

REF.: APRUEBA MODELO DE POLIZA
COLECTIVA DE SEGURO DE
VIDA Y SALUD


C I R C U L A R N° 323

Para todas las entidades del Segundo Grupo.

SANTIAGO, Junio 13 de 1983.

Vista la facultad que me confie
re la letra e) del artículo 3º del D.F.L. 251, de 1931, y lo so
licitado por una entidad aseguradora, el suscrito aprueba el mo
delo de póliza colectiva de seguro de vida y salud que se adjun
ta.

Saluda atentamente a Ud.,


FELIPE LAMARCA CLARO
SUPERINTENDENTE
ADMINISTRADOR DELEGADO

La Circular 322 fue enviada a todas las entidades aseguradoras
del Segundo Grupo.

000217

CONDICIONES GENERALES

ARTICULO PRIMERO: En virtud de la presente póliza, la Compañía de Seguros cubre a los asegurados individualizados en el cuadro de condiciones y características, contra los riesgos consignados en el mismo cuadro que ocurran en el período que dichas personas se encuentren amparados por los mismos, en los términos, formas, montos y condiciones que se señalan en este contrato.

Forman parte integrante de esta póliza las presentes condiciones generales, sus addendas sobre la o las coberturas que el asegurador otorga, el cuadro de condiciones y características, las condiciones particulares, los endosos a los mismos, la solicitud del contratante, las declaraciones individuales de los asegurados y los exámenes que a éstos se les hubiere practicado, en su caso.

DEFINICIONES

ARTICULO SEGUNDO : Para los efectos de la presente póliza, se entenderá por:

- a) ASEGURADOR O COMPAÑIA: La compañía de seguros
- b) CONTRATANTE: La persona natural o jurídica que celebra con el asegurador el presente contrato de seguros y señalada como tal en el cuadro de condiciones y características.
- c) ASEGURADOS: Las personas naturales que, reuniendo los requisitos establecidos al efecto en las condiciones particulares, se encuentran cubiertas por el asegurador en virtud del presente contrato, y están individualizadas como tales en el cuadro de condiciones y características, a solicitud del contratante y previa aprobación de la compañía.
- d) DEPENDIENTES: Las personas naturales que, reuniendo los requisitos establecidos al efecto en las condiciones particulares, tengan alguna de las siguientes calidades:

000218

1. Ser el o la cónyuge de un asegurado que no se encuentre divorciado temporal o perpetuamente;
2. Ser la persona que se encuentre viviendo con un(a) asegurado(a) en una reconocida condición de marido y mujer;
3. Ser hijos legítimos o naturales, hijastros o hijos legalmente adoptados de un asegurado, siempre que reunan copulativamente los siguientes requisitos:
 - i) Sean solteras;
 - ii) Dependan económicamente del asegurado para su sostenimiento; y
 - iii) Sean mayores de 14 días y menores de 19 años. Sin embargo, los mayores de 19 años y menores de 24 años de edad podrán continuar siendo dependientes si, reuniendo los requisitos anteriores, son estudiantes a tiempo completo en un acreditado establecimiento educacional secundario o superior.

Se considerarán dependientes de un asegurado sólo a las personas que, reuniendo los requisitos de las condiciones particulares y teniendo alguna de las calidades antes señaladas, figuren como tales en el cuadro de condiciones y características; previa aprobación de la compañía.

Si con posterioridad a la emisión de la presente póliza el asegurado adquiere nuevos dependientes, éstos sólo serán considerados como tales a contar de la fecha en que ello se comunique al asegurador y éste otorgue su aprobación. Dicho aviso deberá efectuarse dentro de los 31 días siguientes al momento en que la persona adquiera las condiciones para ser considerada como dependiente. Si no se envia dentro de dicho plazo, será necesario acreditar a satisfacción del asegurador la buena salud de la persona y, a contar de esa fecha, será considerada como dependiente.

Las coberturas que el presente contrato otorga a los dependientes terminarán automáticamente cuando éstos no reunan los requisitos para ser considerados como tales; y, asimismo, terminarán en los casos que la respectiva cobertura del asegurado del cual dependen termine por cualquier causa.

070219

- e) **BENEFICIARIOS:** La o las personas designadas por el asegurado para que, en caso de fallecer éste, reciban las indemnizaciones que en virtud de este contrato el asegurador está obligado a pagarle por la cobertura que le otorga.

Si los beneficiarios fueren dos o más, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario.

Si el asegurado no hace una designación determinada de beneficiario, o si él o los designados como tales fallecieren con anterioridad al asegurado, se entenderá que tendrán el carácter de beneficiario los herederos legales del asegurado.

