

SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DE ALTO COSTO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320190074

ARTICULO 1º: 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 2º: COBERTURA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, asociados a un Evento cubierto por esta póliza, en los términos y condiciones establecidas en ésta, siempre que haya transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares, que la póliza se encuentre vigente y que no haya transcurrido el plazo definido en las Condiciones Particulares para la cobertura del Evento.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas efectivamente contratadas de aquellas descritas en esta póliza, y de acuerdo a los términos, proporciones, límites y condiciones que deberán quedar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos señalados en las Condiciones Particulares.

Las coberturas descritas en esta póliza, pueden ser contratadas en forma conjunta o se puede optar por alguna de ellas, circunstancia que deberá quedar expresamente señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las coberturas que otorga la compañía aseguradora en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones allí señaladas, son las que se indican a continuación.

I. Beneficio de Hospitalización: Gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

a) Días cama hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio e imagen médica; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos

suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante ella como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que motivó la hospitalización.

c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

d) Prótesis Quirúrgicas: Gastos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica. Dentro de esta prestación no se incluye prótesis maxilofacial.

e) 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 ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y esta cobertura esté vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

f) Servicio Privado de Enfermera: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.

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

II. Beneficio Ambulatorio: Gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan expresamente a continuación:

a) Cirugía Ambulatoria.

b) Consultas Médicas.

c) Exámenes de Laboratorio.

d) Imagenología.

e) Procedimientos de diagnóstico y terapéutico.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para las coberturas antes

descritas, la Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos considerando los gastos médicos que excedan del deducible el cual se aplicará sobre los gastos una vez aplicado el plan de beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. Accidente: Para los efectos de este contrato de seguro se entiende por 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, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

2. Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

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 requieran 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. Médico: Sólo quienes poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario.

5. Evento: Cualquiera de las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido en las Condiciones Particulares.

En caso que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos, reinstalándose el deducible y el capital asegurado, por el número de veces, términos, plazos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares.

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza, siempre que esté asociado a un diagnóstico distinto.

Transcurrido el periodo máximo de reembolso establecido en las Condiciones Particulares, cesará la obligación de la Compañía en relación con la cobertura que establece esta póliza.

6. Cirugía y Tratamientos Dentales y Maxilofaciales: todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares (temporo-mandibular) exceptuándose los de origen

accidental.

7. Gastos Médicos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

8. 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.

9. Establecimiento Hospitalario: 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 este concepto incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales, o de personas que sufran adicciones a drogas o alcohol.

10. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

11. Gastos Efectivamente Incurridos: Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones o Sistema de Salud Previsional al que se encontrare afiliado.

12. Monto Máximo de Reembolso: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado titular o contratante de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares por los gastos médicos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

13. Periodo Máximo de Reembolso: Corresponde al plazo máximo expresado en años, durante el cual la Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado titular o contratante los gastos médicos efectivamente incurridos correspondientes al diagnóstico que da origen a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.

14. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: entendiéndose por tal aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES.

Esta póliza no cubre los gastos médicos definidos en esta póliza cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a. Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.

- c. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e. Tratamientos por: adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA-, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, sea que el asegurado haya estado enajenado mentalmente, en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.
- f. 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 que podrían ser calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
 - v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- g. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h. Cualquier tipo de órtesis.
- i. Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto I. del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.
- j. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- k. La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria
- l. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n. Cualquier gasto médico asociado a Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo. Se entenderá por "complicaciones del embarazo" todas aquellas enfermedades que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. En virtud de lo señalado, sólo serán consideradas complicaciones del embarazo para efectos de esta póliza las siguientes:
- i. Colestasia intrahepática del embarazo.

- ii. Placenta Previa.
- iii. Placenta Creta.
- iv. Preeclampsia.
- v. Eclampsia.
- vi. Hipertensión del embarazo.
- vii. Diabetes gestacional.
- viii. Incompetencia cervical.
- ix. Distocia del embarazo.
- x. Infección huevo ovular.
- xi. Rotura prematura de membranas.
- xii. Amenaza de Parto Prematuro, sin que éste haya terminado en parto.

En ningún caso se entenderán incluidos los gastos médicos asociados a amenaza de aborto, abortos, cesáreas, amenaza de parto prematuro sin patología asociada y parto natural, los cuales se encuentran excluidos de la cobertura de esta póliza.

La cobertura por concepto de "Complicaciones del Embarazo" sólo será aplicable respecto del asegurado titular o de su cónyuge o pareja, según corresponda.

o. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado titular al momento de contratar esta póliza.

p. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

q. No serán consideradas como diagnósticos que dan lugar a eventos con derecho a cobertura, para efectos de la presente póliza, la cirugía, tratamientos o gastos que se indican a continuación:

- i. Obesidad, sobrepeso o problemas de salud asociados (IMC mayor a 35).
- ii. La impotencia masculina.
- iii. Fertilidad e infertilidad.
- iv. Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
- v. Tratamientos anticonceptivos.

vi. Cirugía de reducción o aumento mamario.

vii. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.

r. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.

s. 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 de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa, o el organismo que en el futuro lo reemplace, en ese sentido.

t. Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

u. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.

