

PÓLIZA DE SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DERIVADAS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE EMERGENCIA

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320180100

ARTÍCULO 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 artículo VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado o pagará directamente al prestador de salud los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados y Efectivamente Incurridos, una vez otorgada y pagada la cobertura del sistema de salud previsional, seguros complementarios u otros beneficios contratados por el asegurado. Lo anterior, cuando al asegurado requiera de una intervención quirúrgica hospitalaria, con motivo de un accidente o enfermedad, y esta deba realizarse en forma inmediata o de emergencia desde el momento en que se efectúa el diagnóstico por primera vez. Se excluyen de la cobertura, aquellas cirugías en que el proceso diagnóstico entre la consulta médica y la cirugía tiene una duración mayor a 48 horas y cuando la estadía hospitalaria sea menor a doce (12) horas de día cama. La cobertura se otorgará cuando este gasto se realice en el o los prestadores de salud que el asegurador determine, durante el Período de Duración del Reembolso que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se contará desde la fecha de ocurrencia del Evento y que sean originados por éste. Las definiciones de estos conceptos se encuentran contenidos en el artículo 4º de estas Condiciones Generales.

La compañía reembolsará los gastos referidos precedentemente, siempre que se cumplan copulativamente los siguientes requisitos: 1) Que el Evento que los origina haya ocurrido durante la vigencia del Asegurado en esta Póliza; 2) Que se haya incurrido en los gastos dentro del Período de Duración de Reembolso; 3) Que el monto de gastos supere el Deducible establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 4) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al asegurado, durante su vigencia anual en la Póliza, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza; 5) Que estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 5º de estas Condiciones Generales; y 6) Que las prestaciones médicas sean entregadas por el o los prestador(es) indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Los reembolsos al Asegurado o pago al Prestador de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, Efectivamente Incurridos por el Asegurado, serán efectuados por la Compañía Aseguradora hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables por asegurado y de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso por gasto o por asegurado; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el Asegurado; límites y topes por patologías y rangos etarios; límites y topes según el Arancel del Prestador determinado en las condiciones particulares; establecido para cada Gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado o pagará al Prestador los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, respecto del Evento, como complemento de lo que le cubra el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, tales como: Isapres, Fonasa, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables, definido en el Artículo 4°, numeral 17 de estas Condiciones Generales y establecido en las Condiciones particulares de la Póliza, se aplicará a cada Asegurado durante cada período de vigencia del contrato de seguro. Asimismo, si la suma de los reembolsos de gastos realizados a un asegurado o pagado al Prestador, alcanza el Monto Máximo de Gastos Reembolsables durante cada período de vigencia del contrato de seguro o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, el asegurado no tendrá derecho a reembolso alguno ni pago al Prestador por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro.

El Período de Duración de Reembolso, que se define en el Artículo 4°, numeral 28 de estas Condiciones Generales y cuya extensión se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza, es contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos originados en dicho plazo serán reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador de conformidad a los términos de esta Póliza. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, respecto de un mismo Evento, no será reembolsado por la compañía ni pagado al Prestador.

Serán de cargo del asegurador únicamente los gastos médicos relacionados con y provenientes exclusivamente de Cobertura para Gastos Médicos de Hospitalización hasta el alta hospitalaria cuando estos provengan de prestaciones realizadas durante una Hospitalización Quirúrgica de emergencia, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:

1. Días cama hospitalización: Es el gasto diario por habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización. Incluye Día Cama, Cuidado Intensivo e Intermedio y Día Cama transitorio.

2. Servicios hospitalarios: Son los gastos por concepto de servicios de Hospital que corresponden a: derecho de pabellón, unidad de tratamiento intensivo, exámenes de laboratorio y radiología, insumos, medicamentos y otras prestaciones médicas suministradas al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante.

3. Honorarios médicos quirúrgicos: Son los honorarios de médicos, paramédicos y arsenaleras que intervengan en una Operación Quirúrgica de las enfermedades cubiertas por este seguro.

