

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 1 **COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Razón Social SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Rut 76.263.414-7
Dirección Avenida Providencia 1760, Piso 5, Providencia, Santiago.

N° 2 **CONTRATANTE**

Razón Social Lifye Spa
Rut 77.196.021-9
Dirección Vitacura 2939, Oficina 301, Las Condes

N° 3 **INTERMEDIARIO**

Razón Social Valorcapital corredores de Seguros SpA
Rut 77.022.546-9
% Participación 100%

N° 4 **COMISION**

Comisión Intermediario

N° 5 **ASEGURADOS**

Personal vinculado a **Lifye Spa (Stock y Nuevos Ingresos)**., personas naturales, que cumplan con los requisitos descritos en el N° 10 "Requisitos de Asegurabilidad" y cuya nómina vigente que ambas partes mantendrán en su poder.

Además, se consideran asegurados de este Contrato, bajo las condiciones detalladas en el N° 6 "Coberturas" posterior, a las siguientes personas:

- a) Hijos o Hijastros del asegurado titular
- b) Cónyuge o conviviente del asegurado titular (Solo una)

POLIZA N° 8113 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 6

COBERTURAS

Esta póliza cubre los riesgos detallados en los cuadros siguientes:

Coberturas por Asegurado

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura		Asegurados con Cobertura
Vida	POL 220131675	Seguro Colectivo Temporal de Vida	Titular
Salud	CAD 320160002	Seguro Colectivo Complementario de Salud	Titular - Cónyuge o Conviviente – Hijos-Hijastros
Catastrófico	CAD 320160002	Seguro Colectivo Complementario Catastrófico	Titular - Cónyuge o Conviviente – Hijos-Hijastros
Dental	CAD 220160184	Seguro Dental Colectivo	Titular - Cónyuge o Conviviente – Hijos-Hijastros

Preexistencias

Preexistencias grupo inicial:

Los asegurados provenientes del seguro anterior e ingresados en la carga inicial, tendrán continuidad de riesgo para todas las coberturas. Lo anterior, en la medida que efectivamente hayan tenido cobertura para todos riesgos en el asegurador anterior.

Preexistencias Futuras Incorporaciones:

Vida: no cubre.

Salud y Catastrófico: No se cubren enfermedades, ni accidentes diagnosticados u ocurridos con fecha anterior a la vigencia inicial del asegurado en la póliza, sin embargo, se cubrirán preexistencias hasta un máximo de UF 2 durante los primeros 12 meses. Las preexistencias quedarán liberadas a contar del mes 13 de cobertura continua del asegurado.

Dental: Sin evaluación de preexistencia; sólo aplica carencia establecida en las condiciones de cobertura.

N° 7

BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios por coberturas serán los detallados en el siguiente cuadro.

Cobertura	Beneficiario de la Cobertura
Vida	Personas naturales o jurídicas que el Asegurado designe explícitamente en el formulario "Designación de Beneficiarios". A falta de designación expresa, el beneficiario que recibirá la indemnización correspondiente a todos los siniestros cubiertos serán los herederos legales en partes iguales.
Salud	Titular
Catastrófico	Titular
Dental	Titular

POLIZA N° 8113

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

El pago de reembolsos de asegurados, podrán ser emitidos a nombre de los Prestadores definidos según Convenio de Pago Directo de Gastos Médicos suscrito entre estos Prestadores y Seguros de Vida **SURAMERICANA S.A.** y cumplido el Procedimiento Administrativo que el mencionado Convenio contempla.

Para el seguro complementario de salud, dental, el reembolso de los gastos cubiertos por el seguro se efectuará al asegurado titular de la póliza, no obstante, en caso de que el asegurado titular haya fallecido, el reembolso de los gastos cubiertos por el Seguro se hará a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos, para lo cual se deberá hacer llegar a la compañía todos los documentos respaldatorios que acrediten el pago efectuado

N° 8 **CAPITAL ASEGURADO**

El Capital Asegurado se expresará en **Unidades de Fomento (UF)**.

El Capital Asegurado por cobertura es el siguiente:

Cobertura	Capital Asegurado
Vida	UF 500

El Monto Máximo de reembolso expresado en Unidades de Fomento (UF), para la cobertura y por asegurado es el siguiente:

Coberturas Salud

Cobertura	Topes Anuales Asegurados hasta cumplido 65 años	Topes Anuales Aseg. Desde 65 hasta cumplido 75 años
Salud	UF 500	UF 250
Catastrófico	UF 1000	-
Dental	UF 15	UF 15

N° 9 **PRIMA**

Coberturas Vida y Adicionales

La prima será **Mensual** para las coberturas detalladas en el cuadro siguiente y resulta de multiplicar el Capital Asegurado, definido para cada Asegurado y Cobertura, por las siguientes tasas expresadas en tanto por mil y dividido por mil:

Cobertura	Tasa por mil (‰)
Vida	0,2576

POLIZA N° 8113 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Coberturas de Salud

Las primas correspondientes a los planes de Seguro Complementario de **Salud, Dental y Catastrófico** son los siguientes:

Categoría Asegurado	Coberturas	
	Salud + Dental	Catastrófico
Titular solo	1,0286	0,0322
Titular con una carga	1,8661	0,0583
Titular con dos cargas	2,4245	0,0758
Titular con tres o más cargas	3,1444	0,0983

A las primas resultantes por las coberturas **Salud, Dental y Catastrófico** se les debe agregar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

El pago de la prima será de cargo del Contratante y se pagará en forma **Mensual Vencida** dentro de los 20 primeros días de cada mes mediante cobranza enviada por el Asegurador.

Periodicidad	Tipo Cobranza	Tipo Facturación	Despacho Cobranza	Día de Pago
Mensual	Vencida	Anticipada	Sitio de Operaciones	20

Factura Requiere V°B°	Orden de Compra	Periodicidad OC	HES	Periodicidad HES	Días Plazos de Gracia
-	-	-	-	-	30

Fact. Normal o Especial	Tipo de Separación	Observación Adicional
Normal	-	-

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de un mes. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo al Artículo Primas de las Condiciones Generales.

La prima podrá ser cancelada a través de depósito o transferencia bancaria en las cuentas corrientes N° 800-32675-10, del Banco de Chile, N°000073872170 del Banco Santander o 10685545, del BCI, a nombre de Seguros de Vida Suramericana S.A., Rut 76.263.414-7. Para depósitos o transferencia deben hacernos llegar el comprobante de pago al correo electrónico Facturas.colectivos@segurossura.cl, indicando los siguientes datos:

- Monto pagado (\$)
- Banco receptor del Pago
- Número(s) de factura(s) asociada(s) al pago
- Número(s) de póliza (s) asociada (s) al pago

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 10

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurable se podrá incorporar a la póliza si la edad a la fecha de ingreso es menor o igual a la indicada en el cuadro **Edades de Ingreso y Permanencia**.

El asegurado podrá permanecer en la póliza mientras la edad sea menor o igual a la indicada en el cuadro **Edades de Ingreso y Permanencia**. No obstante, lo anterior, su exclusión será procesada de acuerdo al procedimiento establecido en el párrafo "Exclusión de asegurados por edad de permanencia" incluido en el N° 12 "Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados".

Cuadro de Edades de Ingreso y Permanencia

Cobertura	Edad Límite de Ingreso			Edad Límite Cobertura		
	Titular	Cónyuge	Hijos	Titular	Cónyuge	Hijos
Vida	69 años y 364 días	-	-	Cumpliendo 75 años	-	-
Salud	69 años y 364 días	69 años y 364 días	23 años y 364 días	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 24 años
Catastrófico	64 años y 364 días	64 años y 364 días	23 años y 364 días	Cumpliendo 66 años	Cumpliendo 66 años	Cumpliendo 24 años
Dental	69 años y 364 días	69 años y 364 días	23 años y 364 días	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 24 años

Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 60 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia regirá el primero del mes siguiente a la fecha de su solicitud.

Requisitos de asegurabilidad hijos recién nacidos

1.- Cobertura Complemento de Salud

Siempre que el parto haya sido cubierto por la póliza, podrán incorporarse al seguro desde el nacimiento. En caso contrario, sólo podrán incorporarse al seguro una vez transcurridos 14 días contados desde el nacimiento, previa evaluación de la compañía aseguradora. El asegurado titular deberá solicitar la incorporación de la carga a la compañía en un plazo máximo de 60 días corridos desde la fecha de nacimiento. Superado este plazo deberá esperar la próxima renovación de acuerdo con artículo N° 12 Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

Para modificaciones de capital y futuras incorporaciones de asegurables deberán someterse a los requisitos expresados en la siguiente tabla:

TABLA DE EXIGENCIAS MÉDICAS

Monto (UF) / Edad (años)	Hasta los 59 años	60 años a 70 años
Hasta 2.500	S/	S/
2.501 - 3.500	S/	A**
3.501 - 5.000	S/	A
5.001 - 10.000	TS	B
10.001 a 18.000	B	C
18.001 y más	C	C

POLIZA N° 8113

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

SI: Solicitud de incorporación

TS: Declaración Personal de Salud (DPS) + TS (telesuscripción)

A**: Declaración Personal de Salud (DPS + TS (telesuscripción) + L1 (Perfil Lipídico: Colesterol total+ HDL+ Triglicéridos).

A: Declaración Personal de Salud (DPS + TS +Perfil Bioquímico + Perfil Lipídico +Orina Completa.

B: Declaración Personal de Salud (DPS + Examen Médico + Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG de reposo.

C: Declaración Personal de Salud (DPS + Examen Médico + Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG de Esfuerzo + Rx Tórax

Nota: Todo titular para ingresar al seguro deberá llenar como mínimo Solicitud de incorporación (SI) + los antecedentes de TEM según corresponda

Consideraciones de Aumento de Capital

1. Si el aumento de Capital se mantiene en el mismo tramo de la Tabla de Exigencias Médicas y es superior en un 30,00% del capital vigente, el asegurado deberá completar DPS.
2. Si el aumento de Capital cambia de tramo en la Tabla de Exigencias Médicas y la variación es superior a un 30,00%, el asegurado deberá completar DPS y ser evaluado médicamente según la edad y capital solicitado, de acuerdo lo establecido en la tabla de exigencias médicas.
3. Los asegurados que deban ser evaluados médicamente según punto 1) ó 2), mantendrán el capital asegurado vigente, el que será actualizado una vez que los antecedentes médicos hayan sido evaluados y aceptados por parte de la Compañía.
4. Los nuevos asegurados cuyo capital supere el monto FreeCover indicado en la tabla de exigencias médicas, serán incorporados a la póliza con capital equivalente al monto FreeCover y serán evaluados médicamente según la edad y capital solicitado. El capital vigente (FreeCover) será actualizado una vez que los antecedentes médicos hayan sido evaluados y aceptados por parte de la Compañía.
5. La actualización del capital vigente será a contar de la fecha de aceptación de los antecedentes médicos por parte de la Compañía. No obstante, en aquellos casos en que la evaluación médica determine la aplicación de un recargo, la actualización del capital vigente será a contar de la fecha de aceptación de éste por parte del contratante.
6. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable.

Las condiciones detalladas en la presente póliza sólo son válidas para los asegurados cuyo Capital Asegurado sea menor o igual a UF 20.000.

En la eventualidad de existir asegurados con capitales asegurados superiores a UF 20.000, la Compañía los evaluará caso a caso, reservándose el derecho de aceptar o rechazar su incorporación y modificar las condiciones establecidas en la presente póliza.

El monto indicado precedentemente se determinará sumando los capitales asegurados de todos los contratos con coberturas equivalentes, que el asegurado tenga vigente en la Compañía.

