


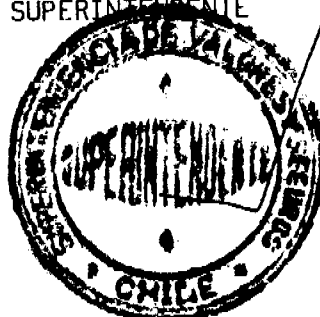
C I R C U L A R N° 186

Para todas las Entidades Aseguradoras del  
Segundo Grupo.

SANTIAGO, 25 de Junio de 1982.-

Vista la facultad que me confiere la letra e) del artículo 3º del D.F.L. 251 de 1931, y lo solicitado por una entidad aseguradora, el Superintendente infrascrito, aprueba el modelo de póliza adjunto "Plan Adicional Colectivo de Asistencia Médica y Hospitalaria" que se anexa a la póliza de Seguro de Vida Temporal, Reajutable y Renovable.

Saluda atentamente a Ud.,

  
SUPERINTENDENTE  


La Circular N° 185 fue enviada a todo el Mercado Asegurador.

000101

PLAN ADICIONAL COLECTIVO  
DE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA

---

Este contrato suplementario, y su solicitud, forman parte y se anexan a la póliza de Seguro de Vida Temporal, Reajutable y Renovable.

Mediante este Plan adicional, el asegurador conviene en reembolsar al asegurado principal, por intermedio de la entidad contratante, los be neficios estipulados en este plan adicional de acuerdo a los términos y condiciones del mismo.

I. DEFINICIONES

1. ENFERMEDAD:

Es toda alteración de la salud de una persona, que sea consecuencia de agentes ya sean internos o externos de carácter pa tológico, que hacen necesario un tratamiento médico.

2. ACCIDENTE:

Significará la ocurrencia de un hecho externo y violento, visible y ocasional e independiente de la voluntad del asegurado, que le ocasionen lesión física.

3. TRATAMIENTO:

Es el conjunto de medios por los cuales se cura o alivia una enfermedad o accidente.

4. MEDICO:

Es cualquier persona autorizada legalmente para ejercer la me dicina.

5. HOSPITAL O CLINICA:

Es cualquier establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina.

6. ASEGURADO PRINCIPAL:

Es aquella persona que está vinculada a la entidad contratante en forma activa y que figura como tal en los registros de dicha entidad.

7. DEPENDIENTE:

Es aquella persona que depende económicamente del asegurado principal y que se clasificará más adelante.

8. BENEFICIOS:

Son las cantidades máximas pagaderas que reconoce el asegurador de acuerdo con términos y condiciones que establece esta cláusula adicional, las cuales se especificarán en las condiciones particulares.

9. ELEGIBILIDAD

Significa el derecho que tiene un miembro de la entidad contratante y sus dependientes para gozar de los beneficios otorgados por esta cláusula adicional de acuerdo con los términos y condiciones de la misma.

10. PERIODO DE ACUMULACION DE BENEFICIOS

Comprende el período dentro del cual se efectúan uno o varios tratamientos que requieren hospitalización, debido a una o varias causas que se relacionen entre sí. Dicho período será mínimo de noventa (90) días, o según se determine en las condiciones particulares de la póliza, y se iniciará desde el último día en que el asegurado termine su tratamiento o salga del hospital. En tal período se pagarán los beneficios máximos de esta cláusula adicional para un mismo tratamiento.

000103

Si un asegurado incurriere en más de una hospitalización por el mismo tratamiento, durante este período, su reembolso no excederá de los límites de beneficio establecidos en las condiciones particulares de la póliza. Pasado dicho lapso se re-habilitarán los beneficios máximos de este contrato complementario.

11. DEDUCIBLE

Es la suma que deduce el asegurador a cada reembolso que efectúa a un asegurado cuando ha incurrido en tratamiento de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

II CONDICIONES GENERALES

1. ELEGIBILIDAD:

Serán elegibles al comienzo de la vigencia de la póliza las personas que formen parte de la entidad contratante y que soliciten su ingreso a este plan adicional, junto con sus dependientes tal como se los definió anteriormente.