4. Prótesis Quirúrgicas: Son los gastos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales.

5. Servicio de rescate o de traslado secundario: Es el traslado del Asegurado hasta y hacia el Hospital en una ambulancia aérea o terrestre, en los términos, condiciones, porcentajes y límites establecidos para este beneficio que se indica en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza

ARTÍCULO 3º: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que se establezcan en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, ésta última contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

a) En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o pago al prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) En aquellos casos en que el asegurado esté 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) pesos en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

c) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo exigido como cobertura del sistema previsional de salud del asegurado indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

d) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso o pago al Prestador diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado, el prestador médico que originó el gasto, el tramo al que pertenece el beneficiario en el caso de sistema de salud estatal, y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

e) El pago al prestador o reembolso al asegurado, tendrá como límite para todas las prestaciones cubiertas por esta póliza el monto definido en el Arancel del Prestador, que se indique en las condiciones particulares.

f) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la compañía de seguros calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Con todo, la Compañía Aseguradora no reembolsará al Asegurado ni pagará al Prestador más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Reembolso indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 4º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1. Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión y lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.

No se considera como accidente el suicidio, los ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

2. Alta Hospitalaria: Se considera el momento en que el médico tratante determine que los cuidados del paciente no requieren necesariamente de hospitalización.

3. Arancel del Prestador: Documento que contiene los precios vigentes del Prestador y de Honorarios Médicos vigentes en el Prestador. En caso que alguna prestación exceda dichos aranceles, la compañía aseguradora sólo reembolsará de acuerdo a estos aranceles y cualquier diferencia será de costo del Asegurado. Este Arancel forma parte integrante del contrato de seguro y se encuentra disponible en las oficinas de Atención de Clientes de la Compañía.

4. Asegurado: Es aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para obtener la cobertura de esta Póliza, el asegurado debe ser persona natural; cumplir con los requisitos de asegurabilidad, edad mínima de ingreso y edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y haber suscrito la propuesta de seguros proporcionada por la compañía, distinguiéndose entre:

a) Asegurado Titular: Es el contratante de la Póliza, a menos que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) Asegurado Dependiente: Es el (la) cónyuge o el (la) conviviente y/o los hijos del asegurado titular, cuya incorporación ha sido solicitada por este último y aceptada expresamente por la Compañía Aseguradora y se encuentre individualizado(a) en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cuando en esta Póliza se utilice el término "asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente.

5. Cirugía y Tratamientos Dentales y Maxilofaciales: todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares temporo-mandibulares.

6. Compañía Aseguradora o Compañía: Compañía de Seguros que toma de su cuenta el riesgo.

7. Contratante, Contrayente o Tomador: El que celebra el contrato con la Compañía Aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado si se tratara de una persona distinta. El contratante se indica como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

8. Cuadro de Cobertura: Corresponde al detalle de todas las coberturas, servicios o prestaciones que otorga esta Póliza y se entiende forman parte integrante de la misma.

9. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta Póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 11° y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 12°, ambos de estas Condiciones Generales.

10. Diagnóstico: La constancia médica de una enfermedad, basada en la historia clínica del asegurado.

11. Enfermedad: Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal.

Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad asociada a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

12. Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes: Se entiende por tales, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro o a la incorporación del o la beneficiario/a.

13. Evento: Corresponde a una cirugía de emergencia que implique la hospitalización por más de doce horas en un centro hospitalario, la cual deberá ser efectuada en un plazo máximo de 48 horas desde el momento del primer diagnóstico en el servicio de urgencia o consulta médica. El Asegurado podrá presentar más de un Evento durante la vigencia de su cobertura en esta póliza.