POLIZA N° 8113

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 11

SINIESTRO

En caso de no contar, al ingreso del asegurado, con la información necesaria para validar las condiciones indicadas en el N° 10 de Requisitos de Asegurabilidad, en lo referente a límites de ingreso y cobertura, ésta se hará al momento de hacerse efectivo el siniestro, rechazándose el pago en la eventualidad de que la edad del asegurado a la fecha de ingreso a la póliza sea mayor o igual a la establecida en el citado Número.

No obstante, lo indicado en los puntos anteriores, cada siniestro puede requerir parte o todos los antecedentes señalados precedentemente y eventualmente de antecedentes adicionales, indicados en este procedimiento, como producto del análisis de las condiciones generales y particulares de la póliza de cada caso en particular.

N° 12

INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el contratante es responsable de enviar a la compañía aseguradora, directamente o a través del corredor, antes del día 20 de cada mes, las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente o a través del Corredor en original el formulario "Solicitud de Incorporación". Los asegurables podrán incorporarse a la póliza durante los primeros 60 días comenzada la vigencia de ésta. Los asegurables que no fueron incorporados durante este plazo (60 días comenzada la vigencia) podrán ser incorporados a contar de la próxima vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la liquidación de primas que mensualmente se envía al contratante.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza, un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía aseguradora. Para los efectos de incorporarse a la póliza como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Y ser aceptados por la compañía aseguradora. El plazo de incorporación de estos nuevos dependientes es de 60 días contados desde que califiquen como dependientes.

Las nuevas contrataciones por parte del contratante podrán ingresar a la póliza con un plazo máximo de 60 días desde su fecha de contratación. Estos deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Y ser aceptados por la compañía aseguradora.

Se deja establecido, además:

- ✓ Las solicitudes de incorporación, recibidas por la compañía aseguradora entre los días 1 y 20 de cada mes, tendrán cobertura desde el primer día del mes en curso.
- ✓ Las solicitudes de incorporación, recibidas por la compañía aseguradora entre los días 21 y 31 de cada mes, tendrán cobertura desde el primer día del mes siguiente.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y Rut de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de exclusión por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto a contar de la fecha del último gasto presentado a la Compañía. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado.

POLIZA N° 8113

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Estos movimientos serán reflejados en la liquidación de primas que mensualmente se envía al contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

Nota: En aquellos casos en que el Contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, la Compañía hará los respectivos movimientos solicitados siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la Compañía con un plazo máximo de retroactividad de 60 días, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas será efectuado en la próxima facturación del mes en curso, a través de la liquidación mensual de primas más una reliquidación mensual de primas.

Exclusión de asegurados por edad de permanencia

a) Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la primera prórroga.

b) Los hijos que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la primera prórroga.

N° 13 VIGENCIA

El presente contrato regirá a partir de las 0:00 del día **01 de octubre de 2021**, y durará hasta las 24:00 horas del día **30 de septiembre de 2022**.

Será renovado en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notificare a la otra, por escrito, su decisión de ponerle término a lo menos con 30 días de anticipación.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.

N° 14 REAJUSTABILIDAD

Tanto el valor de la prima como de las indemnizaciones se expresarán en **Unidades de Fomento (UF)** de acuerdo al equivalente en Pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

N° 15 DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente Contrato de Seguros, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

POLIZA N° 8113 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 19

CONDICIONES DE COBERTURA SALUD

- a) Este seguro operará en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), Bienestar u otro seguro adicional o convenio. Las coberturas del presente seguro serán en los mismos porcentajes más un 10% adicional en que la Isapre o Fonasa hayan participado según coberturas cuadro de Beneficios.

Ejemplo:

Prestación	Costo Prestación (\$)	Aporte Isapre /Fonasa	% Aporte Isapre /Fonasa	Copago Asegurado (\$)	% Reembolso Seguro	Reembolso Seguro (\$)
Consulta Médica	50.000	24.500	49%	25.500	59%	15.045
Consulta Médica	50.000	35.000	70%	15.000	80%	12.000
Consulta Médica	50.000	12.000	24%	38.000	34%	12.920

- b) Los gastos Sin cobertura por Isapre o Fonasa, No tendrán Cobertura alguna por ésta póliza. Se exceptúan de este criterio las prestaciones de Óptica y Medicamentos Ambulatorios.
- c) Toda consulta que no sea **medicina alópata** no está cubierta por este Seguro.
- d) La cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa), sólo válido para urgencias o emergencias médicas. Para intervenciones y tratamientos en el extranjero. Se deberá solicitar evaluación y aprobación previa por escrito de la Compañía Aseguradora siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional.
- e) Servicios Hospitalarios, H.M.Q., UTI/UCI incluye:
- Pabellón
 - Exámenes, radiología
 - Procedimientos
 - Visitas Médicas
 - Insumos
 - Servicios de enfermería por prescripción médica
 - Equipos
 - Medicamentos
- f) Las Vitaminas y Minerales están cubiertas bajo el Ítem medicamentos y solo será para Embarazadas a Niños de hasta 2 años.
- g) No se cubren medias para varices.
- h) La Compañía reembolsará aquellas prestaciones en donde el asegurado utilizo excedentes de la Isapre.
- i) Las prestaciones como Psicología, Kinesiología, Fonoaudiología y Psicopedagogía es requisito que sean derivadas por un profesional médico, el cual deberá extender una orden médica donde señale el tipo de tratamiento.

POLIZA N° 8113

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

- j) Se reembolsará el 100% del deducible aplicado por prestaciones **GES/CAEC** con un monto máximo a reembolsar de UF 126 anuales por patología activada, que corresponde al máximo del deducible establecido por Ley. Gastos que superen dicho monto serán bonificados de acuerdo al cuadro de beneficios del presente seguro. El reembolso bajo las condiciones mencionadas rige con la activación y uso de la red de prestadores que el Sistema de Salud Previsional tiene disponible para este tipo de cobertura
- k) La Cirugía Dental hospitalaria por accidente y la cirugía reparadora hospitalaria por accidente se reembolsan bajo la cobertura "Gastos Hospitalarios" de plan de Salud, siempre y cuando se encuentre cubierta por la Isapre y/o Fonasa y siempre que el accidente sea producido durante la vigencia Sura.
- l) No están cubiertos los gastos ambulatorios y hospitalarios de embarazos y partos de hijas de titulares.
- m) Se dará cobertura a las cirugías Laser sin restricción de dioptrías según lo indicado en el plan de Reembolso.
- n) I-MED (Liberado para Clínica Las Condes y Clínica Alemana)
- o) 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".
- p) Se consideran Prótesis y Ortesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el Arancel de Prestaciones de Fonasa.
- q) Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia: Bajo esta cobertura se liquidarán todos los gastos del procedimiento diagnóstico incluyendo cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia siempre y cuando la deformidad de la nariz permita corregir la permeabilidad, con el fin de solucionar la obstrucción nasal, para lo anterior el asegurado al momento del denuncia del siniestro deberá presentar el informe del médico tratante, rinomanometría, TAC de cavidades perinasales, u otros exámenes que respalden la mala respiración y descarten que la cirugía sea de carácter estético, la prestación debe ser realizada por un Cirujano especialista y después de haber cumplido el periodo de carencia de seis (6) meses y el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado(Isapre/Fonasa)
- r) 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.
- s) Los tratamientos para bajar de peso sí están cubiertos, asociados a patologías convergentes, lo anterior para casos de Obesidad con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m², no obstante, la Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC) tendrá cobertura con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al ítem específico si lo contempla el plan y siempre y cuando el Asegurado presente un Índice de Masa Corporal mayor que 40 Kg/m² y la intervención se encuentre cubierta por su Isapre o Fonasa. El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante, lo anterior, en caso de asegurados cuyo IMC mayor o igual a 35 con patología asociada de acuerdo a las patologías definidas en la norma ministerial, como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, Dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, los gastos serán sometidos a evaluación por parte de Contraloría Médica de SURA, a fin de determinar la procedencia de la cobertura
- t) Los Controles de Niño Sano se cubren hasta los 6 años e incluye Consultas, Exámenes y ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 22

CONDICIONES ESPECIALES

- 1) Considera convenio IMED
- 2) Para la vigencia de la presente póliza, cuya duración se encuentra establecida en sus condiciones particulares, se deja sin efecto las exclusiones referidas a Epidemias y Pandemias, solo para diagnósticos y tratamientos asociados al COVID-19, declaradas por la autoridad o por el organismo de salud mundial competente, reflejadas en POL320131698, POL220131698, POL320140415 y CAD 320160002 según corresponda en sus pólizas

Esta condición se mantendrá hasta el término de la vigencia y será válida bajo la condición que el contratante de la presente póliza se comprometa a cumplir a cabalidad todas las practicas, instrucciones, recomendaciones y obligaciones relacionadas con Covid19 que emita el Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y cualquier otra Autoridad Competente reconocida por el Gobierno de Chile

De esta forma, el contratante acepta y adquiere el compromiso de cumplir a cabalidad todo tipo de recomendación emitida por los Organismos y Autoridades Competentes anteriormente mencionados para garantizar el cuidado y bienestar de sus trabajadores. En efecto, esto aplicará a todo tipo de actividad que realice la empresa y se deberá extender a todos sus trabajadores para garantizar cualquier tipo de medidas que permita el cuidado de la salud de sus trabajadores que comprenda prácticas como teletrabajo, regímenes de horarios flexibles para sus trabajadores, acciones de higiene y protección en ambientes laborales o bien cualquier otro cuidado que el contratante pueda disponer a sus empleadores

La cobertura otorgada por esta cláusula adicional en virtud de esta Póliza específica para Covid19, no será exigible a la Compañía en los siguientes casos:

- a) Cuando el contratante no cumpla a cabalidad todas las practicas, instrucciones, recomendaciones, normas y obligaciones que emita el Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo o que sean pronunciadas por cualquier autoridad competente reconocida por el Gobierno de Chile.
- b) Cuando la empresa sea sancionada por algún incumplimiento laboral que sea estrictamente relacionado a las obligaciones emitidas por la Autoridad Competente que deben tomar los empleadores para la protección y el cuidado frente a Covid19

Referente a las obligaciones de los trabajadores de la empresa, podrán ser excluidos el pago de indemnizaciones bajo las siguientes exclusiones:

- a) Cuando el trabajador de la empresa no cumpla con el periodo obligatorio de cuarentena
- b) Cuando el trabajador no acate a cabalidad todas las instrucciones, procedimientos y obligaciones que la Autoridad o cualquier Organismo Competente de Salud competente decreta en los cuidados y obligaciones que asume el trabajador en el tratamiento del Covid19

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 23

TERMINACION ANTICIPADA DE LA POLIZA

Tanto la compañía aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.



POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

ANEXO PLAN DE SALUD
CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA DE SALUD

Seguro Complementario de Salud			
Liyfe Estándar			
I. Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Topes	
Consultas Médicas General	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 1 por consulta	UF 10 Anual
Consultas Médicas Especialista	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 1 por consulta	
Consultas Médicas Urgencia	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 1 por consulta	
Exámenes Laboratorio y Rayos, Anatomía patológica, Escáner, Imagenología	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 10 Anual	
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos,	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 10 Anual	
Cirugía Ambulatoria	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 10 Anual	
Fonoaudiología	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,5 por consulta	UF 10 Anual
Kinesiología	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,5 por consulta	
Medicamentos Genéricos	100	Sin Tope	
Medicamentos Bioequivalente			
Medicamentos Genéricos Convenio Fracción Ahumada, Salcobrand, Cruz Verde			
Medicamentos de Marca	50	UF 10 Anual por beneficiario	
Medicamentos de Marca Bioequivalente			
Medicamentos de Marca Convenio Fracción, Ahumada, Salcobrand, Cruz Verde			
Medicamentos de Marca referente o innovador			
Medicamentos de Marca Drogas oncológicas o inmunosupresores			
II. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Topes	
Día Cama (UTI/UCI, Recuperación, Intermedio, Sala Cuna)	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	Sin Tope	
Servicios Hospitalarios (Derechos de Pabellón, Insumos, materiales clínicos, Exámenes de laboratorio y Radiológicos, Procedimientos)			
Honorarios Médicos Quirúrgicos			

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

III. Maternidad	% Reembolso	Topes	
Parto Normal	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 10 Por Evento	
Cesárea		UF 15 Por Evento	
Aborto no provocado y Aborto en 3 causales		UF 10 Por Evento	
IV. Salud Mental	% Reembolso	Tope	
(Psiquiatría, Psicología, Psicopedagogía)			
Consulta Ambulatorias	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 1 por consulta	UF 15 Anual
Gastos Hospitalarios			
V. Extensión de Beneficios	% Reembolso	Tope	
Óptica (Incluyendo Marcos, cristales, lentes de contacto)	70	UF 3 Anual	
Traslado de Ambulancia Terrestre	Cobertura, ídem a la previsional	UF 10 Anual	
Prótesis y Ortesis	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 5 Anual	
Aparatos Auditivos	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 5 Anual	
DEDUCIBLE GES – CAEC	100	Sin Tope	
Deducible por grupo familiar	UF		
E+0	0.40		
E+1	0.80		
E+2 o más cargas	1.20		
Acumulación del deducible: año póliza, aplicando posterior al reembolso del plan			
Monto Máximo de Reembolso			
UF 500 Anual por Asegurado			

(*) La compañía aplicará sobre el valor reclamado (copago del asegurado), un 10% adicional a la cobertura del sistema previsional (Isapre o Fonasa).

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

CUADRO DE BENEFICIOS SALUD CATASTROFICO		
I. Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Topes
Consultas Médicas	100	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiología	100	Sin Tope
Procedimientos y Tratamientos	100	Sin Tope
Farmacia	50	Sin Tope
II. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Topes
Día Cama	100	Sin Tope
Día Cama UTI / UCI	100	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	100	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100	Sin Tope
III. Otros Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Topes
Prótesis, Órtesis y Yeso	100	Sin Tope
Gastos en el Extranjero	50	Sin Tope
Gasto Máximo Anual por Asegurado	UF 1000 Anual por Asegurado	
Deducible Anual Tope Complementario de Salud	UF 500	

POLIZA N° 8113
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA DENTAL		
I.- Gastos Dentales	UNO SALUD DENTAL	Tope
Odontopediatría Endodoncia Operatoria Cirugía Bucal Periodoncia Disfunción Prótesis Fija y Removible (Carencia 6 meses) Implantes Dentales (Carencia 6 meses) Ortodoncia (Carencia 6 meses) Laboratorio y Medicamentos dentales	50% UNO SALUD DENTAL	UF 15 Anual
II.- Monto Máximo de Reembolso		
15 UF Anual por Asegurado		

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 1 **COMPAÑÍA ASEGURADORA**

Razón Social SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Rut 76.263.414-7
Dirección Avenida Providencia 1760, Piso 5, Providencia, Santiago.

N° 2 **CONTRATANTE**

Razón Social Liyfe Spa
Rut 77.196.021-9
Dirección Vitacura 2939, Oficina 301, Las Condes

N° 3 **INTERMEDIARIO**

Razón Social Valorcapital corredores de Seguros SpA
Rut 77.022.546-9
% Participación 100%

N° 4 **COMISION**

Comisión Intermediario

N° 5 **ASEGURADOS**

Personal vinculado a **Liyfe Spa (Stock y Nuevos ingresos)**., personas naturales, que cumplan con los requisitos descritos en el N° 10 "Requisitos de Asegurabilidad" y cuya nómina vigente que ambas partes mantendrán en su poder.

Además, se consideran asegurados de este Contrato, bajo las condiciones detalladas en el N° 6 "Coberturas" posterior, a las siguientes personas:

- a) Hijos o Hijastros del asegurado titular
- b) Cónyuge o conviviente del asegurado titular (Solo una)

POLIZA N° 8112 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 6

COBERTURAS

Esta póliza cubre los riesgos detallados en los cuadros siguientes:

Coberturas por Asegurado

Cobertura	Condiciones Generales que Rigen la Cobertura		Asegurados con Cobertura
Vida	POL 220131675	Seguro Colectivo Temporal de Vida	Titular
Salud	CAD 320160002	Seguro Colectivo Complementario de Salud	Titular - Cónyuge o Conviviente – Hijos-Hijastros
Catastrófico	CAD 320160002	Seguro Colectivo Complementario Catastrófico	Titular - Cónyuge o Conviviente – Hijos-Hijastros
Dental	CAD 220160184	Seguro Dental Colectivo	Titular - Cónyuge o Conviviente – Hijos-Hijastros

Preexistencias

Preexistencias grupo inicial:

Los asegurados provenientes del seguro anterior e ingresados en la carga inicial, tendrán continuidad de riesgo para todas las coberturas. Lo anterior, en la medida que efectivamente hayan tenido cobertura para todos riesgos en el asegurador anterior.

Preexistencias Futuras Incorporaciones:

Vida: no cubre.

Salud y Catastrófico: No se cubren enfermedades, ni accidentes diagnosticados u ocurridos con fecha anterior a la vigencia inicial del asegurado en la póliza, sin embargo, se cubrirán preexistencias hasta un máximo de UF 2 durante los primeros 12 meses. Las preexistencias quedarán liberadas a contar del mes 13 de cobertura continua del asegurado.

Dental: Sin evaluación de preexistencia; sólo aplica carencia establecida en las condiciones de cobertura.

N° 7

BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios por coberturas serán los detallados en el siguiente cuadro.

Cobertura	Beneficiario de la Cobertura
Vida	Personas naturales o jurídicas que el Asegurado designe explícitamente en el formulario "Designación de Beneficiarios". A falta de designación expresa, el beneficiario que recibirá la indemnización correspondiente a todos los siniestros cubiertos serán los herederos legales en partes iguales.
Salud	Titular
Catastrófico	Titular
Dental	Titular

POLIZA N° 8112

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

El pago de reembolsos de asegurados, podrán ser emitidos a nombre de los Prestadores definidos según Convenio de Pago Directo de Gastos Médicos suscrito entre estos Prestadores y Seguros de Vida **SURAMERICANA S.A.** y cumplido el Procedimiento Administrativo que el mencionado Convenio contempla.

Para el seguro complementario de salud, dental, el reembolso de los gastos cubiertos por el seguro se efectuará al asegurado titular de la póliza, no obstante, en caso de que el asegurado titular haya fallecido, el reembolso de los gastos cubiertos por el Seguro se hará a quien acredite haberse hecho cargo de los gastos, para lo cual se deberá hacer llegar a la compañía todos los documentos respaldatorios que acrediten el pago efectuado

N° 8 CAPITAL ASEGURADO

El Capital Asegurado se expresará en **Unidades de Fomento (UF)**.

El Capital Asegurado por cobertura es el siguiente:

Cobertura	Capital Asegurado
Vida	UF 500

El Monto Máximo de reembolso expresado en Unidades de Fomento (UF), para la cobertura y por asegurado es el siguiente:

Coberturas Salud

Cobertura	Topes Anuales Asegurados hasta cumplido 65 años	Topes Anuales Aseg. Desde 65 hasta cumplido 75 años
Salud	UF 350	UF 175
Catastrófico	UF 500	-
Dental	UF 15	UF 15

N° 9 PRIMA

Coberturas Vida y Adicionales

La prima será **Mensual** para las coberturas detalladas en el cuadro siguiente y resulta de multiplicar el Capital Asegurado, definido para cada Asegurado y Cobertura, por las siguientes tasas expresadas en tanto por mil y dividido por mil:

Cobertura	Tasa por mil (‰)
Vida	0,2576

POLIZA N° 8112 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Coberturas de Salud

Las primas correspondientes a los planes de Seguro Complementario de **Salud, Dental y Catastrófico** son los siguientes:

Categoría Asegurado	Coberturas	
	Salud + Dental	Catastrófico
Titular solo	0,7865	0,0296
Titular con una carga	1,4100	0,0532
Titular con dos cargas	1,8310	0,0691
Titular con tres o más cargas	2,3736	0,0896

A las primas resultantes por las coberturas **Salud, Dental y Catastrófico** se les debe agregar el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

El pago de la prima será de cargo del Contratante y se pagará en forma **Mensual Vencida** dentro de los 20 primeros días de cada mes mediante cobranza enviada por el Asegurador.

Periodicidad	Tipo Cobranza	Tipo Facturación	Despacho Cobranza	Día de Pago
Mensual	Vencida	Anticipada	Sitio de Operaciones	20

Factura Requiere V°B°	Orden de Compra	Periodicidad OC	HES	Periodicidad HES	Días Plazos de Gracia
-	-	-	-	-	30

Fact. Normal o Especial	Tipo de Separación	Observación Adicional
Normal	-	-

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia de un mes. Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima se procederá de acuerdo al Artículo Primas de las Condiciones Generales.

La prima podrá ser cancelada a través de depósito o transferencia bancaria en las cuentas corrientes N° 800-32675-10, del Banco de Chile, N°000073872170 del Banco Santander o 10685545, del BCI, a nombre de Seguros de Vida Suramericana S.A., Rut 76.263.414-7. Para depósitos o transferencia deben hacernos llegar el comprobante de pago al correo electrónico Facturas.colectivos@segurossura.cl, indicando los siguientes datos:

- Monto pagado (\$)
- Banco receptor del Pago
- Número(s) de factura(s) asociada(s) al pago
- Número(s) de póliza (s) asociada (s) al pago

POLIZA N° 8112 COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 10

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurable se podrá incorporar a la póliza si la edad a la fecha de ingreso es menor o igual a la indicada en el cuadro **Edades de Ingreso y Permanencia**.

El asegurado podrá permanecer en la póliza mientras la edad sea menor o igual a la indicada en el cuadro **Edades de Ingreso y Permanencia**. No obstante, lo anterior, su exclusión será procesada de acuerdo al procedimiento establecido en el párrafo "Exclusión de asegurados por edad de permanencia" incluido en el N° 12 "Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados".

Cuadro de Edades de Ingreso y Permanencia

Cobertura	Edad Límite de Ingreso			Edad Límite Cobertura		
	Titular	Cónyuge	Hijos	Titular	Cónyuge	Hijos
Vida	69 años y 364 días	-	-	Cumpliendo 75 años	-	-
Salud	69 años y 364 días	69 años y 364 días	23 años y 364 días	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 24 años
Catastrófico	64 años y 364 días	64 años y 364 días	23 años y 364 días	Cumpliendo 66 años	Cumpliendo 66 años	Cumpliendo 24 años
Dental	69 años y 364 días	69 años y 364 días	23 años y 364 días	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 75 años	Cumpliendo 24 años

Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 60 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia regirá el primero del mes siguiente a la fecha de su solicitud.

Requisitos de asegurabilidad hijos recién nacidos

1.- Cobertura Complemento de Salud

Siempre que el parto haya sido cubierto por la póliza, podrán incorporarse al seguro desde el nacimiento. En caso contrario, sólo podrán incorporarse al seguro una vez transcurridos 14 días contados desde el nacimiento, previa evaluación de la compañía aseguradora. El asegurado titular deberá solicitar la incorporación de la carga a la compañía en un plazo máximo de 60 días corridos desde la fecha de nacimiento. Superado este plazo deberá esperar la próxima renovación de acuerdo con artículo N° 12 Inclusión, Exclusión y Modificación de Asegurados.