Las personas que ingresen con posterioridad a la entidad contratante podrán ser incluidas en la póliza siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en las condiciones particulares de la póliza para ingresar al seguro.

Las personas elegibles al seguro se clasificarán de la siguiente manera:

- Los asegurados principales, cuya edad máxima para ingresar al plan es la indicada en las condiciones particulares de la póliza.

000104

- Dependientes.

- a) El cónyuge legítimo o la persona que esté conviviendo con el asegurado principal en calidad de compañero (a) en forma notoria y que figure como tal en los registros de la entidad contratante, cuya edad máxima para ingresar al plan será la indicada en las condiciones particulares de la póliza.
- b) Los hijos que figuran como tal en los registros de la entidad contratante, mayores de catorce (14) días y menores de diez y nueve (19) años a la fecha de inscripción en el plan.
- c) Los progenitores que dependan económicamente del asegurado principal, cuyas condiciones de aceptación serán estipuladas en las condiciones particulares de la póliza.

Los asegurados solteros que contraigan matrimonio, podrán solicitar la inclusión de sus dependientes, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que adquieran la calidad de casados. Dicho lapso es aplicable también al caso de los recién nacidos, siempre y cuando sean mayores de catorce (14) días. Pasado este tiempo deberán esperar un nuevo período de inscripción establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Las personas que no soliciten su inclusión en la póliza de acuerdo con los requisitos exigidos en sus condiciones particulares, podrán hacerlo en el momento en que el asegurador establezca un nuevo período de inscripción.

Si un asegurado al momento de iniciación del plan se encuentra en tratamiento de cualquier índole, ya sea que esté hospitalizado o no, el asegurador no tendrá ninguna obligación

000105

por tal concepto, comenzando a gozar de los beneficios otorgados por el plan el día siguiente en que termine el tratamiento.

Si un asegurado principal cancela su participación en el plan o la de sus dependientes, sólo podrá volver a solicitar su inclusión en la póliza, 12 (doce) meses después de que se haya producido el retiro y en el momento en que el asegurador establezca un nuevo período de inscripción.

El asegurador se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud y podrá exigir los requisitos que ella estime necesarios para el estudio de una solicitud y su aceptación.

## 2. BENEFICIOS BASICOS:

Es condición necesaria para gozar de los beneficios que a continuación se señalan que exista reclusión en un hospital o clínica.

- Cuarto y Alimento: es la cantidad pagadera por concepto de habitación diaria en un hospital o clínica, término que incluye el cuidado general de enfermeras regulares y dietas especiales para el asegurado, siempre y cuando dicha reclusión haya sido recomendada por un médico, sin exceder del beneficio máximo y el término de tiempo que se especifica en las condiciones particulares de la póliza.
- Servicios Hospitalarios: es la cantidad pagadera que reconoce el asegurador por servicios generales de un hospital y comprenden: sala de cirugía, anestesista, elementos quirúrgicos, rayos X, exámenes de laboratorio, sangre, enfermeras, ambulancia excepto la aérea y drogas.

No serán susceptibles de reembolso los gastos de acompañantes y enfermeras especiales.

- Honorarios médico-quirúrgicos: es la cantidad pagadera que reconoce el asegurador de aquellos gastos razonables y acostumbrados causados a raíz de una intervención quirúrgica en que incurra un asegurado amparado bajo la presente cláusula adicional.

Dicho reembolso se efectuará de acuerdo al porcentaje establecido en la clasificación de la intervención quirúrgica que aparezca en la tabla de operaciones especificada más adelante en el plan, sin exceder el beneficio máximo de honorarios médico-quirúrgicos que aparece en las condiciones particulares.

Si dos operaciones se ejecutan durante un mismo período de acumulación de beneficios, la cantidad total reembolsable no deberá exceder del beneficio máximo de honorarios médico-quirúrgicos establecidos en las condiciones particulares de la póliza.

Si dos o más operaciones debidas o relacionadas con la misma causa o causas se ejecutan durante un mismo período de acumulación de beneficios, al mismo tiempo, la cantidad total reembolsable por estas operaciones, será igual al beneficio máximo de operación que debido a su gravedad reconocerá el porcentaje más alto según la tabla de operaciones o de la que el médico haya cobrado la suma más elevada.

