

SEGURO INDIVIDUAL CATASTRÓFICO POR EVENTO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320200071

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

ARTICULO 2º. COBERTURA.-

La compañía aseguradora reembolsará o pagará directamente al beneficiario o al prestador de salud, si el primero lo hubiere autorizado, los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, asociados a un Evento cubierto por esta póliza, de acuerdo a los porcentajes y en los términos y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares, siempre que la cobertura se encuentre vigente y haya transcurrido el periodo de carencia, y que no haya transcurrido el plazo definido en las Condiciones Particulares para la cobertura del Evento. Asimismo, en su caso, la compañía aseguradora proveerá los medicamentos ambulatorios recetados al Asegurado por su médico tratante, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, siempre en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, todo en los términos porcentuales, límites y topes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los reembolsos o los pagos directos señalados anteriormente se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos como de reembolsos o pago directo, valor de provisión de los medicamentos ambulatorios, porcentaje efectivo de reembolso y/o porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud (BMI), montos asegurados, deducibles, franquicia y tope de números de prestaciones médicas según lo contratado y los cuales se dejan expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiendo en ambos casos establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier prestador de salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos que excedan del deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una franquicia, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos o dispondrá los medicamentos si éstos exceden el monto de la

franquicia estipulada, cuyo monto y forma de aplicar se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, el asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la compañía de seguros, para que la compañía de seguros pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, el asegurado otorgará las autorizaciones necesarias para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en los documentos de solicitud de ingreso a la póliza o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

ARTÍCULO 3°. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.-

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.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACION.

Bajo este beneficio se pueden contratar las siguientes coberturas que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza:

a) **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.

b) **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo y/o intermedio, recuperación u observación; exámenes de laboratorio e imagen médica, 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.

c) **HONORARIOS MÉDICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica efectuada a un asegurado hospitalizado, incluyéndose las consultas médicas e interconsultas de pacientes hospitalizados.

d) **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, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

e) **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, adicional al contemplado en la definición de Día Cama Hospitalización.

f) **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridas a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

g). **SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE:** Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia

para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio máximo de 50 Kilómetros.

B) BENEFICIO AMBULATORIO.

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará o pagará los gastos incurridos, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, 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, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio.

El contratante podrá contratar uno o más de estos Gastos, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto. Los gastos son los siguientes:

i. Cirugía Ambulatoria: Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los gastos en que se incurra por concepto de los servicios hospitalarios suministrados por el hospital, descritos en la letra b) anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

ii. Consultas Médicas: es el tiempo en que el paciente está junto al médico en un lugar determinado (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras este último evalúa al paciente, entrega su opinión profesional y recomienda el tratamiento a seguir.

iii. Exámenes de Laboratorio: la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

iv. Exámenes de Radiografías.

v. Exámenes de Ultrasonografía.

vi. Exámenes de Medicina Nuclear

vii. Procedimientos de diagnósticos y terapéuticos, no quirúrgicos.

C) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS.

Bajo este beneficio la compañía aseguradora proveerá al Asegurado los medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al asegurado, 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 susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado 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 y Bioequivalentes: 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 o productos farmacéuticos que han demostrado mediante estudios científicos que producen el mismo efecto terapéutico que un remedio original y que han sido certificados como tales en el Instituto de Salud Pública de Chile o el organismo que le reemplace en el futuro.

ii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes: 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, bioequivalentes o no genéricos.

En los casos en que Compañía Aseguradora otorgue cobertura a través de la provisión de los medicamentos:

a) Ello se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares, las cuales proveerán de los medicamentos a los Asegurados como mandatarios de la compañía aseguradora y bajo los términos y condiciones de esta póliza.

b) La Compañía Aseguradora no será responsable de la existencia de stock de los medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacias, en cuyo caso el asegurado podrá solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

ARTÍCULO 4°. LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS.-

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal al momento de producirse un Evento, o al momento de otorgarse las prestaciones, este seguro no operará, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza establezcan lo contrario.

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 se encuentren tipificadas en el respectivo sistema, y no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza. Igualmente, las Condiciones Particulares podrán establecer porcentajes de bonificación especiales para prestaciones que sean objeto de homologación en el respectivo sistema.