14. Gastos Efectivamente Incurridos: es la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado o pagadas al Prestador, por instituciones o entidades que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

15. Gastos Médicos Ambulatorios: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un Hospital.

16. Gastos Médicos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

17. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto promedio que se cobra por prestaciones de carácter similar al Gasto que se solicita reembolsar o pagar al prestador, en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (a) que sean las prestaciones que son suministradas en todos los establecimientos para el tratamiento de la enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (b) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (c) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la Compañía Aseguradora utilizará como referencia el Arancel del Prestador, en primer término, y los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando, en segundo término.

18. Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos que son susceptibles de ser reembolsados al Asegurado o pagados al Prestador en virtud de lo dispuesto en estas Condiciones Generales por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en los términos y condiciones señalados en el Artículo 10° de estas Condiciones Generales.

19. Hospital o Establecimiento Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado por el Ministerio de Salud para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermería las 24 horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Se excluye expresamente toda clase de hoteles, termas, asilos, casas de reposo, sanatorios particulares, domicilios particulares, casas para convalecientes o lugares usados principalmente para la internación o tratamiento de enfermedades mentales y adicciones tales como drogas, tabaco y/o alcohol.

20. Hospitalización: Corresponde a la situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común, que utiliza a lo menos, doce horas consecutivas el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería. El concepto de Hospitalización no considera, bajo ningún respecto, la asistencia domiciliaria.

21. Hospitalización Quirúrgica de Urgencia o Emergencia: Es aquella hospitalización consecuencia de una cirugía de emergencia que deba realizarse en un plazo menor a 48 horas desde su primer diagnóstico.

22. Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera tratamiento médico. Para efectos de esta póliza, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como parte del mismo Evento.

23. Medicamento: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una Lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.

24. Médico: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

25. Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará al Asegurado Titular o, en su defecto, a los herederos legales de éste, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables durante la vigencia de este contrato de seguro y en los términos y condiciones señalados en estas Condiciones Generales, todo lo que, por su naturaleza, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

26. Operación Quirúrgica: Es la práctica de una o más intervenciones quirúrgicas realizadas al Asegurado por un Médico en un pabellón quirúrgico o en una sala de procedimiento especialmente acondicionada para tal efecto en un Hospital.

27. Ortesis: dispositivo o aparato externo que se utiliza para sostener, alinear o prevenir deformidades, o mejorar la función de partes móviles del cuerpo.

28. **Período de Duración de Reembolso:** Corresponde al plazo definido en las Condiciones Particulares de la Póliza contado desde la fecha de ocurrencia de un Evento, durante el cual los gastos médicos originados por el Evento dentro de dicho plazo, serán reembolsados al asegurado o pagados al prestador, de conformidad a los términos de estas Condiciones Generales. Todo gasto que se origine o en que se incurra con posterioridad al vencimiento del citado plazo, será considerado un nuevo Evento.

29. **Póliza:** El documento justificativo del seguro. Se encuentra compuesto fundamentalmente por la propuesta, la declaración personal de salud, las condiciones generales, condiciones particulares, las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora. En ella se especifican las condiciones bajo las cuales rige la cobertura.

30. **Prestaciones no cubiertas por el Sistema Previsional de Salud:** Son aquellas prestaciones no aranceladas en el contrato de Isapre o en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección, incluidas aquellas prestaciones homologadas, salvo en caso que la Superintendencia de Salud haya instruido la homologación como caso excepcional.

31. **Prestador de Salud Preferente o Prestador:** Es aquel establecimiento hospitalario que se individualiza como preferente en las condiciones particulares de esta Póliza. El prestador es aquel que le cobra directamente al Asegurado o factura los Gastos Reembolsables correspondientes del servicio que debe asumir la Aseguradora.

32. **Propuesta de Seguros:** La oferta escrita de contratar el seguro, formulada al asegurador por el contratante, el asegurado o por un tercero a su nombre.

33. **Prótesis:** Es un dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

34. **Riesgo Vital:** Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, que requiera atención de urgencia de manera inmediata e impostergable, y que corresponda a un Evento cubierto por esta Póliza, diagnosticado por un médico y conformado con evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

35. **Habitación estándar:** Aquella que determine el prestador de acuerdo a la naturaleza de su afección y complejidad.