- Visitas médicas: se entiende como tal, la entrevista personal en la cual el médico examine al asegurado. El asegurador reconocerá solamente una visita diaria por cada día de hospitalización, hasta el máximo indicado en las condiciones particulares de la póliza.

No se reconocerán los costos de visitas que se originen dentro del hospital cuando se realice cualquier tratamiento quirúrgico cubierto por el beneficio de honorarios médico-

000107

quirúrgicos, sin embargo, se reconocerá máximo una visita prehospitalaria, preoperatoria, post-hospitalaria y postoperatoria siempre y cuando éstas no formen parte de los honorarios que cobre el médico por dicha intervención.

- Pequeña cirugía: el asegurador reconocerá una suma global que se estipula en las condiciones particulares de la póliza, por tratamientos ambulatorios como abscesos, drenajes, suturas, electrocoagulaciones por accidente, epixtasis, resección de lipomas y verrugas, además de las fracturas que no requieran intervención quirúrgica.

### 3. BENEFICIOS ADICIONALES:

Sujeto a los términos y condiciones del plan, adicionalmente el asegurador otorgará los beneficios que se detallan a continuación o más adelante, previa solicitud por parte de la entidad contratante y que serán consignados en las condiciones particulares de la póliza y sus anexos.

- Maternidad: el asegurador reembolsará hasta el máximo establecido en el plan, por todo concepto a la asegurada o dependiente asegurada, la atención a consecuencia de un embarazo o aborto no provocado criminalmente y cualquier complicación resultante del mismo, de acuerdo a las condiciones establecidas en las condiciones particulares de la póliza.

Sin embargo, cualquier embarazo que resulte en una operación cesarea o en una intervención por embarazo eutópico o extrauterino, serán consideradas como beneficios quirúrgicos, hasta el máximo indicado en el cuadro de beneficios. Igualmente serán consideradas como tal las complicaciones resultantes de un embarazo que requiera intervención quirúrgica, siempre y cuando, que la operación en mención se efectúe pasados 30 (treinta) días de la fecha en que terminó el embarazo.

000108



Los beneficios descritos anteriormente serán reconocidos después de 270 (doscientos setenta) días continuos de estar inscrita la asegurada bajo este plan, excepto para los casos de embarazo extrauterino o eutópico tubal, o según como se determine en las condiciones particulares de la póliza.

- Acompañantes: el asegurador reconocerá hasta el máximo indicado en las condiciones particulares de la póliza, los gastos causados por los familiares del enfermo. Este beneficio solo contempla el importe diario del hospital por un solo familiar quedando excluído el suministro de alimentos de la persona en mención.
- Enfermera especial: el asegurador reconocerá hasta el máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza, aquellos gastos en que incurra un asegurado cuando sea necesario según dictamen médico, el cuidado de una enfermera especial.
- Exámenes de diagnóstico: el asegurador reembolsará una suma global por todo concepto, hasta el máximo indicado en las condiciones particulares de la póliza, los gastos incurridos por un asegurado cuando le han sido practicados exámenes de diagnóstico recomendados por un médico y que comprenden:
  - Honorarios médicos
  - Exámenes de laboratorio clínico
  - Rayos X, con o sin medios de contraste
  - Estudio endoscópicos
  - Biopsias como estudios complementarios, ya sea como parte de endoscopía o sin ellas.
  - Exonoscopías.
  - Tomografías, métodos no evasivos

Los estudios practicados a los asegurados deben estar estrictamente relacionados con el estado patológico de la persona. El asegurador no reconocerá gastos que no estén incluidos bajo estos términos, al igual que otros gastos que no estén comprendidos en los beneficios descritos bajo este adicional, tales como cuarto y alimentación, acompañante, enfermera especial y demás gastos en que pueda incurrir el asegurado.