3. En aquellos casos en que el Evento o las prestaciones asociadas se produzcan estando el asegurado afiliado a un sistema de salud previsional, público o privado, distinto del cual estaba afiliado al momento de incorporarse al seguro, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el

asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el prestador médico que originó el gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto y período máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará o pagará más allá del gasto efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del monto y período máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5°. DEFINICIONES.-

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. 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. Contratante de la Póliza: El que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Para efectos de esta póliza el Contratante corresponderá a la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía Aseguradora y figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Asegurado: Aquellos a quienes afecta el riesgo que se transfiere al asegurador. Para los efectos de esta póliza se distinguen las siguientes categorías de asegurados:

a. Asegurado Titular: Es la persona que habiendo solicitado la contratación de la póliza, ha sido aceptada por la compañía y se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares de esta póliza. El asegurado titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares. El asegurado titular será el contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

b. Asegurados Dependientes: Pueden ser asegurados dependientes los integrantes del grupo familiar del titular o aquellos especificados en las condiciones particulares de la póliza. Estos asegurados deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares, podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

Cuando en estas Condiciones Generales se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

4. Deducible: Es la estipulación por la que el asegurador y asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado. Para los efectos de esta póliza corresponderá al monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrá establecer un deducible por Evento, 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 o por solicitud de reembolso, o por la edad del asegurado.

5. Carencia: Es el periodo de tiempo establecido en estas Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza, o de su rehabilitación o de la incorporación de los asegurados a ella, durante el cual no están cubiertas las incapacidades, en su caso, ocurridos al asegurado, quedando éstos automáticamente excluidos de esta cobertura respecto del asegurado afectado.

La compañía de seguros no indemnizará los gastos incurridos por el asegurado, originados con ocasión de una incapacidad ocurrida en ese período, salvo en caso de accidentes. Se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.

6. Franquicia: Estipulación por la que la compañía aseguradora y asegurado acuerdan que aquél soportará la totalidad del gasto o del costo cuando éste exceda del monto que se hubiere pactado. El monto de la franquicia para cada siniestro será establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

7. 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 debe ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una enfermedad o asociadas 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. No se consideran como enfermedad aquellas afecciones corporales auto-provocadas intencionalmente por el asegurado.

8. 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.

9. 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. Se excluye de ésta definición a los cirujanos dentistas con cualquier especialidad.

10. 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.

11. 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.

12. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a los Gastos Ambulatorios y/o Gastos de Hospitalización en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad. En este análisis se deberá considerar además: (i) que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Lesión o enfermedad y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales; (ii) la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y (iii) la experiencia de las personas encargadas de la atención. Para efectos de la determinación de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, la compañía podrá utilizar como referencia los aranceles acostumbrados aplicados de acuerdo al nivel y volumen de prestaciones realizadas en los establecimientos médicos de mayor prestigio profesional del país, así como los valores sugeridos por las asociaciones gremiales de los profesionales de la salud cuyo cobro se esté efectuando, según se especifique en las Condiciones Particulares.

13. 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, y los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

14. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada e internada 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. Para estos efectos se entiende que la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería corresponde a 24 horas contados desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica.

15. 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.

16. 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.

17. Período Máximo de Reembolso: Corresponde al plazo máximo expresado en años o meses, durante el cual la Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado titular 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 las Condiciones Particulares de esta póliza.

18. Situación o enfermedad preexistente: Aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza según corresponda.

19. Bonificación Mínima Del Sistema Previsional De Salud (BMI): Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud

previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las condiciones particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará la bonificación del seguro.

Se podrá establecer un BMI para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos, o por el sistema de salud previsional del asegurado.

ARTÍCULO 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, de rehabilitación, como asimismo la hospitalización, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c. Cirugía y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o tengan como finalidad para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza.
- d. Cirugía plástica, estética, cosmética o reparadora y tratamientos secundarios a dichas cirugías, 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, 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 inferidas y abortos provocados.
- f. Tratamiento por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA - y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones, y por enfermedades asociadas, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y tratamientos relacionados con la condición de portador del V.I.H. o el SIDA que padezca el Asegurado
- g. No se consideran para efecto de este seguro como enfermedad la cirugía y/o tratamientos a causa de:
 - i. Cirugía por obesidad o sobrepeso, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones.
 - ii. Una Cirugía Maxilofacial.
 - iii. Una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia.
 - iv. Cirugía de reducción o aumento mamario mamaría y ginecomastia por cualquier causa, aunque sean para fines terapéuticos.
 - v. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también antagonistas LH y RH.