Los asegurados podrán cambiar de beneficiario cuantas veces quieran, y al momento que lo estimen conveniente, dando aviso al asegurador mediante carta certificada, la cual deberá también ser firmada por el contratante si éste hubiese sido designado beneficiario con anterioridad al cambio solicitado. El cambio de beneficiario que reuna los requisitos anteriores, surtirá sus efectos desde la fecha en que se despache la carta certificada, aún cuando el asegurado no estuviere vivo en el momento en que ésta llegue a poder del asegurador. Con todo, la carta-aviso quedará sin efecto si ella se hubiere despachado el mismo día del fallecimiento del asegurado, o si al momento de ser recibida por el asegurador éste hubiere pagado alguna indemnización al beneficiario que se reemplaza.

- f) **PERIODO DE COBERTURA:** Es el plazo que el contratante conviene con el asegurador para la vigencia primitiva de esta póliza y de cada una de sus prórrogas o renovaciones, y que se señala como tal en las condiciones particulares del contrato.
- g) **MONTOS ASEGURADOS:** Es aquel que se ha acordado entre el asegurador y el contratante y que se señala para cada asegurado y por cada riesgo en el cuadro de condiciones y características. Si allí no se indicare ninguna cantidad respecto de uno o más asegurados por uno o más riesgos, se entenderá que la compañía no asume ninguna responsabilidad por éste o éstos, respecto de tal o tales personas.

000220

Los montos asegurados que se indican en la presente póliza se acuerdan para cada período de cobertura de ésta, sin que se acumule al o a los períodos siguientes al monto no indemnizado de algún período.

INCLUSION DE NUEVOS ASEGURADOS

ARTICULO TERCERO: Con posterioridad a la emisión de la presente póliza, y previa aprobación por escrito del asegurador y pago o convenio de pago de la prima correspondiente, el contratante podrá incluir nuevos asegurados cubiertos por este contrato, en la medida que ellos reunan los requisitos que para el efecto se establecen en las condiciones particulares.

Aprobada que fuere la inclusión del nuevo asegurado, la cobertura respecto del mismo regirá a contar del día primero del mes siguiente al de su aceptación por parte del asegurador.

LIBERALIDAD DE LAS CONDICIONES

ARTICULO CUARTO: Esta póliza no impone a las personas que ampara, restricciones en cuanto a residencia, profesión, oficio, cargo o actividad lícita en general. En los casos que se trate de ocupaciones o actividades calificadas de peligrosas en las condiciones particulares de este contrato, el asegurador cubrirá los riesgos previo pago de la prima adicional que corresponda o, en caso contrario, pagará únicamente la parte de las indemnizaciones previstas en este seguro que la prima pagada hubiere permitido asegurar, atendidas las tasas que normalmente cobra y dentro de los límites fijados por la compañía para dicha ocupación o actividad peligrosa.

000221

DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

ARTICULO QUINTO: Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan al asegurador apreciar correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

Asimismo, con anterioridad a la emisión de la póliza o simultáneamente con la solicitud de incorporación a la misma, los asegurados deberán efectuar tal declaración escrita respecto de su persona y sus dependientes.

La veracidad de tales declaraciones, como asimismo las que formulen el contratante o las personas amparadas por esta póliza, sea en la propuesta del seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen condición de validez del presente contrato.

La compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigencia de la póliza, incluso haciendo examinar medicamente a las personas amparadas por el presente seguro.

Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta del contratante, relativa a la edad, estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos de las personas amparadas por esta póliza, que puedan influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que conocida por el asegurador pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía para rescindir la totalidad del contrato; en cuyo caso de volverá al contratante las primas percibidas, con deducción de los siniestros pagados y de los gastos originados por la emisión de la póliza, sin perjuicio de poder hacer uso de los derechos que le confiere el artículo 558 del Código de Comercio.

000222

Si tal reticencia, declaración falsa o inexacta proviniera de algún asegurado respecto de la información que otorgue u omita de sí o de sus dependientes, y tenga las consecuencias antes señaladas, faculta a la compañía para excluirlos del presente contrato y dicho asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización en virtud de esta póliza.

ARTICULO SEXTO: No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, la validez de esta póliza o la inclusión de un asegurado en ellas, no podrá ser impugnada por declaraciones inexactas respecto al estado de salud de las personas amparadas por ella, después que éstas hayan estado dos años cubiertas por este seguro en el o los riesgos que incidan las declaraciones inexactas.

VIGENCIA

ARTICULO SEPTIMO: La duración del presente contrato será desde las 12,00 horas del día del inicio del primer período de cobertura señalado en las condiciones particulares del contrato, hasta las 12,00 horas del día allí indicado para su término.

Con todo, el presente contrato se entenderá renovado automáticamente por períodos de coberturas iguales y sucesivos, previo pago de la prima por tal período o de un acuerdo escrito entre el asegurador y el contratante para su pago, y siempre que uno u otro no hubieren manifestado su voluntad de no renovarlo al vencimiento del plazo inicial o de la prórroga vigente. La intención de no renovarlo deberá manifestar mediante aviso otorgado a la otra parte con, a lo menos, 30 días de anticipación a la fecha del vencimiento del plazo inicial o de la correspondiente prórroga.