ARTICULO 5º: CARENCIA

Es un período de tiempo durante el cual el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia individual del asegurado en la póliza, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 6º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

ARTICULO 7º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines.

ARTICULO 8º: PRIMAS Y EFECTOS 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.

ARTICULO 9º: BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular individualizado en las Condiciones Particulares, salvo que se establezca uno diferente lo que deberá quedar expresamente establecido en las Condiciones Particulares.

Siendo beneficiario el Asegurado Titular, en caso de fallecer éste antes del pago del beneficio asociado a esta cobertura, y en caso que ello corresponda, dicho beneficio será pagado a quien acredite haber efectuado los gastos médicos, debiendo acompañar los documentos que al efecto la compañía especifique en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 10º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la Compañía Aseguradora dentro del plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, o bien dentro del plazo que se especifique en las Condiciones Particulares contado también desde la fecha de emisión antes referida.

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 aseguradora del pago del beneficio que habría correspondido.

Al denuncia de siniestro, deberán acompañarse los siguientes antecedentes:

- a) Formulario de Reembolso proporcionado por la Compañía Aseguradora.
- 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 pago; 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.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, la compañía aseguradora podrá practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de reembolso.

En caso que los gastos médicos cuya devolución se esté solicitando se hubieran efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio observado determinado por el Banco Central de Chile y que estuviere vigente a la fecha en que se efectúe el reembolso de gastos, de conformidad a esta póliza.

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza 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 médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTICULO 11º: VIGENCIA Y TERMINACIÓN

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 de la póliza, 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.

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el

Contratante o el Asegurado Titular no pague la prima respectiva, en los términos indicados en el artículo 8º.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.

ARTÍCULO 12º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, 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 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 a su 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 a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 13º: 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 Comisión del Mercado Financiero 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 Nº 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 14º: CLAUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesorio con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se registrarán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 15º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

TITULAR

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220130244

ARTICULO N° 1: COBERTURA.

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado titular de la cobertura principal durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional, el grupo de personas que figuran como asegurados dependientes en la póliza principal quedará exonerado del pago de todas y cada una de las primas que por concepto de las coberturas que hubieren sido contratadas se devenguen con posterioridad a la fecha de fallecimiento del asegurado titular, por el periodo de tiempo y según lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por asegurado la persona designada en calidad de Asegurado Titular para la cobertura principal, quien deberá tener a su cargo la obligación del pago de las primas de la cobertura contratada.

El valor de las primas a considerar para efectos de la exoneración de la que da cuenta la presente Cláusula Adicional será la que corresponda a la cobertura y planes vigentes para el grupo de personas a la fecha de fallecimiento del asegurado de la presente Cláusula Adicional.

ARTÍCULO N° 2: EXCLUSIONES.

Esta Cláusula Adicional no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado sea efecto directo de algunas de las siguientes situaciones:

a) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

b) Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo.

c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.

d) 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

e) 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, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

f) Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante 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, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

i) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes, entendiéndose por tal aquellas salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

j) Una infección oportunística, 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 Oportunística 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.

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no regirá la cobertura de esta adicional, no existiendo obligación de la Compañía Aseguradora en cuanto al pago del beneficio de que trata esta adicional.

ARTÍCULO N° 3: CARENIA

Esta Cláusula Adicional podrá contemplar un periodo de carencia entendiéndose por tal a aquél período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza, y se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, hasta un plazo posterior determinado y especificado en las Condiciones Particulares. En consecuencia, ocurrido el fallecimiento del asegurado durante dicho periodo de carencia no operará la cobertura que contempla esta adicional.

El periodo de carencia deberá quedar expresamente especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 4: BENEFICIARIOS

En conformidad con el artículo 1° de esta Cláusula Adicional, son beneficiarios de esta cobertura el grupo de personas que figura como asegurado dependiente en la cobertura principal.

ARTICULO N° 5: DENUNCIA DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro cubierto por esta Cláusula Adicional, se deberá dar aviso a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares.

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir la aplicación del beneficio, presentando los siguientes antecedentes:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;

c) Otros antecedentes que tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos que permitan acreditar el fallecimiento del asegurado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

ARTICULO 6º: 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.

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130223

ARTICULO 1º: 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 Nº 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, 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, y de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago expresados en ellas.