- vi. Tratamientos y/o cirugías oculares para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares.
- vii. Esterilización quirúrgica femenina y masculina independiente de la causa por la cual se indique.
- viii. Estudios de diagnóstico y tratamientos y procedimiento que tengan relación con problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias.
- ix. 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.
- ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
- iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
- iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices.
- v. Medicamentos biológicos e inmunoterapias.

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. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del hecho constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- vi. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.
- vii. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

j. 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. La compañía de seguros sólo reembolsará o pagará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares bajo la cobertura de Beneficio Ambulatorio.

k. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.

l. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.

m. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares

n. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

o. Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo.

p. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas

- q. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- r. Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado o el recién nacido a consecuencia de embarazo, parto, cesárea y sus complicaciones.
- s. Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes.
- t. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta a la anticoncepción. En estos se incluirán anticonceptivos tradicionales o de emergencia, anovulatorios, DIU, métodos de barrera, y otros de similares o distintos principios.
- u. Iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
- v. Realización o participación habitual o no habitual 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 bungee, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
- w. Criopreservación, así como la compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- x. 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.
- y. Ambulancia aérea.
- z. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.
- aa. Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- bb. Eventos ocurridos a Asegurados que, al momento de la contratación del seguro o, en fecha posterior, no estuvieran incorporados a un sistema previsional de salud.

ARTICULO 7°. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.-

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, y demás deberes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, las obligaciones del asegurado aplicables en este seguro son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 3) 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

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

Si el tomador y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidos por el asegurado. Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTICULO 8°. DECLARACIONES DEL ASEGURADO E INDISPUTABILIDAD.-

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

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

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

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

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

Conforme lo dispone el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 9°. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima acordadas con el contratante.

En caso de pactarse su renovación automática, ella se verificará por períodos iguales y sucesivos a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través del envío de una carta certificada, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de la Póliza.

Si así se estipulare en caso de renovación automática de la póliza, el monto de la prima podrá determinarse de acuerdo a la tabla de primas por rango de edad contenida en las Condiciones Particulares.

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 diagnósticos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTICULO 10°. PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.-

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de la Prima.

El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

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

b) Plazo de Gracia.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) No pago de la prima.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 13 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Asegurado 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. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

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

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

ARTÍCULO 11°. DENUNCIA DE SINIESTRO.-

En caso de que el Asegurado, a causa de un evento, incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de la presente póliza, cualquier persona podrá presentarlo a la Compañía, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, tan pronto sea posible una

vez tomado conocimiento de la ocurrencia del gasto.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 60 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite dicho gasto incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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 documentos, o copia de éstos, extendidos a nombre del asegurado, de los recibos, boletas, facturas y prefacturas cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, programas médicos u otros antecedentes 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.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos o la provisión de medicamentos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida a la fecha de adquisición de los medicamentos, 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. Las recetas médicas tendrán una vigencia máxima de treinta (30) días contados desde su emisión. Con todo, tratándose de recetas a permanencia, se entenderá que éstas tienen una vigencia máxima de ciento ochenta (180) días, por lo que en caso que el tratamiento médico exceda de dicho plazo, será necesario presentar una nueva receta por el nuevo período.
 - iii. Nombre del beneficiario 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 aseguradora queda facultada para solicitar los documentos originales y antecedentes 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 o pericias 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 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 tal sentido, el asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, 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 de los Gastos Reembolsables

ARTÍCULO 12°. CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES.-

La cobertura otorgada no cubrirá los gastos médicos que deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar al Asegurado la institución de salud a la que se encuentre afiliado, el Departamento de Bienestar al cual esté vinculado, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, u otras instituciones, públicas o privadas, similares que otorguen tales coberturas. En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas con las instituciones antes mencionadas, es prioritario y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta cláusula adicional. Asimismo, bajo ninguna circunstancia los reembolsos de gastos que eventualmente se otorguen en virtud de esta cobertura, podrán duplicar los reintegros, aportes, bonificaciones y reembolsos efectuados por cualquiera de las instituciones antes mencionadas.

Cuando se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, el asegurado podrá reclamar a cualquiera de los aseguradores el pago del siniestro según el respectivo contrato y a cualquiera de los demás el saldo no cubierto. El conjunto de las indemnizaciones recibidas por el asegurado, no podrá exceder el valor del objeto asegurado.

El asegurador que hubiere indemnizado al asegurado tendrá derecho a repetir contra los demás aseguradores la cuota que les corresponda en la indemnización, según el monto que cubran los respectivos contratos.