Sin embargo, en caso que el conjunto de asegurados y sus dependientes pierdan los requisitos de asegurabilidad establecidos para el grupo en las condiciones particulares de la póliza, el asegurador podrá poner término anticipado al contrato, en cualquier momento, previo aviso dado por escrito con, a lo menos, 60 días de anticipación a la fecha en que desee ponerle término. En tal caso, el asegurador deberá devolver al contratante la parte proporcional de la prima cancelada, correspondiente al tiempo que falte por transcurrir del período de cobertura en vigencia desde la fecha del término anticipado de la póliza.

Además, el presente contrato terminará anticipadamente por las demás causales establecidas en esta póliza y en la ley

ARTICULO OCTAVO: Encontrándose el presente contrato en pleno vigor, el seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:

- a) Cuando el asegurado fallezca;
- b) Cuando el asegurado deje de cumplir con los requisitos que se señalan para ser tal en las condiciones particulares de este contrato.
- c) Cuando el contratante lo excluya de la lista de asegurados mediante comunicación dirigida al asegurador;
- d) Cuando el asegurado así lo solicite mediante comunicación al asegurador;
- e) Cuando el asegurador lo excluya de la póliza, lo cual queda facultado para hacerlo en cualquier momento, mediante aviso escrito al contratante y al respectivo asegurado despachado con, a lo menos, 60 días de anticipación a la fecha en que vaya a poner término al contrato respecto de ese asegurado;
- f) Cuando el contratante no pague la prima correspondiente a dicho asegurado, quedando facultado éste para enterársela a la compañía dentro de los plazos que al efecto se estipulan en el presente contrato;
- g) Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí o sus dependientes que altere el concepto del riesgo asumido por la compañía o cambie su naturaleza, pudiendo producir alguna modificación sustancial en las condiciones de este contrato o en la aceptación de su cobertura por parte del asegurador; o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En cualquiera de los casos señalados, la compañía devolverá al contratante la parte correspondiente a la prima pagada y no consumida de la cobertura del asegurado excluido; sin perjuicio de la facultad del asegurador para hacer uso respecto de ella de los derechos que le confiere el artículo 558 del Código de Comercio. Para tales efectos en los casos previstos en las letras c) y d) de este artículo, el valor de la prima consumida que corresponda a las coberturas del asegurado excluido se aumentará en un 20% durante todo el tiempo transcurrido del período de cobertura en vigencia.

ARTICULO NOVENO: Terminada la vigencia del contrato, sea anticipa
da o no, cesará toda responsabilidad del asegura
dor sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto
de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, cesará toda responsabilidad de la com-
pañía y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre
al asegurado que fuere excluido conforme al artículo anterior, a contar de
la fecha en que opere tal exclusión. Del mismo modo, en tales casos y a con-
tar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad del asegurador respecto
de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado ex-
cluido.

REAJUSTE DE VALORES

ARTICULO DECIMO: Salvo estipulación diferente en las condiciones
particulares del contrato, tanto los montos ase-
gurados como las primas correspondientes a esta póliza están expresadas en
Unidades de Fomento. El valor de la unidad de fomento que se considerará
para el pago de las primas y beneficios será el vigente al momento del pago
efectivo de los mismos.

PRIMAS

ARTICULO DECIMO PRIMERO: El contratante se obliga a pagar al asegurador
la prima señalada en el cuadro de condiciones y
características, en la forma y dentro de los plazos allí consignados.

En los casos de renovaciones automáticas del pre-
sente contrato, conforme lo dispuesto en el artículo 7º, la prima del res-
pectivo período de cobertura será la que el contratante convenga antes del
inicio del mismo con el asegurador y, a falta de acuerdo, será la que resul-
te de aplicar las tasas de primas consignadas para cada riesgo en el cuadro
de condiciones y características a los montos asegurados que allí se indi-
can para la respectiva cobertura por cada uno de los asegurados. Las pri-
mas de las renovaciones de la póliza deberán pagarse por el contrante en la
forma y plazos que éste convenga con la compañía y, a falta de acuerdo so-

000225

bre el particular, deberán pagarse en dinero efectivo con anterioridad al inicio del período de cobertura a la cual ella corresponda.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO: Efectuado el pago de la primera cuota en que se divida la prima del período de cobertura en vigencia, la compañía concede un plazo de 30 días para el pago de las cuotas siguientes, contado desde la fecha en que debió pagarse cada una de dichas cuotas.

Durante este plazo de gracia el presente seguro permanecerá vigente.

Vencido el respectivo período de gracia sin que se hubiere pagado el total de la cuota de prima, la vigencia del presente contrato terminará inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad derivada de esta póliza respecto de cualquier interesado en ella.

Con todo, previo pago de las primas adeudadas, la compañía queda facultada para rehabilitar el presente seguro, para lo cual se requerirá declaración escrita de ella en tal sentido.

ARTICULO DECIMO TERCERO: Si en el período de cobertura inicial o en los de las renovaciones de la presente póliza, el contratante resolviere no pagar la prima de uno o más asegurados incluidos en el contrato, terminará el seguro respecto de ese o esos asegurados, sin necesidad de aviso, transcurridos 30 días desde la fecha en que debió hacerse el pago. Sin embargo, ese o esos asegurados tendrán la facultad prevista en la letra f) del artículo 8º para evitar su o sus exclusiones de la póliza.