Las coberturas descritas en estas Condiciones Generales, 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 se hubiese estipulado algún tipo de deducible, la compañía de seguros reembolsará los gastos médicos que excedan cualesquiera 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.

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, 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 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.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. 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. 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; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; 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;

iii. HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado;

iv. 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;

v. 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;

vi. 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 previsional 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 de la póliza 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 de la póliza. 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 póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imageneología 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 de la póliza, 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 póliza. 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.

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 de la póliza. 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 re-em-bolsarán 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 de la póliza. 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 de la póliza. 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 de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. 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.

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) CARENIA: 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, 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.

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) Sín-drome 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 9º: 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 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 de la póliza, 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.

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.

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 de seguros dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde la fecha de la contratación o afiliación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 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 elvigente 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 póliza, 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 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 a su 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 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 3º 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.

ARTÍCULO N° 19: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones 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.

EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

TITULAR

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220130227

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

ARTICULO N° 1: COBERTURA.

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado titular de la cobertura principal durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional, el grupo de personas que figuran como asegurados dependientes en la póliza principal quedará exonerado del pago de todas y cada una de las primas que por concepto de las coberturas que hubieren sido contratadas se devenguen con posterioridad a la fecha de fallecimiento del asegurado titular, por el periodo de tiempo y según lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entiende por asegurado la persona designada en calidad de Asegurado Titular para la cobertura principal, quien deberá tener a su cargo la obligación del pago de las primas de la cobertura contratada.

El valor de las primas a considerar para efectos de la exoneración de la que da cuenta la presente Cláusula Adicional será la que corresponda a la cobertura y planes vigentes para el grupo de personas a la fecha de fallecimiento del asegurado de la presente Cláusula Adicional.

ARTÍCULO N° 2: EXCLUSIONES.

Esta Cláusula Adicional no cubre el riesgo de muerte cuando el fallecimiento del asegurado sea efecto directo, ya sea total o parcialmente, de algunas de las siguientes situaciones:

a) Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

b) Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo.

c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.

d) 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

e) 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, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.

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

g) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante 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, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.

h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

i) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales aquellas conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza.

j) Una infección oportunística, 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 Oportunística 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.

De ocurrir el fallecimiento del Asegurado debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no regirá la cobertura de esta adicional, no existiendo obligación de la Compañía Aseguradora en cuanto al pago del beneficio de que trata esta adicional.

ARTÍCULO N° 3: CARENIA

Está Cláusula Adicional podrá contemplar un periodo de carencia entendiéndose por tal a aquél período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza, y se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, hasta un plazo posterior determinado y especificado en las Condiciones Particulares. En consecuencia, ocurrido el fallecimiento del asegurado durante dicho periodo de carencia no operará la cobertura que contempla esta adicional.

El periodo de carencia deberá quedar expresamente especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 4: BENEFICIARIOS

En conformidad con el artículo 2° de esta Cláusula Adicional, son beneficiarios de esta cobertura el grupo de personas que figura como asegurado dependiente en la cobertura principal.

ARTICULO N° 5: DENUNCIA DE SINIESTROS

Ocurrido un siniestro cubierto por esta Cláusula Adicional, se deberá dar aviso a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para ello en las Condiciones Particulares.

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir la aplicación del beneficio, presentando los siguientes antecedentes:

a) Certificado de Defunción del Asegurado;

b) Certificado de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del asegurado;

c) Otros antecedentes que tales como, informes, declaraciones, certificados o documentos que permitan acreditar el fallecimiento del asegurado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo.

ARTICULO Nº 6: 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.

CLAUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE 80% POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD320190121

Esta cláusula adicional es parte integrante y accesoria de la póliza principal. En consecuencia, se regirá por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos:

ARTICULO 1º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

En virtud de esta cobertura, y cuando como resultado de una enfermedad o bien a consecuencia de las lesiones producto de un accidente cubierto por esta póliza en los términos señalados en este artículo y dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, salvo que en las Condiciones Particulares se estipule un plazo mayor, el Asegurado se encontrare en estado de incapacidad total y permanente de a lo menos ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. Nº 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de noviembre de 1980 y sus modificaciones, la Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada bajo esta cobertura que haya sido definida en las Condiciones Particulares, en el número de cuotas y periodicidad que se indique en las Condiciones Particulares, siempre que el asegurado esté vivo.

Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital resultante mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 2º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se entenderá por:

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

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, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas en el organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, revelados por los exámenes correspondientes.

Pérdida Total: referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Médico: Sólo quienes poseen el título respectivo y estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario.