ARTÍCULO 5º: EXCLUSIONES

La cobertura otorgada en virtud de esta póliza no cubre gastos médicos que no tengan como causa un evento por cirugía inmediata o de emergencia que demande su internación hospitalaria por más de doce (12) horas.

Tampoco se efectuará el pago de las indemnizaciones ni pagos al asegurado o al prestador, según sea el caso, de las distintas coberturas de esta Póliza cuando los gastos médicos incurridos del asegurado, provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

a) Durante los primeros 60 días de vigencia de la póliza, quedarán excluidas todas las enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes que den origen a una hospitalización quirúrgica de urgencia. La aplicación de esta exclusión será evaluada al momento del siniestro cuando este haya ocurrido antes de los 60 días de vigencia con motivo de un diagnóstico por enfermedad.

b) Embarazo, parto normal, parto por cesárea y gastos del recién nacido.

c) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.

d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos para corregir malformaciones congénitas o que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean necesarios para el tratamiento a causa de un accidente o complicación de intervención quirúrgica causada por una patología, que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por esta Póliza.

e) Lesión o enfermedad causada por guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

f) Lesión o enfermedad causada por participación activa del Asegurado en riñas, alborotos, rebelión, revolución, motín, poder militar, sabotaje, cualquier acto contra el orden público, en acto terrorista o en actos calificados por la ley como delitos, dentro o fuera del país.

g) Tratamientos médicos causados por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas, alcohol y demás sustancias de efectos análogos o similares, así como los tratamientos por adicción a drogas, tabaquismo o alcoholismo, y cualquier Lesión y/o Enfermedad derivada de dicha ingestión o adicción, aun estando el Asegurado enajenado mentalmente o en algún estado psicopático que altere la conciencia o en su sano juicio.

h) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión del estado de ebriedad o efectos de las drogas o alucinógenos o somníferos o de cualquier sustancia que produzca efectos desinhibidores, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del Evento, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente; o lesión o enfermedad causada por la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier maquinaria ejecutados en este estado.

i) Enfermedades o lesiones auto-provocadas, suicidio, intento de suicidio, heridas auto infringidas, abortos auto-provocados, lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento, intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión; cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental, prótesis y órtesis maxilofaciales y tratamiento maxilofacial.

k) Cualquier tipo de prótesis y órtesis. salvo las consignadas en el Artículo 2º, numeral 4 de estas Condiciones Generales.

l) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

m) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica de cualquier actividad objetivamente riesgosa. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso: el manejo de explosivos; minería subterránea; trabajo o deporte o actividad en altura superior a 20 metros o en líneas de alta tensión; inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad; andar en lancha, moto o cuatrimoto o motocicleta, como conductor o pasajero; carreras de auto; montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar; carreras de caballo; ski y snowboard dentro y fuera de canchas o pistas habilitadas; así como los conocidos como deportes extremos tales como parapente, benji, canopy, paracaidismo, alas delta u otros del mismo género; y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.

n) Lesión o Enfermedad a consecuencia de la práctica como deportista profesional de alto rendimiento

según la Ley 19.712, cuando no haya sido informado a la compañía y aceptado explícitamente por ésta al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia.

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

p) Gastos por acompañantes, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

q) Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.

r) Rinoplastia y/o Septoplastia, Mielograma, Gastropexia, Cirugía bariátrica o metabólica, Biopsia ósea, Cataratas, Meniscectomía, Fimosis, Criptorquidia, Varicocele, Vitrectomia, Hallux Valgus o cualquier cirugía relacionada con diagnóstico de cáncer.

s) Cualquier tipo de Hernia, con excepción de una hernia inguinal estrangulada.

t) Neurotomía facetaria, solo en caso de compromiso severo del nervio que pudiese generar una secuela funcional grave de no ser operado en forma inmediata.

u) Salpingectomía u Ooforectomia, salvo en caso de torcedura de un quiste ovárico, embarazo ectópico o proceso inflamatorio pelviano agudo.

v) Amigdalectomía y/o adenoidectomía, salvo en solo en caso de diagnóstico de flegmon o absceso amigdaleano.

w) Endoprótesis de cadera, rodilla o tobillo, salvo en caso de fractura o luxación.

x) Escarectomía, Ventriculostomia, Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones, a menos que su origen sea accidental.

y) Resección transuretral de la próstata, salvo en caso de obstrucción urinaria aguda.

z) Anomalías congénitas de tratamiento quirúrgico.

