partes comunique a la otra su intención de ponerle término, mediante comunicación con 30 días de anticipación a la fecha de término o cualquiera de sus prórrogas.

Las partes acuerdan, que la Compañía Aseguradora podrá ajustar el monto de la prima en razón a la siniestralidad de plan complementario de salud durante cada vigencia y a los siguientes porcentajes de recargo máximos

Siniestralidad	Porcentaje de recargo máximo
Menor a 70%	0%
70% a 74%	28%
75% a 79%	36%
80% o más	Evaluación Compañía

Siniestralidad = (Siniestros pagados + siniestros provisionados + OYNR de 16% de la prima)/Prima neta En caso de que exista un ajuste, este registrará a contar de la renovación de la póliza.

En caso que el ajuste requerido por la Compañía sea superior al señalado en la tabla anterior o la siniestralidad sea superior al 80%, se informará al contratante con al menos 30 días de anticipación dichas condiciones y se requerirá aceptación expresa del contratante para poder renovar dicha póliza.

## 5.- PLAZO DE GRACIA

Se establece un plazo de gracia de 30 días, para el pago de las primas, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si el asegurado cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar, además del deducible, la prima vencida y no pagada

## 6.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el beneficio de salud, no se requerirá completar el formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos. La Compañía reembolsará de acuerdo a las Condiciones Particulares de la póliza que es parte integrante de este Contrato. Para todos los efectos de liquidación ambulatoria de gastos médicos, se considerará la fecha de atención (Fecha bono emitido por su sistema previsional IMED), en el caso del reembolso, el indicado por la Isapre como fecha de atención, si el documento lo indica, o bien, la fecha indicada en la fecha de emisión. Si se trata de varias prestaciones cobradas en una sola boleta, esta debe indicar en el detalle la fecha de atención de cada una de estas y el plazo de aviso del siniestro a la Compañía, no debe superar los 60 días." En el caso de las atenciones hospitalarias, siempre que estas sean realizadas dentro de la vigencia del asegurado en la póliza, se considerará la fecha de emisión de los bonos para la presentación del siniestro a la compañía y este no debe superar los 60 días y siempre que, desde la fecha de hospitalización, no hayan transcurrido más de 120 días corridos. Se podrá solicitar prórroga a la compañía dentro de este plazo, por cualquier otro tipo de problema anexo, que impida la presentación de esta, la compañía podrá evaluar la solicitud.

### Nota:

La Compañía se reserva el derecho de pedir cualquier otro antecedente que se estime conveniente para poder realizar esta liquidación.

## 7.- CRITERIOS DE LIQUIDACIÓN PARA COBERTURAS DE SALUD

- a) Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios Poliquísticos, Amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico
- b) Se cubre la terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de "Climaterio-Menopausia", bajo la cobertura de medicamentos, según porcentajes y topes establecidos en el plan de beneficios. En caso de indicación de suplemento de calcio, se solicitará copia del resultado de la Densitometría ósea para evaluar su cobertura".
- c) Pago de Vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas e hijos menores de 2 años.
- d) Complicaciones del embarazo: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta accreta, preclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.
- e) Complicaciones del parto: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras.
- f) Cirugía Bariátrica: Sí la cobertura respectiva está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, después de haber cumplido el período de carencia de seis (6) meses y si el IMC es mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> (IMC Índice de Masa Corporal, que es el cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros).
- g) Prótesis y Órtesis: Comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte de este y los gastos provenientes de la



adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas y lentes intraocular.

h) Cobertura especial dental por accidente: Tendrán cobertura los tratamientos de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, los cuales deben ser realizados por un médico cirujano, maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas, siempre y cuando el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa), su cobertura será con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al Ítem específico si lo contempla el plan.

i) Servicio de Ambulancia Terrestre: Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kms.