Padecimientos congénitos: Alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen en el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: entendiéndose por tal aquellas diagnosticadas

o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

Invalidez Permanente Ochenta por Ciento 80%: la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de una Enfermedad o Accidente de a lo menos un ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social de fecha 13 de Noviembre 1980 y sus modificaciones. En todo caso, para efectos de esta cláusula adicional, siempre se considerará como Incapacidad Total y Permanente Ochenta por ciento (80%) por enfermedad o accidente los siguientes casos:

La Pérdida Total a consecuencia de una enfermedad o accidente de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos, o
- ambas manos, o
- ambas piernas, o
- ambos pies, o
- una mano y un pie.

ARTICULO 3º: EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Permanente 80% por Enfermedad o Accidente del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- b) Infecciones bacterianas.
- c) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
- d) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- e) Accidente 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. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

vi. Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo. Para todos los efectos de esta póliza las funciones de policía incluyen además las funciones de policía civil y gendarmería.

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

- "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 V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H.

- Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.

- 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.

g) Intento de suicidio, o heridas auto inferidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

h) Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica, y la conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dichos estados deberán acreditarse mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.

i) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive en la escala de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico del Departamento de Centro Sismológico Nacional o del servicio que en el futuro lo reemplace.

j) Viaje o vuelo en vehículo aéreo en un transporte no sujeto a itinerario, ni operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida.

k) Realización o participación en una actividad, profesión, oficio o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva, se considera actividad riesgosa el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, competencias o ejercitación de tipo federado, de liga o club; equitación; carreras de caballos; lanchas; deportes mecánicos, piloto civil; así como se considera deporte riesgoso el buceo o el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo o escalada, alas delta, benji, parapente, carreras de auto, moto, experimento o estudios clínicos, entre otros.

l) Enfermedades o lesiones preexistentes, sus consecuencias y complicaciones. Se entenderá por enfermedades o lesiones preexistentes aquéllas diagnosticadas o conocidas por al Asegurado o por quien contrata con anterioridad a la fecha de contratación de la cobertura que otorga esta cláusula adicional;

m) Negligencia médica en tratamientos fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos declarada judicialmente. Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la cobertura principal a la que accede la presente cláusula adicional.

De ocurrir la Invalidez Permanente 80% del Asegurado por alguna causa excluida, se producirá el término de la cobertura otorgada en virtud de esta cláusula adicional.

ARTICULO 4º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Ocurrido un siniestro cubierto por esta Cláusula Adicional deberá informarse dicha circunstancia a la Compañía Aseguradora dentro del plazo establecido para estos efectos en las Condiciones Particulares.

En caso de que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente ochenta por ciento (80%) por enfermedad o accidente, cuyo origen recaiga sobre un dictamen de algún organismo previsional, se considerará que la enfermedad o accidente que origina la invalidez tiene como fecha de origen la fecha de invalidez que se indique en el primer o único dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.

En caso que la Compañía Aseguradora determine el rechazo de la indemnización por no concurrir los requisitos necesarios para calificar la incapacidad como total y permanente ochenta por ciento (80%) por enfermedad o accidente, el Asegurado podrá, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicha comunicación, requerir que la incapacidad sea evaluada por una Junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por el Asegurado, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que haber ejercido por al menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones.

La Junta Médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido conforme a los conceptos descritos en esta póliza y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones", reguladas por el D.L. N° 3.500 de 1980, determinando a su vez la fecha en que se produjo dicha incapacidad total y permanente ochenta por ciento (80%) por enfermedad o accidente.

La Junta Médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía Aseguradora, y será libre y soberana para determinar -conforme a las normas antes señaladas- el grado de incapacidad que afecta al Asegurado, con prescindencia de cualquier certificado, dictamen, declaración o diagnóstico que exista sobre el particular.

La declaración de incapacidad del Asegurado por parte de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la Compañía Aseguradora y por la Junta Médica al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante.

Durante el período de evaluación, y mientras no proceda al pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, no cesa la obligación del Asegurado de pagar las primas en los términos detallados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

Si el dictamen de la Junta Médica es favorable al Asegurado, la compañía aseguradora pagará la indemnización correspondiente desde la fecha de entrega de resultados de la evaluación, y devolverá las primas pagadas por esta cobertura con posterioridad a dicha fecha, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contados desde la fecha de declaración de la incapacidad.

Una vez determinada la invalidez por la Junta Médica, se entenderá que es definitiva y por lo tanto no se podrá solicitar una nueva evaluación.

ARTICULO 5º: TERMINACIÓN

Esta cobertura adicional terminará en los siguientes casos:

- i. Término del seguro principal respecto de un Asegurado.
- ii. En caso de no pago de prima, en los términos establecidos en la póliza principal.
- iii. Adicionalmente la póliza terminará cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en este adicional, la cual se debe especificar en las Condiciones Particulares.
- iv. En caso de haberse pagado el monto asegurado de que trata este adicional, sea la invalidez total y permanente 80% por enfermedad o accidente.

ARTICULO Nº 6: 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.