Para modificaciones de capital y futuras incorporaciones de asegurables deberán someterse a los requisitos expresados en la siguiente tabla:

TABLA DE EXIGENCIAS MÉDICAS

Monto (UF) / Edad (años)	Hasta los 59 años	60 años a 70 años
Hasta 2.500	SI	SI
2.501 - 3.500	SI	A**
3.501 - 5.000	SI	A
5.001 - 10.000	TS	B
10.001 a 18.000	B	C
18.001 y más	C	C

POLIZA N° 8112

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

SI: Solicitud de incorporación

TS: Declaración Personal de Salud (DPS) + TS (telesuscripción)

A**: Declaración Personal de Salud (DPS + TS (telesuscripción) + L1 (Perfil Lipídico: Colesterol total+ HDL+ Triglicéridos).

A: Declaración Personal de Salud (DPS + TS +Perfil Bioquímico + Perfil Lipídico +Orina Completa.

B: Declaración Personal de Salud (DPS + Examen Médico + Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG de reposo.

C: Declaración Personal de Salud (DPS + Examen Médico + Perfil Bioquímico + Orina Completa + Perfil Lipídico + ECG de Esfuerzo + Rx Tórax

Nota: Todo titular para ingresar al seguro deberá llenar como mínimo Solicitud de incorporación (SI) + los antecedentes de TEM según corresponda

Consideraciones de Aumento de Capital

1. Si el aumento de Capital se mantiene en el mismo tramo de la Tabla de Exigencias Médicas y es superior en un 30,00% del capital vigente, el asegurado deberá completar DPS.
2. Si el aumento de Capital cambia de tramo en la Tabla de Exigencias Médicas y la variación es superior a un 30,00%, el asegurado deberá completar DPS y ser evaluado médicamente según la edad y capital solicitado, de acuerdo lo establecido en la tabla de exigencias médicas.
3. Los asegurados que deban ser evaluados médicamente según punto 1) ó 2), mantendrán el capital asegurado vigente, el que será actualizado una vez que los antecedentes médicos hayan sido evaluados y aceptados por parte de la Compañía.
4. Los nuevos asegurados cuyo capital supere el monto FreeCover indicado en la tabla de exigencias médicas, serán incorporados a la póliza con capital equivalente al monto FreeCover y serán evaluados médicamente según la edad y capital solicitado. El capital vigente (FreeCover) será actualizado una vez que los antecedentes médicos hayan sido evaluados y aceptados por parte de la Compañía.
5. La actualización del capital vigente será a contar de la fecha de aceptación de los antecedentes médicos por parte de la Compañía. No obstante, en aquellos casos en que la evaluación médica determine la aplicación de un recargo, la actualización del capital vigente será a contar de la fecha de aceptación de éste por parte del contratante.
6. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes en aquellos casos que estime necesario y conveniente para la aceptación del asegurable.

Las condiciones detalladas en la presente póliza sólo son válidas para los asegurados cuyo Capital Asegurado sea menor o igual a UF 20.000.

En la eventualidad de existir asegurados con capitales asegurados superiores a UF 20.000, la Compañía los evaluará caso a caso, reservándose el derecho de aceptar o rechazar su incorporación y modificar las condiciones establecidas en la presente póliza.

El monto indicado precedentemente se determinará sumando los capitales asegurados de todos los contratos con coberturas equivalentes, que el asegurado tenga vigente en la Compañía.

POLIZA N° 8112

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 11

SINIESTRO

En caso de no contar, al ingreso del asegurado, con la información necesaria para validar las condiciones indicadas en el N° 10 de Requisitos de Asegurabilidad, en lo referente a límites de ingreso y cobertura, ésta se hará al momento de hacerse efectivo el siniestro, rechazándose el pago en la eventualidad de que la edad del asegurado a la fecha de ingreso a la póliza sea mayor o igual a la establecida en el citado Número.

No obstante, lo indicado en los puntos anteriores, cada siniestro puede requerir parte o todos los antecedentes señalados precedentemente y eventualmente de antecedentes adicionales, indicados en este procedimiento, como producto del análisis de las condiciones generales y particulares de la póliza de cada caso en particular.

N° 12

INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y MODIFICACIÓN DE ASEGURADOS

Con el objeto de mantener actualizada la nómina de asegurados que se encuentran cubiertos por el seguro, el contratante es responsable de enviar a la compañía aseguradora, directamente o a través del corredor, antes del día 20 de cada mes, las inclusiones, exclusiones o modificaciones de la nómina que se encuentre vigente.

En el caso de inclusión al seguro, el Contratante deberá enviar directamente o a través del Corredor en original el formulario "Solicitud de Incorporación". Los asegurables podrán incorporarse a la póliza durante los primeros 60 días comenzada la vigencia de ésta. Los asegurables que no fueron incorporados durante este plazo (60 días comenzada la vigencia) podrán ser incorporados a contar de la próxima vigencia, previa evaluación y aceptación por parte de la Compañía Aseguradora. Estos movimientos serán reflejados en la liquidación de primas que mensualmente se envía al contratante.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza, un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía aseguradora. Para los efectos de incorporarse a la póliza como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Y ser aceptados por la compañía aseguradora. El plazo de incorporación de estos nuevos dependientes es de 60 días contados desde que califiquen como dependientes.

Las nuevas contrataciones por parte del contratante podrán ingresar a la póliza con un plazo máximo de 60 días desde su fecha de contratación. Estos deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente póliza. Y ser aceptados por la compañía aseguradora.

Se deja establecido, además:

- ✓ Las solicitudes de incorporación, recibidas por la compañía aseguradora entre los días 1 y 20 de cada mes, tendrán cobertura desde el primer día del mes en curso.
- ✓ Las solicitudes de incorporación, recibidas por la compañía aseguradora entre los días 21 y 31 de cada mes, tendrán cobertura desde el primer día del mes siguiente.

Para la exclusión, el Contratante deberá indicar el nombre completo y Rut de la persona excluida del seguro. Dicha exclusión comenzará a regir desde el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud de exclusión por parte de la Compañía Aseguradora, a contar de la fecha de finiquito o en su defecto a contar de la fecha del último gasto presentado a la Compañía. En caso de la exclusión del titular, se entenderá excluido todo el grupo familiar asociado.

POLIZA N° 8112

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

Estos movimientos serán reflejados en la liquidación de primas que mensualmente se envía al contratante. Se deja establecido, que aquellos asegurados que solicitaron voluntariamente su exclusión del seguro no podrán volver a ser incorporados durante la vigencia actual de la póliza. En caso de solicitar su inclusión en una nueva vigencia, estos deberán incorporarse de la forma descrita en el párrafo anterior perdiendo toda continuidad de cobertura.

Nota: En aquellos casos en que el Contratante solicite un movimiento retroactivo, es decir incluir o excluir un asegurado con fecha anterior al mes en curso, la Compañía hará los respectivos movimientos solicitados siempre y cuando estos sean evaluados y aceptados por la Compañía con un plazo máximo de retroactividad de 60 días, no obstante el cobro de las primas o la devolución de estas será efectuado en la próxima facturación del mes en curso, a través de la liquidación mensual de primas más una reliquidación mensual de primas.

Exclusión de asegurados por edad de permanencia

a) Los asegurados que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la primera prórroga.

b) Los hijos que excedan la edad límite de permanencia durante la vigencia de la póliza, serán excluidos a contar de la fecha de renovación. En caso de que la póliza sea prorrogada, la exclusión será a contar del inicio de la primera prórroga.

N° 13 VIGENCIA

El presente contrato regirá a partir de las 0:00 del día **01 de octubre de 2021**, y durará hasta las 24:00 horas del día **30 de septiembre de 2022**.

Será renovado en forma automática por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno, si ninguna de las partes notificare a la otra, por escrito, su decisión de ponerle término a lo menos con 30 días de anticipación.

No obstante, la compañía aseguradora se reserva el derecho de revisar las condiciones de la póliza proponiendo las modificaciones necesarias para el manejo de ésta si observa que el volumen de asegurados vigentes en ese instante es inferior al 90% del volumen suscrito al inicio de vigencia de la póliza.

N° 14 REAJUSTABILIDAD

Tanto el valor de la prima como de las indemnizaciones se expresarán en **Unidades de Fomento (UF)** de acuerdo al equivalente en Pesos (\$) que tenga dicha unidad monetaria al día de pago efectivo de cada obligación.

N° 15 DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente Contrato de Seguros, las partes señalan como domicilio especial la ciudad de Santiago.

POLIZA N° 8112

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 19

CONDICIONES DE COBERTURA SALUD

- a) Este seguro operará en exceso del Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa), Bienestar u otro seguro adicional o convenio. Las coberturas del presente seguro serán en los mismos porcentajes más un 10% adicional en que la Isapre o Fonasa hayan participado según coberturas cuadro de Beneficios.

Ejemplo:

Prestación	Costo Prestación (\$)	Aporte Isapre /Fonasa	% Aporte Isapre /Fonasa	Copago Asegurado (\$)	% Reembolso Seguro	Reembolso Seguro (\$)
Consulta Médica	50.000	24.500	49%	25.500	59%	15.045
Consulta Médica	50.000	35.000	70%	15.000	80%	12.000
Consulta Médica	50.000	12.000	24%	38.000	34%	12.920

- b) Los gastos Sin cobertura por Isapre o Fonasa, No tendrán Cobertura alguna por ésta póliza. Se exceptúan de este criterio las prestaciones de Óptica y Medicamentos Ambulatorios.
- c) Toda consulta que no sea **medicina alópata** no está cubierta por este Seguro.
- d) La cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Plan Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa), sólo válido para urgencias o emergencias médicas. Para intervenciones y tratamientos en el extranjero. Se deberá solicitar evaluación y aprobación previa por escrito de la Compañía Aseguradora siempre y cuando, los gastos incurridos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio nacional.
- e) Servicios Hospitalarios, H.M.Q., UTI/UCI incluye:
- Pabellón
 - Exámenes, radiología
 - Procedimientos
 - Visitas Médicas
 - Insumos
 - Servicios de enfermería por prescripción médica
 - Equipos
 - Medicamentos
- f) Las Vitaminas y Minerales están cubiertas bajo el Ítem medicamentos y solo será para Embarazadas a Niños de hasta 2 años.
- g) No se cubren medias para varices.
- h) La Compañía reembolsará aquellas prestaciones en donde el asegurado utilizo excedentes de la Isapre.
- i) Las prestaciones como Psicología, Kinesiología, Fonoaudiología y Psicopedagogía es requisito que sean derivadas por un profesional médico, el cual deberá extender una orden médica donde señale el tipo de tratamiento.