ARTICULO DECIMO CUARTO: El pago de las primas se hará en la oficina principal del asegurador o en cualquiera de los lugares que éste comunique al contratante.

ARTICULO DECIMO QUINTO: Queda entendido y convenido que el asegurador no tendrá ninguna responsabilidad de cualquier omisión o falta de diligencia de parte del contratante que produzca atraso en el pago de las primas, aún en el caso que el contratante las hubiere recibido de los asegurados. Estos tendrán la obligación precisa de cerciorarse personalmente que los pagos de las primas se efectúen en las fechas de sus vencimientos, o dentro de los plazos de gracia, y toda responsabilidad referente al pago de primas recaerá sobre el contratante.

ARTICULO DECIMO SEXTO: Las letras de cambio, pagarés y demás documentos bancarios y mercantiles que el contratante y/o los asegurados acepten, suscriban o entreguen a la compañía por las primas, no producirán novación de la obligación del pago de las mismas, y se entenderá que se reciben para el sólo efecto de facilitar su cobro.

INDEMNIZACIONES DEL SEGURO

ARTICULO DECIMO SEPTIMO: El pago de las indemnizaciones que el asegurador estuviere obligado a pagar por los riesgos que asume en virtud de esta póliza, se efectuará conforme al procedimiento y en los plazos consignados en este contrato para la respectiva cobertura, una vez acreditados y cumplidos los requisitos establecidos al efecto.

Las acciones para perseguir el pago de las expresadas indemnizaciones, prescribirán en el plazo de un año contado desde la fecha del hecho que las origina. Vencido dicho plazo, la compañía no tendrá obligación ni responsabilidad alguna respecto del siniestro.

DE LAS COMPAÑIAS Y CERTIFICACIONES DE LA POLIZA

ARTICULO DECIMO OCTAVO: El asegurador entregará al contratante una copia de la presente póliza; como asimismo un certificado individual para cada asegurado que así lo solicite, en el cual se indicará el nombre de dicho asegurado, el número y la fecha de emisión de la presente póliza y la fecha de inicio de la vigencia de su cobertura.

000227

En caso de extravío o destrucción de la copia de la póliza o de algún certificado individual, el asegurador a petición del contratante o del asegurado, en su caso, expedirá un duplicado del documento original. La nueva póliza o certificado anulará y reemplazará al anterior extraviado o destruido. Todo gasto que resulte por estos conceptos se rá de cargo del contratante o, en su caso, del asegurado.

COMUNICACIONES

ARTICULO DECIMO NOVENO: Para su eficacia dentro de este contrato, las co municaciones entre la compañía y el contratante, sus asegurados y/o los beneficiarios de éstos deberán hacerse por escrito.

Las dirigidas al asegurador deberán efectuarse al domicilio de éste por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía. Las de la compañía serán dirigidas al último domicilio que tenga registrado del contratante, sea que se dirijan a éste, a cualquiera de los asegurados o a sus beneficiarios.

CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

ARTICULO VIGESIMO: Los impuestos de cualquier naturaleza que afecten o que en el futuro se establezcan sobre las primas, indemnizaciones o beneficios de esta póliza o sobre cualquiera otra base relacionada con la misma, serán de cargo exclusivo del contratante, los asegurados o sus beneficiarios, según sea el caso.

ARBITRAJE

ARTICULO VIGESIMO PRIMERO: Todas las dudas y dificultades que se susciten entre la compañía y el contratante, o entre éste o aquella con cualquiera de los asegurados y/o sus beneficiarios, con motivo de las estipulaciones del presente contrato, ya sea que dichas dudas o dificultades se refieran a la apreciación de su existencia o inexistencia ,

000228

validez o nulidad, cumplimiento o incumplimiento, aplicación, resolución, ejecución, interpretación o a cualquier otra materia relacionada directa o indirectamente con la presente póliza, serán resueltas por un árbitro arbitrador y amigable componedor que estará premunido de las más amplias facultades.

El árbitro actuará sin forma de juicio y en contra de sus resoluciones no procederá recurso alguno, a los cuales la compañía, el contratante, los asegurados y sus beneficiarios renuncian expresamente en este acto y, además, se obligan a hacerlo al constituirse el arbitraje.

El árbitro será designado de común acuerdo por las partes en conflicto y, a falta de acuerdo, por cualquiera de los juzgados civiles de mayor cuantía con jurisdicción en el domicilio indicado en el artículo siguiente que esté de turno al pedirse el nombramiento, pero en este último caso el árbitro que se designe será arbitrador en el procedimiento pero deberá resolver conforme a derecho y en contra de sus resoluciones procederán los recursos que la ley establece.