Cabe señalar que, en ningún caso, son adicionales los límites y montos de indemnización cuando existen dos o más contratos de seguros vigentes al mismo tiempo

ARTÍCULO 13°. TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO.-

El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, este contrato de seguro terminará para todos los asegurados incorporados en él, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por fallecimiento del asegurado titular;
- b) A las 24:00 horas del día en que el asegurado titular cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 10 precedente;
- d) En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 15 siguiente;
- e) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 8 de estas Condiciones Generales;
- f) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra d) de este artículo, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 15 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Asimismo, la cobertura que otorga este contrato de seguro terminará respecto de un asegurado distinto del asegurado titular, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por todas las causas de término del contrato de seguro respecto del asegurado titular;
- b) Por fallecimiento;

- c) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, lo que sin perjuicio del ajuste de prima que pudiere corresponder;
- d) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

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

ARTÍCULO 14°. IMPUESTOS.-

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

Se establece además que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 15°. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.-

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

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

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable 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 de seguros, dentro de los 10 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 16°. COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.-

Cualquier comunicación, declaración o 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.

ARTICULO 17°. SOLUCION DE CONTROVERSIAS.-

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o Tomador, el Asegurado o los Beneficiarios, según

corresponda, y la Compañía Aseguradora, 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes al momento de surgir una disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

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

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

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

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

ARTÍCULO 18°. DERECHO DE RETRACTO.-

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, si el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 19°. 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 20°. CLÁUSULAS ADICIONALES.-

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

SEGURO INDIVIDUAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320160108

ARTÍCULO 1. REGLAS APLICABLES AL CONTRATO.

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

ARTÍCULO 2. COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA.

Bajo los términos y condiciones del presente contrato de seguro, la compañía aseguradora pagará al asegurado el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso de diagnosticársele al asegurado, durante la vigencia de este contrato de seguro y por causa no excluida en el artículo 4 de estas Condiciones Generales, una de las enfermedades graves que a continuación se indican y definen para efectos de este contrato de seguro.

Las coberturas de enfermedades graves descritas a continuación, 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 o en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro.

Las enfermedades graves cubiertas son:

1. Cáncer.

Para efectos de este contrato de seguro se entiende por cáncer la enfermedad neoplásica que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.

Se incluye en esta cobertura la leucemia y el mal de Hodgkin.

Cánceres No Cubiertos: Este contrato de seguro no otorga cobertura al cáncer a la piel que no sea melanoma maligno y a los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida SIDA.

Para acreditar la ocurrencia del siniestro, se deberá entregar a la compañía al menos la historia clínica que fundamente el diagnóstico o un informe del médico tratante, un informe anátomo-patológico de biopsia firmado por un médico cirujano que confirme positivamente la presencia de un cáncer y, otros antecedentes que sean necesarios para acreditar el siniestro denunciado.

2. Infarto del Miocardio.

Para efectos de este contrato de seguro se entiende por Infarto del Miocardio la enfermedad que consiste en la oclusión permanente de un segmento del tronco principal o de cualquiera de las ramas de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, al cual, por falta de dicha nutrición a la zona, se le produce una desvitalización. El diagnóstico de esta enfermedad se fundamenta en los siguientes criterios:

- a) Un historial de típico dolor de pecho, sintomático e indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- b) Cambios en el electrocardiograma, sugerentes de Infarto del Miocardio.
- c) Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.
- d) Coronariografía que muestre una lesión obstructiva y un compromiso de la circulación coronaria.

Para acreditar la ocurrencia del siniestro, se deberá entregar a la compañía copia de la historia clínica de hospitalización que fundamente el diagnóstico o un informe del médico tratante, copia de examen de electrocardiograma, de examen de enzimas cardíacas, de coronariografía, que certifiquen positivamente la presencia de un Infarto del Miocardio y, otros antecedentes que sean necesarios para acreditar el siniestro denunciado.

3. Cirugía de Bypass Coronario.

Para efectos de este contrato de seguro se comprende dentro del concepto de enfermedades graves a la Cirugía de Bypass Coronario, entendida como la cirugía con la apertura quirúrgica del tórax, de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización mediante técnica de bypass coronario, realizada con posterioridad al diagnóstico de un estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria a través de una coronariografía.

Este contrato de seguro no otorga cobertura a la angioplastia de globo con Stent y a todas las otras técnicas de corrección de un estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, ni tampoco los tratamientos con Laser, la cirugía de reparación o reemplazo valvular, la cirugía por tumoración intracardiaca o por alteración congénita.