POLIZA N° 8112

COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

- j) Se reembolsará el 100% del deducible aplicado por prestaciones **GES/CAEC** con un monto máximo a reembolsar de UF 126 anuales por patología activada, que corresponde al máximo del deducible establecido por Ley. Gastos que superen dicho monto serán bonificados de acuerdo al cuadro de beneficios del presente seguro. El reembolso bajo las condiciones mencionadas rige con la activación y uso de la red de prestadores que el Sistema de Salud Previsional tiene disponible para este tipo de cobertura
- k) La Cirugía Dental hospitalaria por accidente y la cirugía reparadora hospitalaria por accidente se reembolsan bajo la cobertura "Gastos Hospitalarios" de plan de Salud, siempre y cuando se encuentre cubierta por la Isapre y/o Fonasa y siempre que el accidente sea producido durante la vigencia Sura.
- l) No están cubiertos los gastos ambulatorios y hospitalarios de embarazos y partos de hijas de titulares.
- m) Se dará cobertura a las cirugías Laser sin restricción de dioptrías según lo indicado en el plan de Reembolso.
- n) I-MED (Liberado para Clínica Las Condes y Clínica Alemana)
- o) 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".
- p) Se consideran Prótesis y Ortesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el Arancel de Prestaciones de Fonasa.
- q) Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastia: Bajo esta cobertura se liquidarán todos los gastos del procedimiento diagnóstico incluyendo cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia siempre y cuando la deformidad de la nariz permita corregir la permeabilidad, con el fin de solucionar la obstrucción nasal, para lo anterior el asegurado al momento del denuncia del siniestro deberá presentar el informe del médico tratante, rinomanometría, TAC de cavidades perinasales, u otros exámenes que respalden la mala respiración y descarten que la cirugía sea de carácter estético, la prestación debe ser realizada por un Cirujano especialista y después de haber cumplido el periodo de carencia de seis (6) meses y el evento haya sido cubierto por el Sistema de Salud Previsional a la cual se encuentra afiliado el asegurado(Isapre/Fonasa)
- r) 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.
- s) Los tratamientos para bajar de peso sí están cubiertos, asociados a patologías convergentes, lo anterior para casos de Obesidad con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m², no obstante, la Cirugía por Obesidad Mórbida (IMC) tendrá cobertura con cargo al ítem Servicios Hospitalarios o al ítem específico si lo contempla el plan y siempre y cuando el Asegurado presente un Índice de Masa Corporal mayor que 40 Kg/m² y la intervención se encuentre cubierta por su Isapre o Fonasa. El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). No obstante, lo anterior, en caso de asegurados cuyo IMC mayor o igual a 35 con patología asociada de acuerdo a las patologías definidas en la norma ministerial, como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, Dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, los gastos serán sometidos a evaluación por parte de Contraloría Médica de SURA, a fin de determinar la procedencia de la cobertura
- t) Los Controles de Niño Sano se cubren hasta los 6 años e incluye Consultas, Exámenes y ecografía de Pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 22

CONDICIONES ESPECIALES

- 1) Considera convenio IMED
- 2) Para la vigencia de la presente póliza, cuya duración se encuentra establecida en sus condiciones particulares, se deja sin efecto las exclusiones referidas a Epidemias y Pandemias, solo para diagnósticos y tratamientos asociados al COVID-19, declaradas por la autoridad o por el organismo de salud mundial competente, reflejadas en POL320131698, POL220131698, POL320140415 y CAD 320160002 según corresponda en sus pólizas

Esta condición se mantendrá hasta el término de la vigencia y será válida bajo la condición que el contratante de la presente póliza se comprometa a cumplir a cabalidad todas las practicas, instrucciones, recomendaciones y obligaciones relacionadas con Covid19 que emita el Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y cualquier otra Autoridad Competente reconocida por el Gobierno de Chile

De esta forma, el contratante acepta y adquiere el compromiso de cumplir a cabalidad todo tipo de recomendación emitida por los Organismos y Autoridades Competentes anteriormente mencionados para garantizar el cuidado y bienestar de sus trabajadores. En efecto, esto aplicará a todo tipo de actividad que realice la empresa y se deberá extender a todos sus trabajadores para garantizar cualquier tipo de medidas que permita el cuidado de la salud de sus trabajadores que comprenda prácticas como teletrabajo, regímenes de horarios flexibles para sus trabajadores, acciones de higiene y protección en ambientes laborales o bien cualquier otro cuidado que el contratante pueda disponer a sus empleadores

La cobertura otorgada por esta cláusula adicional en virtud de esta Póliza especifica para Covid19, no será exigible a la Compañía en los siguientes casos:

- a) Cuando el contratante no cumpla a cabalidad todas las practicas, instrucciones, recomendaciones, normas y obligaciones que emita el Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo o que sean pronunciadas por cualquier autoridad competente reconocida por el Gobierno de Chile.
- b) Cuando la empresa sea sancionada por algún incumplimiento laboral que sea estrictamente relacionado a las obligaciones emitidas por la Autoridad Competente que deben tomar los empleadores para la protección y el cuidado frente a Covid19

Referente a las obligaciones de los trabajadores de la empresa, podrán ser excluidos el pago de indemnizaciones bajo las siguientes exclusiones:

- a) Cuando el trabajador de la empresa no cumpla con el periodo obligatorio de cuarentena
- b) Cuando el trabajador no acate a cabalidad todas las instrucciones, procedimientos y obligaciones que la Autoridad o cualquier Organismo Competente de Salud competente decreta en los cuidados y obligaciones que asume el trabajador en el tratamiento del Covid19

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

N° 23

TERMINACION ANTICIPADA DE LA POLIZA

Tanto la compañía aseguradora como la entidad contratante podrán poner término a esta póliza en cualquier vencimiento de prima, previo aviso dado por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

ANEXO PLAN DE SALUD
CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA DE SALUD

Seguro Complementario de Salud			
Liyfe Económico			
I. Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Topes	
Consultas Médicas General	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,5 por consulta	UF 5 Anual
Consultas Médicas Especialista	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,5 por consulta	
Consultas Médicas Urgencia	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,5 por consulta	
Exámenes Laboratorio y Rayos, Anatomía patológica, Escáner, Imagenología	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 5 Anual	
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos,	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 5 Anual	
Cirugía Ambulatoria	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 5 Anual	
Fonoaudiología	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,3 por consulta	UF 5 Anual
Kinesiología	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,3 por consulta	
Medicamentos Genéricos	100		
Medicamentos Bioequivalente			
Medicamentos Genéricos Convenio Fracción Ahumada, Salcobrand, Cruz Verde			
Medicamentos de Marca	50	UF 5 Anual por beneficiario	
Medicamentos de Marca Bioequivalente			
Medicamentos de Marca Convenio Fracción, Ahumada, Salcobrand, Cruz Verde			
Medicamentos de Marca referente o innovador			
Medicamentos de Marca Drogas oncológicas o inmunosupresores			
II. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Topes	
Día Cama (UTI/UCI, Recuperación, Intermedio, Sala Cuna)	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 1,5 por evento	Sin Tope
Servicios Hospitalarios (Derechos de Pabellón, Insumos, materiales clínicos, Exámenes de laboratorio y Radiológicos, Procedimientos)	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	Sin Tope	
Honorarios Médicos Quirúrgicos	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 25 Anual	

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

III. Maternidad	% Reembolso	Topes	
Parto Normal	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 10 Por Evento	
Cesárea		UF 13 Por Evento	
Aborto no provocado y Aborto en 3 causales		UF 7 Por Evento	
IV. Salud Mental	% Reembolso	Tope	
(Psiquiatría, Psicología, Psicopedagogía)			
Consulta Ambulatorias	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 0,5 por consulta	UF 10 Anual
Gastos Hospitalarios			
V. Extensión de Beneficios	% Reembolso	Tope	
Óptica (Incluyendo Marcos, cristales, lentes de contacto)	70	UF 1,5 Anual	
Traslado de Ambulancia Terrestre	Cobertura, ídem a la previsional	UF 5 Anual	
Prótesis y Ortesis	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 3 Anual	
Aparatos Auditivos	10% de cobertura adicional respecto de la cobertura previsional (*)	UF 2 Anual	
DEDUCIBLE GES – CAEC	100	Sin Tope	
Deducible por grupo familiar	UF		
E+0	1.0		
E+1	2.0		
E+2 o más cargas	3.0		
Acumulación del deducible: año póliza, aplicando posterior al reembolso del plan			
Monto Máximo de Reembolso			
UF 350 Anual por Asegurado			

(*) La compañía aplicará sobre el valor reclamado (copago del asegurado), un 10% adicional a la cobertura del sistema previsional (Isapre o Fonasa).

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

CUADRO DE BENEFICIOS SALUD CATASTROFICO		
I. Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Topes
Consultas Médicas	100	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiología	100	Sin Tope
Procedimientos y Tratamientos	100	Sin Tope
Farmacia	50	Sin Tope
II. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Topes
Día Cama	100	Sin Tope
Día Cama UTI / UCI	100	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	100	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100	Sin Tope
III. Otros Gastos Ambulatorios	% Reembolso	Topes
Prótesis, Órtesis y Yeso	100	Sin Tope
Gastos en el Extranjero	50	Sin Tope
Gasto Máximo Anual por Asegurado	UF 500 Anual por Asegurado	
Deducible Anual Tope Complementario de Salud	UF 350	

POLIZA N° 8112
COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA

CUADRO DE BENEFICIOS COBERTURA DENTAL		
I.- Gastos Dentales	UNO SALUD DENTAL	Tope
Odontopediatría Endodoncia Operatoria Cirugía Bucal Periodoncia Disfunción Prótesis Fija y Removible (Carencia 6 meses) Implantes Dentales (Carencia 6 meses) Ortodoncia (Carencia 6 meses) Laboratorio y Medicamentos dentales	50% UNO SALUD DENTAL	UF 15 Anual
II.- Monto Máximo de Reembolso		
15 UF Anual por Asegurado		

ANEXO: INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 del 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.

La presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende 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.cmfchile.cl

ANEXO DE INFORMACIÓN

1. SUCURSALES DE ATENCIÓN

Ciudad	Dirección (*)
Arica	18 de Septiembre N°153
Iquique	Simón Bolívar N°352, Oficina 102
Calama	Abaroa N°1364
Antofagasta	Hugo Silva Endiza N°861
La Serena	El Estadio N°1601
Viña del Mar	Avenida Libertad N°395
Rancagua	Ibieta N°041
Curicó	Manso de Velasco N°668
Talca	Uno Norte N°931, Local 1
Chillan	Cinco de Abril N°423
Concepción	Chacabuco N°1030
Los Angeles	Avenida Ercilla N°195, Oficina 15
Temuco	Alemania N°0200
Valdivia	Paseo Libertad N°491, Piso 2, Oficina 206
Osorno	Bilbao N°1129, Local 105, Piso 1
Puerto Montt	Benavente N°514
Punta Arenas	Carlos Borjes N°422
Santiago	Irarrázaval N°414, Ñuñoa
Santiago	Av. Providencia N°1760, Piso 3, Providencia

(*) En el horario normal de atención

2. CALL CENTER

Telefonos Fijos 600 411 1000
Desde Celulares *7000

3. PÁGINA WEB

www.segurossura.cl

ANEXO

(Circular N° 2106 Superintendencia de Valores y Seguros)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LIQUIDACION

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 LIQUIDACION

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 OPOSICION A LA LIQUIDACION 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) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICION 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 les 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 LIQUIDACION

En aquellos siniestros en que se sugieren problemas y diferencias de criterio 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 LIQUIDACION

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde 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 la fecha denuncia.

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

7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACION

Los plazos antes señalados podrán excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales periodos, 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 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 LIQUIDACION

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 y 27 del 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) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACION

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.

Impugnando el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220131675

ARTÍCULO 1: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Bajo los términos del presente contrato de seguro, el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza será pagado por la Compañía Aseguradora a los beneficiarios, en la forma, tiempo y periodicidad estipulados en las Condiciones Particulares, una vez acreditado el fallecimiento del Asegurado, titular o dependiente, si éste ocurre durante la vigencia del contrato de seguro y por causa no excluida en este contrato de seguro. Si el Asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento del contrato de seguro, no tendrá derecho a indemnización alguna.

La Compañía Aseguradora podrá a petición expresa del Contratante, la cual deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares, limitar la aplicación de esta cobertura en relación al ámbito temporal y territorial de la póliza sin que ello afecte la vigencia de ésta. Es decir, podrá definir horarios, días y zonas geográficas específicas en las que regirá la cobertura así como aquellas en las que no operará esta cobertura.