#### 4. EXCLUSIONES

No serán reconocidos beneficios bajo la presente cláusula adicional todos aquellos gastos relacionados directa o indirectamente con cada una de las siguientes causas:

- Tratamientos médicos que se realicen fuera de un hospital, excepto, los estipulados en la póliza y sus anexos.
- Cirugía estética con fines de embellecimiento o para condiciones preexistentes y en general para corregir defectos congénitos o malformaciones, excepto cuando sean a consecuencia de un accidente ocurrido mientras se esté asegurado bajo la póliza.
- Tratamientos médicos como consecuencia de enfermedades y/o desordenes mentales, trastornos nerviosos funcionales, curas de reposo, gastos de sanatorios o clínicos y lesiones debidas a estados de demencia.
- Adicción a drogas o alcoholismo, al igual que las lesiones debido a las mismas.
- Refracciones visuales o suministro de anteojos o audífonos.
- Enfermedades contagiosas que requieran cuarentena o aislamiento.

000110

- Aquellos gastos que tengan por objeto principal el diagnóstico, exámenes de laboratorio, rayos X o fisioterapia, y aquellos servicios que sean dentro o fuera del hospital a consecuencia de terapia como, rayos X, radium o isótopos exceptuando los establecidos en la póliza y sus anexos.
- Cuidado de enfermeras especiales o acompañantes por los que el asegurado haya tenido que pagar, excepto lo previsto en el beneficio adicional de enfermeras especiales y acompañantes.
- Embarazo. Término que incluye las complicaciones resultantes de un aborto o de dicho embarazo excepto, lo establecido en el beneficio adicional de maternidad.
- Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, excepto lo dispuesto en la póliza y sus anexos.
- Tratamientos y cuidados dentales en general, excepto a lo dispuesto en el plan y sus anexos.
- Cualquier afección cuyos síntomas o manifestaciones sean conocidas por el asegurado con anterioridad a la fecha efectiva del plan y no hayan sido declaradas al momento del ingreso a la póliza.
- Cualquier lesión o enfermedad causada por violación de normas legales, insurrección, revolución, huelga, asonada, motín, conmoción civil, guerra declarada o no, participación en competencias de velocidad o deportes peligrosos y actividades ilícitas, además, de las establecidas en el Código del Comercio.
- Aquellos tratamientos u operaciones que no tenga la finalidad de curar o aliviar una enfermedad o lesión.
- Suministro o alquiler de aparatos ortopédicos.

000111

5. RECLAMACIONES:

- Aviso de ocurrencia: el asegurado deberá informar a la compañía la ocurrencia de un tratamiento o enfermedad dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se inicie el tratamiento en mención; siempre y cuando le sea posible.
- Presentación y pago de reclamaciones: al terminar el asegurado un tratamiento de cualquier índole, deberá solicitar por intermedio de la entidad contratante el reembolso de los gastos en que incurrió hasta los límites del plan. Para cumplir con los requisitos exigidos por el asegurador, éste suministrará al asegurado por intermedio de la entidad contratante, los formularios necesarios para ser diligenciados en su totalidad y presentados al asegurador junto con las facturas originales debidamente canceladas dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de terminación del tratamiento.

Es discrecional por parte de la compañía, exigir documentos sustentatorios para aclarar suficientemente la ocurrencia del caso. Una vez presentados a la compañía, se efectuará el reembolso respectivo dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su presentación y aceptación en todas sus partes.

6. COEXISTENCIA DE SEGUROS:

El asegurado está en la obligación de informar al asegurador de la existencia de otros seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por la presente póliza, como asimismo su afiliación a alguna institución de salud de cualquier tipo.

000112

En tal caso el reembolso de los gastos incurridos por el asegurado se limitará a los excedentes y hasta los límites del plan que no le fueron reconocidos en otros seguros, siempre y cuando éste no exceda del costo real incurrido.

7. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

El asegurado perderá todo derecho otorgado por el presente plan en los siguientes casos:

- Cuando al dar noticia del siniestro omite maliciosamente la existencia de otros seguros.
- Cuando hay mala fe de parte de los beneficiarios del seguro por cualquier causa.
- Cuando las pérdidas, daños o lesiones han sido causadas intencionalmente por el asegurado o en complicidad con otras personas.