El árbitro estará siempre facultado de acuerdo entre las partes sobre procedimiento, para fijarlo con entera libertad, incluso en lo concerniente al sistema de notificaciones, pero la primera de ellas deberá siempre efectuarse conforme a las reglas del Título VI, del Libro I, del Código de Procedimiento Civil.

El arbitraje establecido en este artículo es sin perjuicio de la facultad de las partes de recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros en conformidad al artículo 3º letra i), del D.F.L. 251 de 1931.

DOMICILIO

ARTICULO VIGESIMO SEGUNDO: Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, el asegurador, el contratante, los asegurados y sus beneficiarios constituyen domicilio especial en la ciudad y comuna de

000229

ADDENDA N°

COBERTURA DE VIDA

ARTICULO PRIMERO : En virtud de la presente cobertura la compañía pagará al fallecimiento del asegurado, el monto indicado para este riesgo en el cuadro de condiciones y características del contrato, siempre que el fallecimiento ocurra durante el período en que el asegurado se encuentre amparado por esta cobertura. El pago del expresado monto se efectuará al o a los beneficiarios del respectivo asegurado.

EXCLUSIONES

ARTICULO SEGUNDO : Se excluye de la presente cobertura y, en consecuencia, la compañía no tendrá responsabilidad alguna en caso que el fallecimiento del asegurado ocurra como consecuencia de algunas de las causas mencionadas en los números 1º y 2º del artículo 575 del Código de Comercio. No obstante, la compañía pagará el monto asegurado a los beneficiarios si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que el asegurado hubiere estado amparado por esta cobertura, en forma ininterrumpida, durante los dos años anteriores a la fecha de su fallecimiento.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

ARTICULO TERCERO : El fallecimiento de los asegurados se probará con el respectivo certificado de defunción otorgado por el Oficial del Registro Civil u autoridad competente, sin perjuicio de los antecedentes que pueda solicitar el asegurador para acreditar la ocurrencia del fallecimiento y determinar sus causas. En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse en conformidad a la ley.

Acreditada la ocurrencia del siniestro a satisfacción de la compañía, el asegurador pagará el monto asegurado en el pla-

000230

zo máximo de 10 días contados desde la presentación de la documentación requerida.

Sin embargo, dentro de dicho plazo el o los beneficiarios podrán convenir con la compañía que la totalidad o una parte de dicha cantidad, en lugar de pagárseles en un sólo acto, lo sea en uno de los siguientes modos opcionales de liquidación, sujeta a las disposiciones legales, a las que convengan las partes en esa oportunidad y a las estipulaciones que en cada caso a continuación se expresan:

OPCION 1 : Opción con derecho a retiro

Todo o parte de la indemnización podrá dejarse depositado en poder de la compañía, generando un interés mensual a convenir. El titular del beneficio podrá efectuar retiros con cargo al depósito en las épocas que estime oportuno.

OPCION 2 : Pago por un período determinado

Todo o parte de la indemnización se podrá pagar en cuotas mensuales iguales y sucesivas a convenir, durante el período que se acuerde, generando un interés también a convenir.

OPCION 3 : Renta Vitalicia

Todo o parte de la indemnización se podrá pagar en cuotas mensuales iguales y sucesivas a convenir, durante todo el período que viva el titular del beneficio. A la muerte de éste cesará todo pago y toda obligación de la compañía.

OPCION 4 : Renta Vitalicia con período garantizado

Todo o parte de la indemnización se podrá pagar en cuotas mensuales iguales y sucesivas a convenir, durante todo el período que viva el titular del beneficio; pero si este falleciere antes de cancelarse el número de cuotas que se hubiere acordado al ejercerse la opción, la compañía seguirá pagando a sus herederos legales, hasta completar el número de las referidas cuotas.

000231

OPCION 5 :

Renta Vitalicia Mancomunada

Todo o parte de la indemnización se podrá pagar en cuotas mensuales iguales y sucesivas a convenir, durante todo el período que viva el titular del beneficio y, a su fallecimiento, la compañía continuará pagando las mencionadas cuotas, deducidas en un 50%, a la persona que éste hubiere designado al momento de ejercer la opción, y durante todo el resto de su vida. Si esta otra persona falleciere antes de tener derecho al pago aquí estipulado, los pagos mensuales cesarán al momento de fallecer el titular de esta opción.

Si el o los beneficiarios no ejercieren ninguna de las opciones antes señaladas o si no hubiere acuerdo con la compañía respecto a las mismas, la indemnización será pagada al contado en dinero efectivo, cheque o vale vista, dentro del plazo antes consignado.

000232

ADDENDA N°

COBERTURA DE SALUD

ARTICULO PRIMERO : En virtud de la presente cobertura, la compañía reembolsará los reales, necesarios y razonables gastos médicos incurridos por los asegurados y/o sus dependientes, de acuerdo al tipo de beneficios que aquí se indican y por los montos que se señalan en el cuadro de condiciones y características.

En caso que en dicho cuadro no se indique monto alguno respecto de un determinado beneficio, se entenderá que éste no se encuentra cubierto por el asegurador.