j) El procedimiento para la conservación de producto y/o materiales para la implantación posterior (por ejemplo: crioconservación de médula ósea) será cancelada bajo el ítem de Prótesis y Ortesis, siempre y cuando hubiera estado cubierto por su Isapre o Fonasa de lo contrario se considera el 50% del total reclamado y se aplica los porcentajes y topes del plan en ítem Prótesis y Ortesis.

k) Los tratamientos de Psicopedagogía se cancelarán siempre y cuando exista derivación médica con diagnóstico clínico asociado bajo el ítem de cobertura Psiquiatría y Psicología. La prestación deberá ser realizada por psicopedagogos, psicólogos o profesores con postítulo en Psicopedagogía.

l) Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos sólo como tratamiento curativo y asociado a un historial médico (reembolsos anteriores) evitando el solicitar un informe del médico tratante.

m) Los Controles de Niño Sano se cubren hasta los 6 años e incluye Consultas, Exámenes y Ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.

n) Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como, por ejemplo: Antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.

o) Serán reembolsados los gastos de Óptica aun cuando vengan sin diagnóstico del médico en el Formulario de Reembolsos, siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su Sistema de Salud Previsional. También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.

p) Para los tratamientos de Acné cuando se trate de un tipo diagnosticado como severo se pagan todos gastos asociados a la patología sin pedir mayores antecedentes (Se excluyen lociones, jabones y bloqueadores solares).

q) Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del seguro.

## **8.- PLAZO DE PAGO DE SINIESTROS**

El período de liquidación y pago de siniestro, a contar de la fecha de recepción conforme a todos los antecedentes indicados en la póliza, no podrá exceder de 10 días hábiles. Tratándose de siniestros que no vengan acompañados de la documentación pertinente o en que se requiera de un mayor análisis, la Compañía se reserva el derecho de contabilizar este plazo desde que se reciban tales antecedentes o los exigidos en forma excepcional.

## **9.- EXCLUSIONES**

### **Salud (POL 3 2018 0039, Artículo 8)**

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

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

- a) La hospitalización para fines de reposo, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- c) Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.
- d) Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos provocados.
- f) Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida -SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, 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
- g) No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:
  - i. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo N° 3 de este condicionado y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
  - ii. Una Cirugía Maxilofacial, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
  - iii. Una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia descrita en el Beneficio de Hospitalización del artículo N° 3 de este condicionado, y esté expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.
  - iv. Cirugía de reducción o aumento mamario y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.
  - v. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.
  - vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.
  - vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.
  - viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
  - ix. Tratamientos para adelgazar.
- h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:
  - i. Insumos ambulatorios no utilizados en una cirugía.
  - ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
  - iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
  - iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el

tratamiento de várices.

v. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

i) Lesión o enfermedad causada por:

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

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

iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vi. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza, sólo serán cubiertas si se ha contratado el beneficio o la cobertura adicional dental correspondiente, en los porcentajes y monto asegurado que para ella se definan en las condiciones particulares de la póliza.

k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares

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

p) Epidemias o pandemias oficialmente declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

q) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.

r) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.

s) Malformaciones y/o incapacidad congénita.

t) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.

u) Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

v) Realización o participación habitual o no habitual en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o

deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

w) Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

x) 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.

y) Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema Isapre, al cual pertenece el asegurado.

z) Ambulancia aérea.

## **10.- INFORMACIÓN DE ARTÍCULOS 57 Y 58 DEL DFL N°251**

En caso de que este seguro sea intermediado por un corredor de seguros, usted podrá encontrar la información relativa a los artículos 57 y 58 del DFL N°251 directamente en la página web del corredor de seguros.

## **11.- DOMICILIO**

Para todos los efectos derivados de este contrato de seguro, se fija como domicilio de la compañía de seguros, O'Connell 285, Las Condes, Región Metropolitana.