8. TERMINACION DEL SEGURO

Los beneficios otorgados por el presente plan terminarán automáticamente al ocurrir alguna de las siguientes causas:

- Cuando el asegurado deje de ser catalogado como tal de acuerdo a las condiciones y estipulaciones del plan.
- Cuando el asegurado suspende el pago de cualquier prima o, terminen las relaciones ya sea temporal o definitivamente que vinculaban en forma activa al asegurado principal con la entidad contratante.
- Cuando lo solicite expresamente el asegurado principal por escrito.

000113

- Cuando el número de asegurados principales sea inferior al número mínimo exigido por la compañía.
- Cuando la póliza sea revocada o no sea renovada.

Ningún gasto será reconocido por la compañía cuando los beneficios bajo el presente plan hayan expirado de acuerdo con las condiciones y estipulaciones del presente contrato complementario, excepto que el asegurado se encuentre en tratamiento ya sea que requiera o no hospitalización máxima hasta cuando termine el tratamiento o hasta cuando se cumpla un período de noventa (90) días contados a partir de la fecha de terminación de la póliza.

BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS MAYORES  
PARA TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS

---

I DEFINICIONES

1. GASTOS MEDICOS MAYORES

Son aquellos gastos razonables en los cuales incurre el asegurado a causa de un tratamiento ordenado por un médico, los cuales no han sido reconocidos por los beneficios otorgados por el plan básico y cuyo monto máximo reembolsable por todo concepto se estipula en las condiciones particulares de la póliza.

2. ELEGIBILIDAD

Serán elegibles para gozar del Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores, aquellas personas que de acuerdo con las condiciones generales del plan se puedan catalogar como asegurados.

3. BENEFICIO MAXIMO REEMBOLSABLE

Es el límite máximo de responsabilidad del asegurador bajo este amparo establecido en las condiciones particulares de la póliza, hasta el cual se reembolsarán todos aquellos gastos causados por cualquier clase de tratamientos amparados en el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores de acuerdo con los términos y estipulaciones del plan.

4. PORCENTAJE DE REEMBOLSO

Es la cantidad total pagadera a un asegurado bajo el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores, una vez aplicado al correspondiente deducible. Dicho porcentaje se establece en las condiciones particulares de la póliza.

000115

5. PERIODO DE ACUMULACION DE DEDUCIBLE

Es el período durante el cual se aplica el correspondiente de ducible a todo asegurado que goze de los beneficios de gastos médicos mayores, el cual se especifica en las condiciones particulares de la póliza.

6. DEDUCIBLE

Es la suma que se deduce a cada asegurado cuando incurre en un reembolso bajo el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores, de acuerdo con su período de acumulación.

II BENEFICIOS

El Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores, reconocerá bajo cada uno de los amparos que se estipulen más adelante, los gastos elegibles en el plan básico que no hayan sido reembolsados en su totalidad por ésta, los cuales serán pagaderos hasta el beneficio máximo reembolsable descrito en las condiciones particulares. Tales gastos se reconocerán siempre y cuando exista reclusión en un hospital o clínica.

1. CUARTO Y ALIMENTO

El asegurador reembolsará el costo de la habitación diaria que no haya sido cubierta bajo el plan básico hasta el máximo establecido en el cuadro de beneficios.

2. SERVICIOS HOSPITALARIOS

El asegurador reembolsará bajo el presente beneficio los gastos elegibles de un asegurado que no hayan sido cubiertos bajo el plan básico tales como salas de operaciones, exámenes de laboratorio, rayos X, anestesia, anestesista, instrumentadora, ayudante de cirugía, alquiler de equipos para parálisis



respiratoria, cámara de oxígeno y gama especial, drogas, medicina, sangre, oxígeno, servicios de enfermería y ambulancia profesional terrestre que conduzca a un asegurado al hospital.

3. HONORARIOS MEDICOS

El asegurador reconocerá bajo el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores, el exceso de los gastos elegibles, no reembolsados en su totalidad por el plan básico, causados a raíz de una intervención quirúrgica a la cual fue sometido un asegurado bajo la presente póliza, siendo condición necesaria que dichos honorarios médicos, sean los acostumbrados y razonables para tal operación.

Además, se reconocerá el costo de la visita prehospitalaria y posthospitalaria siempre y cuando éstas no formen parte de los honorarios médico-quirúrgicos.