La prima respecto de cada Asegurado se devengará hasta la fecha de término del contrato de seguro, establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado titular, si esto ocurre antes.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Se consideran Asegurados para efectos de esta póliza, las personas que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o estén vinculados con o por la entidad contratante. Según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, podrán ser Asegurados, en calidad de Asegurados dependientes, personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

El Contratante de la póliza deberá informar el ingreso de los Asegurados, a través de los medios que la Compañía ponga a disposición del Contratante o según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: INCORPORACION Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud o propuesta de seguros, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo sobre sus vidas desde el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la Compañía de Seguros, o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La vigencia de la cobertura definida en el artículo 2° de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

ARTÍCULO 5: MODIFICACION DEL CAPITAL ASEGURADO

Para aquellos Asegurados vigentes que soliciten o respecto de los cuales se solicite modificar el capital asegurado, deberán presentar una solicitud de modificación y someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud para lo cual deberán presentar documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. De ser aceptada la solicitud, la Compañía propondrá la nueva prima y una vez que sea aceptada, se procederá con la modificación solicitada.

Todo lo anterior se notificará al solicitante conforme al artículo 20 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 6: EXCLUSIONES

Ese contrato de seguro no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del Asegurado se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones:

a) Suicidio o muerte producida a consecuencia de lesiones auto inferidas. No obstante, respecto de la cobertura que otorga este contrato de seguro, la Compañía Aseguradora pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido un año (1) completo e ininterrumpido desde: la fecha de incorporación del Asegurado a este contrato de seguro o de haber estado vigente este contrato de seguro producto de sucesivas renovaciones, desde su rehabilitación, o desde el aumento del capital asegurado. En este último caso, si ya se ha cumplido el plazo antes referido, el plazo volverá a computarse pero sólo respecto del incremento del capital asegurado.

b) Pena de muerte.

c) Participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor, cómplice o encubridor.

d) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado, incluyéndose la muerte tanto del Asegurado a causa de su estado de ebriedad, como a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación alcohólica establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

e) Siniestro causado dolosamente por el beneficiario o quien pudiera reclamar el capital asegurado, respecto de dicho beneficiario.

f) 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.

g) Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

h) Participación del asegurado en actos temerarios, notoriamente imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

i) 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 grave 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 debidamente aprobada por la Compañía Aseguradora en forma expresa.

j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

k) Enfermedades o dolencias preexistentes, entendiéndose por tales aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

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 enfermedades o dolencias preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura 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 del contrato de seguro.

l) Una infección oportunistica, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:

i. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.

ii. Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.

iii. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

ARTÍCULO 7: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía Aseguradora podrá evaluar y otorgar cobertura al riesgo de muerte por fallecimiento del Asegurado que se produzca a consecuencia de las exclusiones indicadas en el Artículo 6, letras h) e i) del presente contrato de seguro, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 8: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado serán las siguientes:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía Aseguradora para identificar y apreciar la extensión de los riesgos;

2. Pagar la prima en la forma y época pactadas;

3. 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

4. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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.

ARTÍCULO 9: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el Contratante informe al tenor de lo que solicite la Compañía Aseguradora, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar y apreciar la extensión del riesgo.

Convenido el contrato de seguro sin que la Compañía Aseguradora solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del Contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.

Si el siniestro no se ha producido, y el Contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía Aseguradora de acuerdo al número 1 del artículo anterior, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Asegurado rechaza la proposición de la Compañía Aseguradora o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

Estas sanciones no se aplicarán si el Asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.

La Compañía Aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 20, o en otras formas convenidas y

expresadas así en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 10: DEBER DE INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DEL SEGURO COLECTIVO

Sin perjuicio de las obligaciones de la Compañía Aseguradora, el Contratante del seguro colectivo deberá informar al Asegurado que forme parte de la póliza, acerca de todas las circunstancias, modalidades, términos y condiciones del seguro, haciendo especial mención de las condiciones de asegurabilidad y exclusiones de cobertura.

La Compañía Aseguradora no será responsable en caso de reticencia, omisión o falsa declaración del riesgo en el evento del incumplimiento de alguna condición de asegurabilidad, detectados al liquidar un siniestro, salvo que hubieran sido conocidas por ella antes del siniestro.

ARTÍCULO 11: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es el precio del seguro. La prima puede ser establecida como un porcentaje sobre el monto asegurado en función de la edad del Asegurado o de cualquier otra forma establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza.

a) Pago de Primas: El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, mensualmente en forma anticipada, o dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del contratante de la póliza.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada y en dicho caso, no habrá responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

b) Plazo de Gracia. Para el pago de la prima se podrá conceder un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. Si alguno de los Asegurados fallece durante dicho plazo de gracia, se deducirá de la indemnización a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente al Asegurado fallecido.

c) Efecto del no pago de la prima: La falta de pago de la prima, una vez expirado el Plazo de Gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al artículo 20 de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Contratante, y dará derecho al Asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado

previamente.

Producida la terminación, la responsabilidad del Asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la resolución pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

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, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 12°: REHABILITACION

Producida la terminación anticipada de la póliza o de la cobertura para un Asegurado en particular por no pago de prima, podrá el Contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres meses siguientes a la fecha de la terminación anticipada.

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida y reserva matemática cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

La sola entrega a la Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, en su caso, si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía Aseguradora a la solicitud de rehabilitación presentada por el Contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTÍCULO 13: DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Contratante y, en su caso, el Asegurado cuando fuere una persona distinta a éste, podrán instituir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas en el formulario que para estos efectos le proporcione la Compañía Aseguradora.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer entre ellos, salvo mención en contrario.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales según se indique en el documento de la posesión efectiva del Asegurado.

El Contratante o el Asegurado podrán modificar su designación de beneficiario cuando lo estimen conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento. A tal efecto deberá dar aviso a la Compañía Aseguradora por escrito.

La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 14: DENUNCIA DE SINIESTROS

El fallecimiento del Asegurado deberá ser notificado a la Compañía Aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, se deberá presentar a la Compañía los siguientes antecedentes relativos al siniestro:

- a) Certificado de Defunción original del Asegurado;
- b) Certificado de Nacimiento original u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado;
- c) Cuestionario Médico por Fallecimiento;
- d) Parte Policial y Alcoholemia (si correspondiese), cuando se trate de un accidente o una causa distinta a la de muerte natural.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la Compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el D.S. N° 1055, de 2012, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, u otro que lo reemplace o modifique.

ARTÍCULO 15: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro tendrá una vigencia de un (1) año, contado desde la fecha inicial indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y salvo que en estas se señale un período distinto, y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo expresado en el artículo 4. De tal manera, la terminación de la presente póliza por término de su vigencia, tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de dicha terminación.

ARTÍCULO 16: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

El contrato de seguro, y sus cláusulas adicionales si las hubiera, terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del Contratante, en los siguientes casos:

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el artículo 11 precedente;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el artículo 22 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato de seguro descrito en la letra b) mencionada en el párrafo

anterior, la Compañía Aseguradora enviará al Contratante una comunicación señalando que el contrato de seguro quedará sin efecto en un plazo de treinta (30) días desde la notificación conforme al artículo 20 de estas Condiciones Generales.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la Compañía de Seguros sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 17: TERMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un Asegurado titular, en los siguientes casos:

- a) Por termino del contrato de seguro colectivo;
- b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado titular ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24:00 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un Asegurado dependiente, en los siguientes casos:

- a) Por todas las causas de término anticipado del contrato de seguro respecto del Asegurado titular;
- b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado;
- c) Por fallecimiento;
- d) A las 24 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 8 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la Compañía de Seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 18: PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva.

Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del Asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el Asegurador le comunique su decisión al respecto.

En el seguro de vida el plazo de prescripción para el beneficiario será de cuatro años y se contará desde que se conoce la existencia de su derecho, pero en ningún caso excederá de diez años desde el siniestro.

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

ARTÍCULO 19: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos años desde la vigencia de la cobertura individual del asegurado en el contrato de seguro colectivo, la compañía no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del Riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 20: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o al Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La Compañía Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al Asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros.

Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 21: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el beneficiario, según corresponda, y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el Asegurado y el Asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las siguientes facultades:

1. Admitir, a petición de parte, además de los medios probatorios establecidos en el Código de Procedimiento Civil, cualquier otra clase de prueba.
2. Decretar de oficio, en cualquier estado del juicio, las diligencias probatorias que estime convenientes, con citación de las partes.
3. Llamar a las partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto, sin que ello implique prejuzgamiento en cuanto al asunto principal controvertido.
4. Apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931

ARTÍCULO 22: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

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 aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de

unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 23: MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

Las Condiciones Particulares del presente seguro, así como las Condiciones Particulares de las Cláusulas Adicionales, si las hubiere, podrán ser modificadas, en cualquier época, por acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, quien actuará por sí y en representación de cada uno de los Asegurados bajo esta póliza. Sin embargo, tal modificación no afectará en manera alguna a los siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha del cambio, ni a aquellos Asegurados que tengan la prima totalmente pagada. Para estos últimos, la modificación de las Condiciones Particulares de la póliza producirá efecto a partir de la fecha en que venza el periodo cubierto por la prima pagada.

Las modificaciones a las Condiciones Particulares de la póliza deberán constar en endoso u otro documento similar, el cual se entenderá forma 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, designada para estos efectos, 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 y cuya variación de las Condiciones Particulares les afecte respecto de cualquier modificación a éstas, para que éstos ejerzan los derechos consagrados en el artículo 517 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 24: DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente póliza, las partes señalan como domicilio el que aparece estipulado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 25: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma conjunta con esta póliza, complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado del contrato de seguro y de sus coberturas, cuando dichos efectos esté previsto en los adicionales respectivos.

ARTÍCULO 26: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1.- CONTRATANTE

El empleador, o una entidad jurídica, o la persona que celebra el contrato de seguros, el cual es señalado como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.- ASEGURADOS

Se consideran Asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que habiéndose solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.1. ASEGURADO TITULAR

La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante.

2.2. ASEGURADOS DEPENDIENTES

Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas al Asegurado Titular o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante.

Los Asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

2.3. ASEGURADOS

Cuando en esta póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata de Asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al Asegurado titular como al Asegurado dependiente que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

3.- ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES:

Enfermedad, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

4.- 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 de la póliza:

- 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 sólo por el asegurado titular.

CLAUSULA ADICIONAL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320160002

CLAUSULA SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, la presente Cláusula Adicional, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTICULO 1°: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO.

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario.

ARTÍCULO N° 2: COBERTURA

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar al beneficiario, los gastos médicos razonables y acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, a consecuencia de una incapacidad cubierta.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por los asegurados, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza principal, para cada caso.

Los reembolsos o pagos se efectuarán de acuerdo a las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza principal, y de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago expresados en ellas. Las coberturas descritas en esta Cláusula Adicional, pueden ser contratadas en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las cuales se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurran durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que ella y sus coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y que haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza principal se hubiese estipulado algún tipo de deducible, la compañía de seguros reembolsará los gastos médicos que excedan cualquiera de los deducibles que se establezcan, cuyos montos, períodos y formas de acumulación para cada uno de ellos se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza principal. Las coberturas que podrá otorgar la compañía de seguros en virtud de esta póliza, son las que se indican a continuación.

- A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN
- B) BENEFICIO DE MATERNIDAD
- C) BENEFICIO AMBULATORIO
- D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
- E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL
- F) BENEFICIOS ESPECIALES

Para los efectos de tener derecho a los beneficios que emanan de estas coberturas, éstas deberán estar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza principal, en las cuales se

establecerán además los porcentajes y límites de reembolso o pago correspondientes a cada una de ellas.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsual o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i. DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN: Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización;
- ii. DÍAS CAMA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO (UTI): Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Cuidado Intensivo, ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día;
- iii. DÍAS CAMA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO: Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Tratamiento Intermedio que dispone de organización técnica y administrativa propia dentro de las instalaciones de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día;
- iv. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como visitas o consultas médicas intrahospitalarias, salas de urgencia; derecho de pabellón; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;
- v. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado;
- vi. CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que 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;
- vii. SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERÍA: Es el servicio privado otorgado por un profesional de enfermería durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante;
- viii. SERVICIO DE AMBULANCIA: Es el servicio de traslado vía terrestre o aérea en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsual o de bienestar, otro seguro o convenio, respecto del asegurado titular o su cónyuge asegurado, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

En el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares se establecerán los porcentajes y límites de reembolso o pago para cada uno de los siguientes ítems:

- i) Parto normal;
- ii) Cesárea;
- iii) Aborto involuntario;
- iv) Complicaciones del embarazo;
- v) Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización, todas las cuales se reembolsarán de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada ítem del Beneficio de Maternidad en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares. La parte que exceda de dichos límites se entenderá

no cubierta por esta póliza.