## **12.- COMUNICACIONES Y ENVÍO DE INFORMACIÓN**

El contratante y/o asegurado ha facultado expresamente a la Compañía en la Propuesta, para que ésta les envíe la copia de su póliza y demás documentos que forman parte integrante de la misma a la dirección de correo electrónico señalado en este instrumento, hecho lo cual se considerará haberse dado debido cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 519 del Código de Comercio. Sin perjuicio de lo anterior, el contratante y/o asegurado podrán siempre solicitar una copia de la misma impresa en papel en el domicilio de la Compañía.

Asimismo, contratante y/o asegurado aceptan expresamente que la Compañía los pueda contactar a sus teléfonos celulares, y direcciones de correo electrónico, para darles la bienvenida; los avisos de renovación de su póliza; informarles respecto de las cuotas de las primas impagas o que estén por vencer; enviarles los avisos de cobranza o para cualquier otro fin que la compañía estime conveniente para su debida y oportuna información.

Finalmente, el contratante y/o asegurado facultan a la compañía para enviar a la dirección de correo electrónico señalada en este instrumento todas las comunicaciones previstas en el Decreto Supremo N° 1055, en especial, aquellas que digan relación con el procedimiento de liquidación de siniestros.

## **13.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

En cumplimiento al artículo 518 del código de comercio, el asegurado ha expresado el interés asegurable respecto al objeto del seguro, dicha declaración se encuentra contenida en el Item Interés asegurable de la sección Materia Asegurada de la Propuesta, la cual forma parte integrante de la presente póliza. En cumplimiento al artículo 524, número 1 y artículo 525 del código de Comercio, el asegurado ha declarado sinceramente todas las circunstancias que permiten identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, las que se encuentran contenidas en la propuesta, la cual forma parte integrante de la presente póliza.

## **14.- CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN**

Bci Seguros se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas

a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web [www.aach.cl](http://www.aach.cl).

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Bci Seguros o a través de la página web [www.ddachile.cl](http://www.ddachile.cl).

### **15.- OTRAS CONDICIONES**

La presente póliza de seguro ha sido emitida por Bci Seguros Vida S.A. en consideración a las declaraciones formuladas por el contratante y/o asegurado en la Propuesta que le ha servido de antecedente, la que forma parte integrante del contrato, el que se rige de acuerdo a los términos previstos en las condiciones particulares y en los textos depositados en la Comisión para el Mercado Financiero bajos los códigos POL y CAD identificados más arriba.

Se deja especial constancia que las declaraciones del contratante y/o asegurado constituyen para Bci Seguros Vida S.A. información determinante del riesgo que se le propuso asegurar y en consecuencia, si cualquiera de éstos hubieren incurrido en un inexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho para rescindir el contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio.

### **16.- TELÉFONOS DE UTILIDAD**

En caso de consultas, reclamos, el asegurado se deberá comunicar a los teléfonos del Centro de Respuesta Inmediata (CRI) de BCI Seguros 600 6000 292 – desde celular 2 –226799700. También podrá dirigirse a cualquiera de las oficinas de BCI Seguros Vida S.A., ubicada en O Connell 285, Las Condes, Santiago. De Lunes a Jueves de 08:30 horas a 19:00 horas, y Viernes de 08:30 horas a 17:00 horas.

### **17.- COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN**

Comisión: 15% + IVA sobre la prima neta recaudada, neta de anulaciones y devoluciones.

### **18.- INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las Compañías de Seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención. Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web [www.cmchile.cl](http://www.cmchile.cl)

### **Procedimiento de Liquidación de Siniestros**

### **1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN**

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

### **2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN**

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

### **3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA**

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

### **4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES**

El liquidador o la Compañía, deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia del siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro

### **5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN**

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El Asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

### **6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de:

Seguros en general: 45 días corridos desde la fecha de denuncia, a excepción de;

a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncia;

b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncia;

### **7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

Los plazos antes señalados podrán excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de entrega de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los

siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo

#### **8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN**

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 al 27 el Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N°1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

#### **9) IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN**

Recibido el Informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador dispondrá de un plazo de cinco días hábiles para responder la impugnación.