Las exclusiones precedentes, relativas a gastos que provengan o se originen por determinadas prestaciones y servicios médicos, no tendrán aplicación, cuando los porcentajes y límites de reembolso o pago de dichos gastos se encuentren expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 6º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado, conforme al artículo 524 del Código de Comercio, está obligado a:

1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

2º Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

3º Pagar la prima en la forma y época pactadas;

4º Notificar al Asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y

5º Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el Tomador o Contratante del seguro y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Tomador o Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado. Las obligaciones del Tomador o Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 7º: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

La Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 8º: PRIMAS Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro, cuyo monto se determina en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los cambios en el monto de la prima estarán expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros suscrita por el Asegurado Titular, variando su monto según la edad del Asegurado Titular y el número de Asegurados Dependientes cubiertos por esta Póliza.

a) Pago de Primas:

La periodicidad de pago de las primas de este seguro podrá ser mensual, trimestral, semestral o anual, según se señale en las Condiciones Particulares de la Póliza, y deberán ser pagadas a más tardar, el último día hábil del mes de inicio del período a que corresponden.

El contratante del seguro deberá pagar durante la vigencia del seguro, la prima por el monto, condiciones y forma de pago que se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en las oficinas de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, todo ello, sin perjuicio de otros mecanismos de pago o descuento que el asegurador podrá poner a disposición del contratante para facilitar el pago.

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.

El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas y en el lugar determinado en las condiciones particulares.

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

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que no le sean imputables y que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. En caso de no poder hacerse el cargo pactado en el medio de pago señalado por el Asegurado, la prima correspondiente se considerará no pagada, generándose el efecto que se indica en el párrafo siguiente.

b) Efecto del No pago de la prima:

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días (15) contado desde la notificación que, conforme al Artículo 15° de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía Aseguradora al Asegurado y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

ARTÍCULO 9º: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el Asegurado, a causa de un Evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado o pagado al Prestador en virtud de esta Póliza, el asegurado deberá notificar el Evento a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en el Gasto Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El plazo máximo para que la Compañía Aseguradora acepte a tramitación un Gasto Médico presentado para su reembolso por el asegurado o por quien él designe para este efecto, será definido en las Condiciones

Particulares de la Póliza y será contado desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del Gasto Reembolsable.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía para acreditar el Evento y la ocurrencia de gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador a causa de dicho Evento, los siguientes:

a) Formulario proporcionado por la Compañía, con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.

b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Fonasa, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

c) Originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, efectuado o por efectuar en favor de él, por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios, que se relacionen directamente con el Evento denunciado, a objeto de acreditar a satisfacción de la Compañía que ha ocurrido un Evento cubierto por este Póliza y determinar su monto. En el mismo sentido, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle la realización de las pericias y exámenes médicos. El asegurado deberá requerir de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación del Evento denunciado o autorizar a la Compañía Aseguradora o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el Evento denunciado y los gastos consecuentes.

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.

En el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al

denunciar un siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 10º: CALCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

El Asegurado, conforme al Artículo 9º, letra b) precedente, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Fonasa, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley Nº 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador.

Para los efectos de esta Póliza, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los Gastos Efectivamente Incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de un Evento y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

Queda expresamente establecido que las coberturas 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 Nº 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 11º: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES.