Para que el asegurado titular o cónyuge asegurado tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica. Para los efectos de la cobertura de esta cláusula, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imagenología obstétrica practicado a la asegurada. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

Sin perjuicio de los límites definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea y aborto involuntario de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el asegurado titular o su cónyuge asegurado y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto involuntario, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario, según corresponda. Los gastos médicos en que incurra el asegurado titular o su cónyuge asegurado, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, serán reembolsados bajo el ítem complicaciones del parto, si correspondiese según la definición de este concepto que se indica en la presente cláusula. Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido podrán tener cobertura, sólo si este tiene la calidad de asegurado a la fecha de la prestación médica. Se cubrirán bajo la cobertura de medicamentos vitaminas y/o minerales, para embarazadas e hijos menores de 6 años.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes prestaciones, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares.

Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i) Consultas médicas generales; ii) Consultas médicas especialistas; iii) Consultas médicas domiciliarias; iv) Exámenes de laboratorio; v) Exámenes de imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear; vi) Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos; vii) Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos; viii) Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo; ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia; iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos; iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares.

Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía: Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante; ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.

F) BENEFICIOS ESPECIALES

Bajo este beneficio la compañía cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares. Se podrán contratar las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

i. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un 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 utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T). ii. Cirugía Ocular Lásik, comprende todos los gastos derivados 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 casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo cinco (5) dioptrías en cada ojo.

No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lásik debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.

iii. Prótesis y Órtesis, 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 prótesis maxilofacial, como también los implantes cocleares.

iv. Los beneficios especiales de esta cobertura sólo podrán ser contratados en conjunto con alguno de los beneficios indicados en las letras precedentes, no siendo posible su contratación en forma individual.

LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS:

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso o pago que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
3. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso inferior al 50%, u otro porcentaje señalado en las Condiciones Particulares, se considerará como gasto efectivamente incurrido el monto que resulte de la aplicación del porcentaje que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
4. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer porcentajes y límites de reembolso o pago diferentes según el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o el prestador médico que originó el gasto.
Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto médico incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 3: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

- 1) CONTRATANTE: El que celebra el seguro con el asegurado y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.
- 2) ASEGURADOS: Se consideran asegurados de esta póliza a las personas que, habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones

Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

a. Asegurado Titular: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Se considera asegurado titular para los efectos de este seguro a la persona que forma parte de un grupo, al ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante y se encuentra señalado o definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

b. Asegurado Dependiente: Podrán ser parte de esta categoría aquellas personas que tengan alguno de los siguientes vínculos con un asegurado titular:

i. Cónyuge;

ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan uno de los siguientes requisitos:

1. Ser menor de dieciocho (18) años de edad; 2. Ser mayor de dieciocho (18) y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en un

establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres. Los hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza;

iii. Otras personas dependientes del asegurado titular o de su cónyuge que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza. Las referencias en esta póliza al asegurado, sin especificar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se entenderán que se refieren a los asegurados titulares y asegurados dependientes, indistintamente.

3) INCAPACIDAD: Toda enfermedad o dolencia y, además, toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requiera tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

4) ENFERMEDAD: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto infringidas intencionalmente por el asegurado, excepto cuando el asegurado sea menor de catorce (14) años de edad al momento del diagnóstico. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el numeral precedente, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

5) 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.

6) ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado.

7) SITUACIÓN, DOLENCIA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza. 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, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, con excepción del beneficio de salud mental, en los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

10) HOSPITALIZACIÓN: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, en los términos definidos por la presente póliza, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería.

11) CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin requerir ser hospitalizado.

12) GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

13) GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

14) CARENANCIA: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, por un plazo determinado y especificado en las Condiciones Particulares. Se podrán establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

15) DEDUCIBLE: La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que éste último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Tratándose del presente seguro, el deducible corresponde al monto de los gastos médicos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupofamiliar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

16) PERÍODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

17) DEDUCIBLE POR SOLICITUD DE REEMBOLSO: Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 15) del presente artículo.

18) MEDICAMENTO: Para efectos de esta póliza se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata y destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico. No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural o alternativo.

19) SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO: Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

20) INSUMOS: Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: 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.

21) CIRUGÍA: Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., órganos, miembros o tejidos.

22) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS: Aquellos procedimientos efectuados o

supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad.23)

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 creta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distosia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

24) 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.

ARTÍCULO N° 4: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

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

ARTÍCULO N° 5: DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos médicos 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 de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen similares 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. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas por las instituciones antes mencionadas, es previo y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta póliza

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

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, como asimismo la hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- B) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- C) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- D) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros

tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.

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 infringidas y abortos provocados.

F) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.

G) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

i. La cirugía por obesidad, denominada como bariátrica u otras similares, independientemente de la existencia de otras incapacidades asociadas, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40) u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

iii. Cirugía Ocular Lásik para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.

iv. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.

v. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias.

vi. 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 asociados a una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.

iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral. iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

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. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el asegurado.

vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

J) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugías y/o tratamientos dentales 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 y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.

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.

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, tales como, gastos de alojamiento, comidas y otros. Se exceptúan los gastos por un acompañante del asegurado menor de catorce (14) años de edad.

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

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

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

R) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

S) Realización o participación 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.

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

U) 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 obtener la cobertura otorgada por esta póliza, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

V) Los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen en situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.

ARTÍCULO N° 7: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el artículo N° 6, Exclusiones, del presente contrato, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el certificado de cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 8°: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.

ARTICULO 9°: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO N° 10: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de esta póliza serán aquellos que se encuentren designados en dicha calidad en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 11: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza. 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 ese objeto, dirija el asegurador al asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Producida la terminación, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO N° 12: DENUNCIO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico de cargo del asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza. Con todo, en caso de no renovación de la póliza o de dar término anticipado a ésta, el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza.

El aviso de siniestro deberá efectuarse por medio del formulario físico o electrónico que la compañía de seguros dispondrá para estos efectos, el que deberá completarse con la información que en él se exija. El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la compañía de seguros del reembolso de los gastos médicos que le habría correspondido.

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de la compañía de seguros lo siguiente:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado o puesto a disposición por ella, con la información que en él se indique.
- B) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el asegurado. C) La entrega a la compañía de seguros 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 médico incurrido y su pago; 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.
- D) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
 - ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a sesenta (60) días de la fecha de aviso de siniestro.
 - iii. Nombre del asegurado, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
 - iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
 - V. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

Con todo, la compañía de seguros queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos. Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos.

ARTÍCULO N° 13: VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año u otro plazo señalado en las Condiciones Particulares y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas entre la compañía aseguradora y el contratante

Para los efectos de la renovación del contrato, la compañía de seguros deberá enviar al contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia.

En caso de no recibir respuesta a la propuesta por parte del contratante o éste no aceptase las condiciones de renovación antes del término de la vigencia de la póliza, ésta se entenderá no renovada, llegando a su término en la fecha prevista en las Condiciones Particulares.

Si la compañía aseguradora no enviase al contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada la póliza en las mismas condiciones vigentes, sólo por el número de días que la compañía aseguradora se hubiere retardado en el envío de las condiciones de renovación.

No obstante lo anterior, cualquiera de las partes, esto es, el contratante o la compañía aseguradora, podrá ponerle término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos, treinta (30) días de anticipación.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los gastos médicos en que incurran los asegurados con posterioridad a esa fecha.

La póliza terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado no pague la prima, en los términos señalados en el artículo 11°. Asimismo, y encontrándose la póliza colectiva vigente, la cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular en las siguientes circunstancias:

- a) En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, cuando el asegurado titular pierda la calidad de trabajador o afiliado de la empresa contratante o servicio de bienestar, según corresponda;
- b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) A partir de la fecha en que el cónyuge asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- d) A partir de la fecha en que el hijo cumpla los dieciocho (18) años de edad, o los veinticuatro (24) años de edad, según corresponda, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) A partir de la fecha en que se cumpla la edad que se indica expresamente para cada uno de los otros dependientes señalados en las Condiciones Particulares de la póliza;
- f) Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de él, excepto si en las Condiciones Particulares se hubiere dispuesto otra cosa o se hubiere contratado conjuntamente la Cláusula Adicional de exoneración del pago de primas;
- g) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía de seguros;

En los casos descritos desde la letra a) a la g) del presente artículo, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y, a contar de la fecha de término, ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos acaecidos al asegurado respecto del cual ha terminado anticipadamente su cobertura individual.

Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular cuya cobertura individual ha terminado. Los asegurados estarán vigentes hasta el último día del mes en que se solicitó su exclusión.

ARTÍCULO N° 14: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza nuevos asegurados durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación, o la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, el contratante deberá notificar e informar a la compañía dentro de un plazo máximo de 30 días desde la fecha de contratación o afiliación del trabajador, salvo que se estipule otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza. Si con posterioridad a la vigencia inicial de la póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía de seguros.

Para los efectos incorporarse como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, los trabajadores que hayan reunido los requisitos de asegurabilidad y no se hayan incorporado al inicio de la vigencia de la póliza, no lo podrán hacer, hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo cumplir los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la misma.

Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO N° 15: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados y las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

ARTÍCULO N° 16: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta cláusula, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación.

La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta cláusula.

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO N° 17: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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 en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO N° 18: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza

a.

ARTÍCULO N° 19: CLÁUSULAS ADICIONALES

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

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220160184

CLÁUSULA DE COBERTURA DENTAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD

No obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza, la presente Cláusula Adicional, se regirá por las estipulaciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1 COBERTURA

La Compañía de Seguros reembolsará o pagará los gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado a causa de una enfermedad o accidente de origen odontológico, sólo si las prestaciones son otorgadas y prescritas por un odontólogo o dentista, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en el plan de coberturas definido en las Condiciones Particulares, y siempre que haya transcurrido el periodo de carencia y que la póliza se encuentre vigente. Se otorgará cobertura a los gastos dentales incurridos por los asegurados tanto dentro como fuera de Chile. Las coberturas descritas en el Artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, pueden ser contratadas en forma conjunta o separada, una o varias de ellas, las cuales se deben indicar expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para efectos de que opere la cobertura es condición necesaria que las prestaciones dentales hayan sido efectivamente realizadas al asegurado a la fecha del denuncia del siniestro.