DEFINICIONES

ARTICULO SEGUNDO : Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

- a) MEDICO : Doctor en medicina humana, habilitado y autorizado legalmente para practicar la medicina y calificado para efectuar el tratamiento estipulado.
- b) HOSPITAL O CLINICA: Instituciones autorizadas como hospital o clínica por las autoridades respectivas, instalada para el cuidado de personas enfermas o lesionadas, que proporcione asistencia de enfermeras las 24 horas del día y que cuente con instalaciones y facilidades para diagnóstico y cirugía mayor. Esta última exigencia no será necesaria en el caso de un hospital dedicado especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas.

El término hospital o clínica no se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, lugar para vigilancia, asilo para ancianos o lugar usado principalmente para la reclusión o tratamiento de adictos a drogas o alcohólicos.

000233

- c) GASTOS RAZONABLES: Costo normal de las atenciones médicas, esto es, el monto acostumbrado que se cobra por atenciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas, atendida la calidad y nivel de los tratamientos, suministros y servicios otorgados y el prestigio, experiencia y calidad de las personas encargadas de la atención. La compañía tendrá, en cualquier momento, el derecho para calificar el costo normal de cualquier servicio o material utilizado en las atenciones médicas en base a un estudio representativo de personas e instituciones que provean de tales servicios o materiales.
- d) INCAPACIDAD: Toda enfermedad o dolencia y toda lesión corporal sufrida a resultas de un accidente, que afecten el organismo de los asegurados o sus dependientes y que requieran de un tratamiento por un médico.
- e) ACCIDENTE: Todo hecho externo, repentino y violento, visible, imprevisto y ocasional e independiente de la voluntad de la persona que lo sufre y que le afecte en su organismo ocasionándole lesiones físicas.
- f) INTERNACION EN UN HOSPITAL O CLINICA: Es la reclusión por prescripción médica de una persona como paciente residente en un hospital o clínica, registrándose como tal en el establecimiento, a efectos de otorgarle tratamiento por una incapacidad que le afecte. Para que se considere internación es necesario que el hospital o clínica en donde se encuentre registrado el paciente le cobre, a lo menos, un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
- g) OPERACION QUIRURGICA: Sólo serán consideradas como tales las efectuadas por un médico o por orden de un médico y que reúnan algunas de las siguientes características:
- 1) Operación incisiva;
 - 2) Sutura de una herida;
 - 3) Tratamiento de una fractura;
 - 4) Sujeción de una dislocación;
 - 5) Radioterapia (excluyendo isótopo de la terapia radioactiva), si es usado en lugar de una operación incisiva para la remoción de un tumor;
 - 6) Electrocauterización;

000234

- 7) Diagnósticos y procedimientos terapéuticos endoscópicos;
- 8) Tratamiento de inyecciones para las hemorroides y venas varicosas.

BENEFICIOS

ARTICULO TERCERO : Los beneficios que otorga el asegurador en virtud de esta cobertura son los siguientes, en cuanto ellos figuren cubiertos en el cuadro de condiciones y características de este contrato:

A) BENEFICIOS BASICOS: La compañía reembolsará la totalidad de los gastos razonables incurridos por el asegurado y/d sus dependientes, hasta la suma máxima por cada período de cobertura indicada en el cuadro de condiciones y características, originada por cualesquiera de las siguientes causas:

1. En caso de internación del asegurado o dependiente en un hospital o clínica, la compañía reembolsará los siguientes gastos:

- (a) Beneficio diario: El gasto incurrido por concepto de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado o dependiente durante su internación en un hospital o clínica, hasta el monto máximo señalado en el cuadro de condiciones y características del contrato, como "beneficio diario" por cada día de internación.
- (b) Servicio de hospital: El gasto incurrido por concepto de servicios y abastecimiento del hospital o clínica no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia, pabellones, unidades de tratamiento intensivo; oxígeno; exámenes de laboratorio, radiológicos especiales y de anatomía patológica; elementos, insumos y medicamentos utilizados en una operación quirúrgica, incluyendo los costos de sangre y plasma sanguíneo, suministrada al asegurado o dependiente durante su internación en dicho hospital o clínica, hasta el monto máximo señalado en el cuadro de condiciones y características del contrato como "servicios de hospital" por cada período de cobertura.

000235

(c) Honorarios médicos - quirúrgicos: El gasto incurrido por concepto de honorarios de los médicos y anestesistas que hubieren intervenido en una operación quirúrgica al asegurado o dependiente, incluyendo los honorarios provenientes de la consulta normal pre-operatoria; la investigación y preparación del paciente; el procedimiento operatorio y el cuidado total post-operatorio prestado por el cirujano, tanto mientras el paciente se encuentre en el hospital o fuera de él, hasta el monto máximo señalado en el cuadro de condiciones y características del contrato como "honorarios médico - quirúrgicos" por cada período de cobertura.