La compañía reembolsará al Asegurado Titular que haya incurrido en los gastos a causa de un Evento o, en su defecto, a los herederos legales de éste conforme lo determina la ley, o pagará al Prestador, los Gastos Reembolsables de acuerdo a los porcentajes que se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en la medida que tales gastos hayan sido incurridos dentro del Período de Duración de Reembolso, siempre hasta el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, y que dichos gastos excedan el Deducible indicado en el Artículo 12º de estas Condiciones Generales.

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la Compañía Aseguradora efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta Póliza, efectuará, previa liquidación correspondiente, el pago de los Gastos Reembolsables al Asegurado o el pago al Prestador. El reembolso al Asegurado o pago directo al Prestador que corresponda, se efectuará en las oficinas principales de la Compañía Aseguradora al respectivo asegurado o prestador de salud.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza se aplicará por Asegurado durante la vigencia de su cobertura en esta Póliza. Una vez alcanzado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables o vencido el Período de Duración de Reembolso, lo que ocurra primero, terminará la obligación de la compañía para con el Asegurado en relación con el Evento cubierto.

La Compañía sólo reembolsará o pagará al prestador, el porcentaje y límite señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza por los Gastos Efectivamente Incurridos por el asegurado, en la medida que tales gastos excedan el deducible que se hubiere estipulado.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador establecidos en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza, se atenderá a las siguientes situaciones en que se encuentre el Asegurado afectado por el Evento:

- a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía calculará los gastos a ser reembolsados o pagados al prestador y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) El mismo procedimiento de la letra a) precedente, se aplicará respecto de aquellos Asegurados que, estando afiliados a un sistema de salud previsional, privado o estatal, los gastos efectivamente incurridos por él no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) pesos en tales instituciones.
- c) En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional privado y durante la vigencia de esta póliza disminuyera la cobertura otorgada por dicho sistema previsional, en comparación a la otorgada al momento de contratar esta póliza, ya sea por voluntad o decisión del asegurado, por razones legales, reglamentarias o de cualquier otra índole, la compañía de seguros calculará los gastos a ser reembolsados o pagados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso o de pago que se indica para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y

los gastos efectivamente incurridos por él cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) pesos, en tales instituciones, la compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados al Prestador y sobre la parte de dichos gastos que no han sido objeto de bonificación, aporte y/o reembolso por tales instituciones, aplicará el porcentaje de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El pago al Prestador o de los eventuales reembolsos se efectuará siempre y cuando se dé íntegro cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

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

En caso que los gastos cuya cobertura se esté solicitando, se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso al Asegurado o pago al Prestador, se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme al procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTÍCULO 12°: APLICACION DEL DEDUCIBLE

Las Condiciones Particulares de la Póliza podrán establecer deducibles por Evento, por Asegurado, por la edad de éste y según el porcentaje de reembolso sobre el monto total de los Gastos Médicos que realice cualquiera institución pública o privada del sistema previsional o de salud al que el Asegurado se encuentre afiliado o adherido, indicando su monto expresado en Unidades de Fomento.

La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por esta Póliza; 2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso o de pago al Prestador que se indica en el Cuadro de Coberturas contenido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la propuesta de seguros sobre el monto determinado conforme al número anterior; y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

En los casos en que, el monto del Deducible se determine por la edad que tenga el Asegurado al momento de ocurrencia del Evento, monto de Deducible quedará fijo para dicho Evento por todo el Período de Duración del Reembolso del Evento, según se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Compañía Aseguradora podrá establecer montos diferenciados de Deducible para ciertas enfermedades, y podrá establecer deducibles diferenciados y situaciones exentas de pago de deducible asociadas al pago de primas adicionales circunstancias que serán especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

De igual forma en las Condiciones Particulares de la Póliza, se podrán establecer montos diferenciados de Deducible según el porcentaje de reembolso del sistema de salud previsional al que el Asegurado se encuentre afiliado, sobre el monto total de los Gastos Médicos.