ARTÍCULO N° 2 DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

Las siguientes coberturas dentales, que podrán ser contratadas en forma conjunta o individual, y siempre que estén expresamente señaladas en las Condiciones Particulares, son las siguientes:

- a) CONSULTA: El gasto incurrido por concepto de la respectiva consulta dental, los exámenes no radiológicos, procedimientos, planes de tratamiento y controles derivados de ésta.
- b) RADIOLOGÍA: Radiografías retroalveolares unitarias y totales, bitewing, oclusal y otras radiografías pre y post operatorias.
- c) CIRUGIA DENTOMAXILAR: Todo procedimiento invasivo que se realiza con el fin de devolver la normalidad a las estructuras óseas y blandas de la boca, entre estos: extracciones simples de piezas temporales o permanentes, incluida la extracción de piezas semi-incluidas o incluídas, apertura de abscesos, resección de frenillos, osteotomías maxilares, controles post operatorios, etc.
- d) OPERATORIA (OBTURACIONES): El tratamiento de las caries para devolver a la pieza dental su forma y sus funciones, utilizando diversos materiales, tales como: amalgamas y composite de piezas temporales o permanentes anteriores y posteriores, como cemento temporal en estas mismas.
- e) IMPLANTOLOGIA: Incluye corona sobre implante, implante oseó integrado, reconstrucción de rebordes con injertos y los honorarios por la realización del implante.
- f) PROTESIS FIJAS: Elemento metálico, plástico o material rígido que reemplaza a un segmento u órgano. Corresponde a las prestaciones por concepto de coronas o fundas dentales, espiga muñón y puentes fijos.
- g) PROTESIS REMOVIBLES: Totales o parciales. Sólo para niños en el rango de 4 a 18 años de edad.
- h) ENDODONCIA: Tratamiento del conducto radicular del diente que ha sido afectado por caries o

traumatismo.

i) PERIODONCIA: Toda enfermedad que afecte a las estructuras de soporte del diente; básicamente encías, y hueso alveolar. Consiste en un tratamiento de retracción (destartraje) y curetaje de los seis grupos. Pulido radicular.

j) ODONTOPIEDIATRIA: Obturaciones en amalgama, composite y cementos de piezas temporales anteriores y posteriores, aplicados a niños en el rango de 3 a 18 años de edad.

k) URGENCIA: Se entiende por urgencia la primera atención que recibe un paciente que ha sufrido un accidente o presenta un cuadro agudo de alguna enfermedad y consiste en solucionar la situación de emergencia presentada en el paciente. La atención clínica en el servicio de urgencia odontológica puede terminar con la limpieza, cubrimiento o sutura de la herida, con la extracción o trepanación de un diente, con la inmovilización de una fractura de hueso o diente, con la medicación que alivia la fase aguda de la enfermedad o con el traslado del paciente a una sección de la clínica o centro especializado que pueda brindar una atención definitiva y más adecuada del paciente de acuerdo a los requerimientos clínicos del momento.

Urgencias odontológicas:

- Extracciones - Trepanaciones - Infecciones bucales - Hemorragias - Reposición de obturaciones con materiales temporales - Cementación de prótesis fija - Urgencias dentomaxilares: - Atención primaria fracturas dentarias - Suturas de heridas de la boca - Urgencias máxilo - faciales - Atención primaria de las fracturas de los huesos faciales - Suturas de herida de la cara

Las atenciones de urgencia incluyen:

- Honorarios del odontólogo - Medicamentos e insumos utilizados por el odontólogo durante la atención -Una sesión posterior para control

Derivación a tratamiento:

El odontólogo tratante, posterior a la atención, debe orientar al paciente para que por intermedio de la derivación escrita y explicación verbal obtenga la próxima atención en el más breve plazo y con el profesional indicado.

l) ORTODONCIA: Las prestaciones o servicios para la corrección de la posición de los dientes naturales, anomalías de paladar, casquete y mentón cuando fuere necesario, y así lo prescribiere un dentista.

m) PREVENCIÓN E HIGIENE: Un control dental preventivo, donde se indicarán los procedimientos preventivos de caries y enfermedades periodontales basados en administración de sellantes, aplicaciones de flúor, enseñanza de técnicas de cepillado e higiene bucal. Además se cubrirán, cuando corresponda, las terapias necesarias para tratar las enfermedades detectadas al asegurado en el control preventivo. Los sellantes se cubrirán una vez al año por pieza dental.

n) LABORATORIO DENTAL: Costos de laboratorio correspondiente a las prestaciones señaladas en letras a - m.

o) MEDICAMENTOS: Se cubrirán los antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios que sean recetados por el cirujano dentista exclusivamente para un tratamiento dental.

ARTÍCULO N° 3 DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por:

a) GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: El monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y

edad; considerando además, que sean las prestaciones que ordinariamente se suministran para el tratamiento dental; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para estos efectos, se tendrá en especial consideración el tipo de atención suministrada y el valor de referencia de esta, de acuerdo al arancel odontológico, del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile A.G. denominado "Arancel de Recomendación".

b) ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLOGICO: Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, incluyéndose las afecciones de tipo esquelética.

c) 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 de carácter odontológico que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

d) ODONTOLOGO O DENTISTA: Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que está calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto.

e) REEMPLAZO DE UNA PROTESIS: Sustitución de una corona o funda, puente fijo, prótesis totales o parciales removibles, que haya sido usada, no usada o perdida al momento de ser substituida y su elaboración o instalación se haya efectuado a lo menos 5 años antes al reemplazo, y en la opinión del odontólogo no se puedan restaurar.

f) GASTO DENTAL INCURRIDO POR EL ASEGURADO: El costo de la prestación, hasta el límite establecido como gasto dental razonable y acostumbrado, descontando las sumas reembolsadas, financiadas o bonificadas por una Institución de Salud Previsional, Fonasa o sistemas de bienestar, como asimismo otros sistemas o instituciones al cual pertenezca el asegurado y que le otorgue beneficios similares a la presente cobertura.

g) CARENANCIA: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde el inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, por un plazo determinado y especificado en las Condiciones Particulares. Se podrán establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

h) DEDUCIBLE: La estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan que éste último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiere pactado. Tratándose de este adicional, corresponde al monto de los gastos médicos cubiertos por este Adicional que serán siempre de cargo del asegurado o contratante, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado, grupo familiar, u otro grupo de asegurados, así como también para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos.

i) MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO: El límite máximo establecido para una o más coberturas que se otorgan bajo esta Cláusula Adicional, hasta el cual la Compañía pagará por un asegurado a causa de una o más prestaciones de gastos dentales. El monto y periodo de acumulación se establecen en las Condiciones Particulares.

j) PERÍODO DE ACUMULACION: El período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible, el monto máximo de reembolso o pago, o ambos a la vez, lo cual podrá o no estar restringido a uno o más beneficios y será siempre el período de vigencia de la póliza. La Compañía no indemnizará los gastos dentales razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado originados con ocasión de un evento ocurrido en ese período.

ARTÍCULO N° 4 EXCLUSIONES

Además de las exclusiones establecidas para la cobertura principal, esta Cláusula Adicional no reembolsará los gastos incurridos cuando ellos provengan o se originen por:

a) Cualquiera de las prestaciones dentales indicadas en el artículo N° 2 de esta Cláusula Adicional, salvo que se hayan contratado expresamente, lo cual deberá quedar expresamente establecido en las

Condiciones Particulares.

- b) Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.
- c) Cualquier gasto dental que tenga su origen en tratamientos no especificados en las coberturas que contempla este Adicional.
- d) Gastos dentales que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares.
- e) Medicamentos, exceptuando antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios que sean recetados por el Odontólogo o Dentista exclusivamente para el tratamiento dental.
- f) Cualquier tratamiento dental cuya finalidad sea de embellecimiento, estética o de carácter psicológico, o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado.
- g) Cualquier tratamiento dental iniciado con posterioridad a la fecha de término de su cobertura. Sin perjuicio de lo anterior, se reembolsarán los gastos por prótesis ordenadas antes del término de la cobertura del asegurado y que fueron entregados dentro de los 30 días siguientes del término de su cobertura.
- h) El reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras la persona se encuentre amparada por esta cobertura.
- i) Procedimientos de profilaxis realizadas dentro de los 6 meses siguientes de efectuado un procedimiento similar.
- j) Fluoraciones y otros tratamientos dentales preventivos.
- k) Prótesis e implantes dentarios.
- l) Situaciones, dolencias o Enfermedades preexistentes, es decir, aquellas que hayan sido conocidas por el asegurado o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de contratación de esta Cláusula Adicional. No obstante lo indicado, si en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares considera cobertura para alguna prestación dental excluida 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.

ARTÍCULO N° 5 RIESGOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La Compañía Aseguradora podrá otorgar cobertura a alguno o algunos de los riesgos excluidos cuando estos hayan sido declarados por el asegurado y aceptados por la Compañía, dejándose constancia en las Condiciones Particulares. La Compañía en estos casos podrá establecer el pago de una prima adicional.

ARTÍCULO N° 6 CARENCIA

La Compañía Aseguradora podrá establecer en las Condiciones Particulares un período de carencia el cual se entiende como un periodo de tiempo en el cual el Contratante o el Asegurado, según corresponda, paga primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta Cláusula Adicional. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la Cláusula hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO N° 7 BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta Cláusula Adicional serán aquellos que se encuentren designados en dicha calidad en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 8 GASTOS DENTALES EFECTIVAMENTE INCURRIDOS

Se reconocerán como gastos dentales efectivamente incurridos para los efectos de esta Cláusula Adicional, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos dentales, descontadas las sumas reembolsadas o financiadas por una institución de salud previsional como asimismo otros sistemas,

instituciones o bienestares a los cuales pertenezca el asegurado. La presente cobertura de reembolso de gastos dentales razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el Asegurado, se otorgará sólo respecto de aquellas prestaciones dentales que hayan sido efectivamente realizadas al Asegurado, para lo cual el Asegurado deberá entregar a la Compañía Aseguradora un certificado emitido por el dentista informando sobre el avance actualizado del tratamiento.

No se reembolsarán bajo esta cobertura los gastos dentales incurridos por el Asegurado respecto de prestaciones dentales que no estén efectivamente otorgadas a la fecha del denuncia del siniestro. El Asegurado tendrá obligación de informar a la Compañía Aseguradora, al momento de contratar esta Cláusula Adicional o al tiempo que le sean conferidos, si es posterior, la existencia de otros beneficios convencionales o legales que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados en esta Cláusula Adicional, como asimismo, de su afiliación a alguna institución de salud previsional privada o estatal.

Los beneficios de esta Cláusula Adicional no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el Asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos que deben pagar o reintegrar el empleador del Asegurado titular, servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO N° 9 MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

El monto máximo de reembolso por persona indicado en las Condiciones Particulares será anual y cubrirá todos los siniestros ocurridos bajo su vigencia hasta agotar dicho monto. Así en el caso de que un único siniestro ascienda precisamente a una suma equivalente al monto máximo de reembolso, no podrán ser cubiertos los siniestros posteriores, pero si el gasto dental cubierto no agota el monto máximo de reembolso, los siniestros siguientes se pagarán en la medida del monto que resta para completar el monto máximo por persona anual indicado en las Condiciones Particulares.

La Compañía Aseguradora sólo reembolsará de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, por los gastos dentales efectivamente incurridos por el Asegurado a consecuencia de una o más prestaciones derivadas de un siniestro, cubiertas en virtud de este adicional, en la medida que tales gastos dentales excedan el deducible que se hubiere estipulado.

ARTÍCULO N° 10 DENUNCIA DE SINIESTROS

Efectuado un gasto dental reembolsable en virtud de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado deberá informarlo a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares, utilizando para ello el formulario especial que la Compañía Aseguradora facilitará al efecto. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la Compañía, liberando a la Compañía del pago de la indemnización que habría correspondido.

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto dental por parte de la Compañía Aseguradora:

a) La entrega oportuna por el Asegurado a la Compañía Aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.

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

C) La entrega a la Compañía Aseguradora de los originales extendidos a nombre del Asegurado de los

recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

D) Los antecedentes médicos y exámenes radiológicos que obren en poder del Asegurado para efectos de determinar y verificar la efectividad de la prestación dental cuyo reembolso se solicita. Con todo, la Compañía de Seguros queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costo exámenes médicos al Asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la Compañía Aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos dentales.

ARTICULO N° 11: CLÁUSULAS APLICABLES

En todo lo no previsto en esta Cláusula Adicional, será aplicable lo previsto en las Condiciones Generales del seguro principal de la póliza