2. En caso que el asegurado o dependiente sufiere alguna lesión como consecuencia de un accidente sin que fuere internado en un hospital o clínica, o si se requiere practicársele cirugía menor que tampoco requiera de internación, la compañía reembolsará hasta el límite máximo por cada período de cobertura indicado en el cuadro de condiciones y características del contrato, la totalidad de los gastos en que se incurra por concepto de los servicios suministrados por el departamento de pacientes externos de un hospital o clínica, por la consulta de un médico y por los honorarios médicos relacionados directamente con las lesiones que el asegurado o dependiente hubiere sufrido en el accidente o por la cirugía menor que hubiere sido necesario practicarle.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD: La compañía reembolsará los gastos médicos y de hospital en que se incurra como consecuencia de embarazo, sea que el resultado del mismo sea un parto, malparto o aborto legal, en la medida que:

- (a) La mujer embarazada fuere una asegurada casada o la cónyuge de un asegurado que figure como su dependiente en este contrato; y
- (b) El momento de la concepción fuere posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura con el beneficio de maternidad.

El asegurador sólo reembolsará los gastos razonables e que incurra la persona embarazada, que sean consecuencia de su embarazo y que provengan de:

000236

- (a) Cargos de hospital o clínica, incluyendo cuidado de enfermeras y cuidado de crianza del bebé mientras la madre está recluida en el hospital; y/o
- (b) Cargos hechos por médicos y/o matronas registradas, por partos y atención pre-natal.

Este beneficio será pagadero sólo una vez por cualquier embarazo, incluyendo todas y cada una de las complicaciones relacionadas con el mismo, y el asegurador sólo reembolsará hasta el máximo indicado para el beneficio en el cuadro de condiciones y características del contrato.

El referido límite máximo se aumentará a un 15% en un caso de reclusión de maternidad que requiera una operación abdominal, tal como cesárea o embarazo extra-uterino; y se disminuirá a un 50% en caso de aborto, sea por razones de salud de la embarazada o del feto.

- C) BENEFICIOS MEDICOS SUPLEMENTARIOS: La compañía reembolsará los gastos incurridos por el asegurado o sus dependientes, que sean razonables y necesarios para su atención médica y para los servicios administrados por médicos u ordenados por éstos.

Cada uno de dichos gastos será reembolsado sólo en la proporción señalada en el cuadro de condiciones y características del contrato.

Sin embargo, si en las condiciones particulares de la póliza se hubiere estipulado un deducible inicial (esto es, un monto de gastos que la compañía no reembolsará y que sólo una vez ocasionados y acreditados por los mismos nace la obligación del asegurador de indemnizar los gastos siguientes), la compañía reembolsará el referido porcentaje de los gastos que excedan del deducible inicial que se determine, cuyo monto, período de acumulación y forma de acreditar se señalarán en las condiciones particulares del contrato.

000237

En virtud de este beneficio el asegurador sólo indemnizará por cada período de cobertura hasta el monto fijado para el efecto en el cuadro de condiciones y características. En caso que la compañía hubiere reembolsado a un asegurado, por los gastos suyos y de sus dependientes, más del 75% del referido límite, éste será reestablecido en su totalidad siempre que el asegurado y sus dependientes acrediten a satisfacción de la compañía un estado de salud.

Los gastos a que se refiere el presente beneficio no incluirá cantidad alguna reembolsada en virtud de los otros beneficios a que se refiere el presente artículo, pero incluirá:

- (a) Beneficios diarios, por habitación, alimentación y atención de enfermería, según se definen en la letra A-1-a de este artículo, hasta la cantidad máxima diaria indicada en el cuadro de condiciones y características del contrato.
- (b) Servicios de hospital, para la atención médica en el hospital o clínica, según se definen en la letra A-1-b de este artículo.
- (c) Anestésicos y su administración.
- (d) Servicio de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local.
- (e) Servicios médicos para cirugía y otras atenciones médicas, excluyendo los servicios dentales, salvo el caso previsto en la letra siguiente.
- (f) Servicios dentales para cirugía, prestados por un médico dentista o cirujano dental, para el tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales.
- (g) Servicio privado de enfermera profesional de guardia, prestado por una enfermera graduada en un establecimiento de educación superior, que no sea de la familia o resida en la casa del asegurado.
- (h) Tratamiento psiquiátrico hasta el máximo por período de cobertura que se indica en el cuadro de condiciones y características y sin que exceda por tratamiento de la cantidad que en el mismo cuadro se señala.

000238

- (i) Los siguientes servicios y suministros, en cuanto ellas fueren prescritas por un médico; tratamiento de Rayos X, radio y otras sustancias radioactivas; tratamiento por fisioterapeuta que no sea de la familia; drogas y medicinas prescritas por un médico; vendaje por lesiones corporales accidentales o enfermedades; enyesaduras, entablillados, braqueros, abrazaderas y muletas; alquiler de silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

Queda entendido y convenido por las partes que cualquier gasto originado por alguna de las prestaciones cubiertas por los "Beneficios Básicos" que exceda al máximo por período de cobertura establecido para ese beneficio en el cuadro de condiciones y características, estará cubierto por los "Beneficios Médicos Suplementarios" en la parte que exceda el máximo referido y en los términos precedentemente señalados.