ARTÍCULO 13º: VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de las coberturas contempladas en las presentes Condiciones Generales así como la de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto, si las hubiere, se iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

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

ARTÍCULO 14º: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS E INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Si durante la vigencia del seguro, un Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la Compañía de Seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y ser aceptados por la Compañía de Seguros, en cuyo caso la fecha de inicio de vigencia de las coberturas y el correspondiente cobro de prima para el o los nuevos asegurados dependientes se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación por parte de la Compañía de Seguros u otra que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de ser aceptada la solicitud, la Compañía Aseguradora cubrirá el riesgo a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el nuevo Asegurado y notificará dicha circunstancia al Asegurado Titular.

ARTÍCULO 15º: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La cobertura de esta Póliza, y la de sus cláusulas adicionales, si las hubiere, terminará para todos los Asegurados:

- a) Al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) A las 24:00 horas del día en que el Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) Por efecto del no pago de la prima, en los términos señalados en el artículo 8º letra b) de estas Condiciones Generales.
- d) Por fallecimiento del Asegurado Titular.
- e) Por incurrir cualquiera de los Asegurados en el delito de fraude al seguro, tipificado en el artículo 470 N° 10 del Código Penal.
- f) En caso que la moneda o unidad estipulada dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía Aseguradora, según lo establecido en el Artículo 17º siguiente.
- g) Cuando el Contratante informe que el Asegurado dependiente ya no es parte del grupo asegurado.

Asimismo, el contrato de seguro terminará anticipadamente respecto de un Asegurado Dependiente, en las siguientes circunstancias:

- h) Cuando deje de cumplir los requisitos de asegurabilidad y/o cuando cumpla la edad máxima de permanencia establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

i) Por fallecimiento del Asegurado Dependiente;

j) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7° de estas Condiciones Generales,

El término anticipado de la Póliza como efecto del no pago de la prima se regulará conforme a lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio. Si la terminación se produjera como consecuencia de cualquiera de las restantes causales, o como consecuencia de la voluntad del propio asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 537 del mismo cuerpo legal. En cualquiera de los casos precedentes, terminada la vigencia de la Póliza, cesará la cobertura del seguro respecto del o los asegurados afectados por la causal de terminación de que se trate, cesando las obligaciones de la Compañía respecto de los Eventos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16º: AJUSTE DE LA PRIMA

En el evento que, con motivo de una renovación de póliza, las primas sufran una modificación en su monto distinta a los cambios por tramo de edad preestablecidos y señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, la Compañía de Seguros informará por escrito al contratante de la Póliza sobre esta circunstancia, con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha de renovación de la Póliza. El contratante tendrá el derecho a aceptar o renunciar a la renovación de la Póliza, lo cual deberá informar por escrito a la Compañía Aseguradora en un plazo de treinta (30) días, contados desde la recepción de la comunicación en que se propone su renovación.

ARTÍCULO 17º: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

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

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares, que se considerará para el pago de prima y coberturas, será el vigente al momento de su pago efectivo.

En el evento que no se determinare el valor de la unidad de fomento por la autoridad competente, el asegurador podrá modificar la reajustabilidad del presente contrato a la unidad que la Superintendencia de Valores y Seguros determine conforme al Artículo 10 del D.F.L. 251, de Hacienda, de 1931.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

La nueva unidad determinada por la Superintendencia de Valores y Seguros regirá provisoriamente para todos los efectos de este contrato, entre la fecha de la resolución que la apruebe y la indicada en los incisos precedentes

ARTÍCULO 18º: REHABILITACION DE LA PÓLIZA

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

A tal efecto, deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía Aseguradora y pagar toda la prima vencida.

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

ARTÍCULO 19º: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan durante la vigencia de la Póliza y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen de cargo de la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO 20º: 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 u otro medio 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 21º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el (los) asegurado(s) o el contratante, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro de que da cuenta esta Póliza, 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.

No obstante lo anterior, el asegurado 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 Aseguradora 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 22º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta Póliza y que extiendan o amplíen

las coberturas establecidas en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 23º: 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.