Para aquellos tratamientos hospitalarios que no requieran intervención quirúrgica, el asegurador reconocerá el costo de las visitas realizadas por el médico tratante al paciente sin exceder de máximo una visita diaria por cada día de hospitalización. También serán susceptibles de reembolso la visita prehospitalaria y posthospitalaria.

III EXTENSION DE BENEFICIOS

No obstante a lo establecido en las estipulaciones y condiciones del Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores el asegurado tendrá los siguientes beneficios:

1. Tratamientos de cirugía plástica debidos a lesiones ocasionadas a causa de un accidente, realizada por un médico legalmente autorizado, dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a la ocurrencia del accidente, siempre y cuando tales lesiones sucedan mientras la persona esté asegurado bajo la póliza.

2. Tratamientos efectuados a un recién nacido antes de salir de un hospital como consecuencia de irregularidades congénitas, afecciones contraídas después del nacimiento o por parto prematuro que ocurran estando amparado por el seguro de los padres.
3. Tratamientos debidos a un embarazo extrauterino u eutópico que requieran intervención quirúrgica, al igual que, servicios médicos suministrados a consecuencia de vómitos perniciosos, toxemia y convulsiones relacionadas con el embarazo de una asegurada.

#### IV EXCLUSIONES

1. Tratamientos que no requieran hospitalización.
2. Reconocimientos médicos de chequeo o exámenes de diagnóstico que no sean necesarios o no estén relacionados con tratamiento de una enfermedad o accidente.
3. Refracciones visuales, suministro de anteojos o audífonos.
4. Cuidados y arreglos dentales en general.
5. Cirugía plástica para condiciones preexistentes o con fines de embellecimiento excepto lo establecido en los Beneficios Adicionales de Gastos Médicos Mayores.
6. Tratamientos suministrados a un recién nacido menor de 9 (nueve) días excepto a lo establecido en los Beneficios de Gastos Médicos Mayores.
7. Servicios médicos y hospitalarios debidos a un embarazo excepto a lo establecido en los Beneficios de Gastos Médicos Mayores.
8. Enfermedades mentales, trastornos nerviosos funcionales, lesio

nes causadas a sí mismo estando o no en su sano juicio, trata  
mientos y/o psicológicos y curas de reposo.

9. Adicción a drogas o alcoholismo y sus consecuencias.
10. Enfermedades profesionales o accidentes de trabajo.
11. Lesiones causadas por la participación de un asegurado en deportes peligrosos o competencias de velocidad.
12. Enfermedades contagiosas que requieran cuarentena.
13. Gastos de acompañantes y suministro de cualquier aparato o equipos ortopédicos.
14. Servicios suministrados a causa de motín, asonada, huelga, guerra declarada o no, y cualquier violación de las normas le  
gales al igual que actividades ilícitas.
15. Tratamientos de cualquier índole que no estén directamente re  
lacionados con la curación o alivio de una enfermedad o le  
sión, además, de los servicios o tratamientos no incluidos en el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores.

BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS MAYORES  
ANEXO TRATAMIENTOS NO HOSPITALARIOS

---

Para todos los efectos a que haya lugar y no obstante a lo establecido en el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores -para tratamientos hospitalarios- se hace constar mediante el presente anexo que se ampararán aquellos tratamientos que no requieran hospitalización debidos a una enfermedad o accidente, siempre y cuando sean recomendados por un médico legalmente autorizado y los cuales comprenden: honorarios médicos, visitas médicas, exámenes de laboratorio, rayos X, drogas, vendajes, yesos, servicios de una fisioterapeuta, servicios de hospitales y centros de salud.

En consecuencia queda sin efecto la cláusula Nº 1 de exclusiones del Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores.

EXTENSION DE BENEFICIOS

No obstante a lo estipulado en la cláusula Nº 4, de exclusiones del Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores se ampararán aquellos tratamientos dentales como consecuencia directa de un accidente que ocurra mientras esté asegurada la persona y sean practicados por un odontólogo dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió tal accidente.