No obstante, los gastos de maternidad sólo son cubiertos hasta el máximo por embarazo establecido en el cuadro de condiciones y características para el "Beneficio de Maternidad", y la parte que exceda dicho máximo no se entenderá cubierta por los "Beneficios Médicos Suplementarios".

DUPLICACION DE BENEFICIOS

ARTICULO CUARTO : Los beneficios de esta cobertura no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro plan, sistema o institución que otorgue beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado y/o sus dependientes, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que debieran pagar o reintegrar las empresas, entidades aseguradoras, médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas. Para los efectos de calcular el monto de la suma a reembolsar por el asegurador de acuerdo a esta cobertura, se reducirá del gasto total incurrido por el asegurado y/o sus dependientes, el monto a que se tenga derecho en virtud de los beneficios o coberturas de tales planes, sistemas o instituciones.

000239

EXTENSION DE BENEFICIOS

ARTICULO QUINTO : Los beneficios otorgados por la presente cobertura no tienen restricciones en cuanto al lugar en donde se incurra el gasto, pudiendo ellos efectuarse dentro o fuera del país, como tampoco impone restricciones en cuanto al profesional o institución que preste los servicios al asegurado o a sus dependientes.

Asimismo, se conviene que en caso que la presente póliza termine, anticipadamente o no, encontrándose el asegurado y/o dependiente internado en un hospital o clínica, los beneficios de esta cobertura continuarán en vigor hasta el término de dicha internación. No obstante en ningún caso dichos beneficios serán extendidos por un período superior a 30 días contados desde la fecha de término del contrato de seguros.

EXCLUSIONES

ARTICULO SEXTO : La presente cobertura no asegura, y el asegurador no reembolsará, ningún gasto que sea consecuencia o provenga de:

1. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo y por lesión o enfermedad causada por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
2. Lesión o enfermedad causada por:
 - (a) Insurrección o guerra, declarada o no;
 - (b) Motín, huelga o conmoción civil;
 - (c) Desórdenes populares o riñas;
 - (d) Participación en actos calificados como delitos por la ley;
 - (e) Negligencia o imprudencia grave por parte del lesionado o enfermo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44º del Código Civil;
 - (f) Un hecho deliberado del lesionado o enfermo, tal como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas, abortos provocados, etc.

000240

3. Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento.
4. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado o dependiente se encuentre amparado por la presente cobertura.
5. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general, a menos que éstos sean necesarios por lesiones a los dientes naturales ocasionados por un accidente y en la medida que ellos se realicen dentro de los seis meses siguientes al accidente (el tratamiento incluye el reemplazo de dichos dientes naturales dentro de dicho período).
6. Aparatos auditivos y lentes o anteojos ópticos.
7. Exámenes para el sólo efecto de chequeos, no inherente o necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión, como asimismo los exámenes generales de salud.
8. Otro transporte que no sea el servicio local autorizado de ambulancia.
9. Embarazo, incluyendo el resultado del parto, malparto o aborto, salvo respecto de la cobertura sobre Beneficios de Maternidad, en cuyo caso la compañía asegurará tal riesgo en la medida que se haya hecho constar en el cuadro de condiciones y características y conforme las estipulaciones de esa cobertura.
10. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
11. Cualquier lesión, enfermedad y, en general, incapacidad que afecte al asegurado y/o sus dependientes, originada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que les otorga la compañía para el respectivo beneficio que ampararía el gasto de conformidad a esta póliza. Sin embargo, esta exclusión cesará, y el asegurador reembolsará los gastos, después de transcurridos 90 días de cobertura continúa sin que hubieren existido tratamientos o consultas médicas por esa incapacidad, ni efectuado gasto alguno por dicha causa.
12. Epidemias oficialmente declaradas.

000241

PAGO DE INDEMNIZACIONES

ARTICULO SEPTIMO : Efectuado un gasto reembolsable en virtud de la presente cobertura, el asegurado deberá informar lo a la compañía, directamente o a través del contratante, dentro del plazo estipulado al efecto en las condiciones particulares, en el formulario especial que el asegurador facilitará al efecto, con la información que en él se exija.

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

- (a) La entrega oportuna al asegurador del formulario, 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, planes, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- (c) La entrega al asegurador de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas, facturas u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la empresa, entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

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

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

La compañía efectuará el pago de la indemnización que corresponda dentro de los 10 días hábiles siguientes al cumplimiento de los expresados requisitos y una vez verificado la ocurrencia del si-

000242

niestro y determinado el monto a reembolsar. El pago de la indemnización se efectuará en las oficinas principales de la compañía, al respectivo asegurado o a la persona que concurra a su nombre con poder suficiente para ello. Sin embargo, la compañía facultativa y validamente podrá efectuar el pago al contratante, siempre que en las condiciones particulares del contrato constare tal opción.

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

000243