Asimismo queda entendido y convenido entre las partes que el beneficio máximo reembolsable para tratamientos hospitalarios y tratamientos no hospitalarios es igual únicamente a un sólo máximo reembolsable para cada uno de los asegurados indicado en las condiciones particulares de la póliza para estos 2 (dos) anexos.

ANEXO ADICIONAL DE VISITAS SICOLOGICAS

---

Sujeto a los términos y estipulaciones del plan y para los efectos a que haya lugar, el asegurador conviene en pagar las cantidades estipuladas en las condiciones particulares de la póliza bajo el Beneficio Adicional de Gastos Médicos Mayores, cuando un asegurado ha incurrido en gastos como consecuencia de tratamientos psicológicos recomendados por un médico y/o psicólogo.

Dichos tratamientos incluyen sicoterapias, siempre y cuando tengan un diagnóstico justificado y preciso, efectuándose el tratamiento con un fin terapéutico determinado.

No serán susceptibles de reembolso aquellos gastos que se deban a psicoanálisis o tratamientos psiquiátricos.

BENEFICIO ADICIONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Para todos los efectos a que haya lugar se hace constar mediante el presente anexo, que se ampararán aquellos accidentes de trabajo que le ocurran a una persona mientras esté amparada bajo el presente plan y se encuentre desarrollando sus labores habituales que le han sido encomendadas por la entidad contratante.

Entendiéndose como accidente de trabajo un suceso repentino, imprevisto e independiente de la voluntad del asegurado que sobrevenga a causa del desarrollo normal de sus labores de trabajo, produciendo una lesión física, la cual no ha sido provocada en forma deliberada, negligente y por culpa del asegurado.

La entidad contratante se compromete de antemano, a prestarle la asistencia médica necesaria e inmediata al asegurado. En caso de no ser así, por cualquier causa, el asegurador quedará automáticamente exonerado de toda responsabilidad en dicho caso.

La entidad asegurada debe dar aviso del accidente al asegurador, dentro de los 15 (quince) días siguientes a la ocurrencia del hecho. Asimismo, la presentación de la reclamación deberá efectuarse dentro de los términos previstos por el plan. El reembolso se efectuará hasta los límites máximos establecidos por el mismo, en las condiciones particulares de la póliza.

BENEFICIO ADICIONAL AMBULATORIO

Sujeto a los términos y condiciones del plan, el asegurador conviene en reembolsar a los asegurados bajo el presente beneficio, aquellos gastos causados por tratamientos ambulatorios en que incurra un asegurado, reembolsándolos hasta el máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza y los cuales se especifican a continuación:

I BENEFICIOS

1. VISITAS MEDICAS

Entendiéndose como tal la entrevista personal en la cual el médico vea y examine al asegurado.

2. MEDICAMENTOS

Se reembolsarán aquellas medicinas prescritas por el médico, a raíz de la consulta médica en la cual se dictaminó la enfermedad o lesión, siempre y cuando estén relacionadas con el tratamiento de éstas.

3. EXAMENES DE LABORATORIO

Se reembolsará el costo de los exámenes ordenados por el médico tratante, siendo requisito indispensable que estén relacionados y sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

4. RAYOS X

Las radiografías ordenadas por el médico en la visita y que son necesarias para el tratamiento de la enfermedad o lesión.

## II EXCLUSIONES

No se reembolsará aquellos gastos que se realicen por las siguientes causas:

Visitas médicas para:

- Chequeos
- Tratamientos siquiátricos y/o psicológicos
- Refracciones visuales o suministro de anteojos
- Cuidados dentales en general
- Adicción a drogas o alcoholismo
- Enfermedades contagiosas que requieran cuarentena
- Cualquier lesión por violación de normas legales
- Embarazo y sus consecuencias
- Cirugía estética
- Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales
- Exámenes de laboratorio y rayos X cuando su único fin es el de diagnóstico o chequeo que no conduzcan ni sean necesarios para tratar una enfermedad, o accidente.
- Fisioterapia a consecuencia de un accidente o enfermedad.

Es condición necesaria para reconocer un reembolso bajo el presente beneficio, que se complete el formulario suministrado por la compañía, adjuntando las prescripciones médicas, órdenes de laboratorio y rayos X expedidas por el médico tratante y las facturas originales debidamente canceladas.

000124