Para acreditar la ocurrencia del siniestro, se deberá entregar a la compañía copia del Protocolo Operatorio, examen de coronariografía, informe del médico tratante y, otros antecedentes que sean necesarios para acreditar el siniestro denunciado.

4. Accidente Vascular Encefálico (AVE) con secuelas neurológicas permanentes.

Para efectos de este contrato de seguro se entiende por "Accidente Vascular Encefálico (AVE) con secuelas neurológicas permanentes", cualquier accidente vascular encefálico que no sea causado o provocado por medios externos y que produzca una suspensión brusca de las funciones cerebrales, con pérdida de la conciencia y que dé lugar a secuelas neurológicas de naturaleza permanente. Las secuelas neurológicas permanentes que permiten configurar el accidente vascular encefálico cubierto por este contrato de seguro, deberán acreditarse por el asegurado mediante un informe de un médico-cirujano con especialidad de neurología, emitido al menos seis (6) semanas después de la ocurrencia del accidente vascular encefálico.

No se considerarán dentro de la cobertura de "Accidente Vascular Encefálico (AVE) con secuelas neurológicas permanentes" cualquier accidente vascular encefálico causado o provocado por medios externos.

Para acreditar la ocurrencia del siniestro, se deberá entregar a la compañía un informe del médico tratante describiendo el daño neurológico permanente, copia del examen de Scanner, o Tomografía Axial Computada, o Resonancia Nuclear Magnética Cerebral, que certifique positivamente la presencia de un Accidente Vascular Encefálico y, otros antecedentes que sean necesarios para acreditar el siniestro denunciado.

ARTÍCULO 3. LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

Solamente se indemnizará una de las enfermedades graves comprendidas en este contrato de seguro diagnosticada durante la vigencia del mismo. El pago del capital asegurado producirá el término de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES.

I. Exclusiones generales:

Este contrato de seguro no otorga cobertura a la enfermedad grave consignada en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, cuando ella provenga o se origine en alguna de las siguientes situaciones:

- 1) Enfermedad Preexistente, entendiéndose que ésta corresponde a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.
- 2) La ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- 3) Lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento.
- 4) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.

II. Exclusiones por cobertura:

Dentro de las enfermedades graves señaladas en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, estarán excluidas y por ende no tendrán cobertura las siguientes patologías y procedimientos específicos que se indican:

- a) El cáncer a la piel que no sea melanoma maligno y los tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida SIDA.
- b) La angioplastia de globo con Stent y todas las otras técnicas de corrección de un estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, ni tampoco los tratamientos con Laser, la cirugía de reparación o reemplazo valvular, la cirugía por tumoración intracardiaca o por alteración congénita.
- c) Cualquier accidente vascular encefálico causado o provocado por medios externos.

ARTICULO 5. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, y demás deberes establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, las obligaciones del asegurado aplicables en este seguro son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas;
- 3) 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
- 4) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidos por el asegurado. Las

obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el asegurado.

ARTICULO 6. DECLARACIONES DEL ASEGURADO E INDISPUTABILIDAD.

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

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

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

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

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

Conforme lo dispone el artículo 592 del Código de Comercio, transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

ARTÍCULO 7. VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares, y podrá ser renovado a partir de la fecha de término del contrato de seguro, por el lapso, condiciones y prima acordadas con el contratante.

En caso de pactarse su renovación automática, ella se verificará por períodos iguales y sucesivos a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través del envío de una carta certificada, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha del vencimiento de la Póliza.

Si así se estipulare en caso de renovación automática de la póliza, el monto de la prima podrá determinarse de acuerdo a la tabla de primas por rango de edad contenida en las Condiciones Particulares.

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 diagnósticos que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTICULO 8. PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

El monto de la prima se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.

a) Pago de la Prima.

El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la Compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante.

La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la Compañía Aseguradora.

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

b) Plazo de Gracia.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía de seguros, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.

c) No pago de la prima.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 16 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Asegurado 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. Dicha terminación no aplicará en caso que el contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente.

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

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

ARTÍCULO 9. DENUNCIA DE SINIESTRO.

Conforme al artículo 5 de estas Condiciones Generales, el asegurado debe notificar a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier diagnóstico de la enfermedad o situación de salud correspondiente a las enfermedades graves cubiertas por este contrato de seguro que pueda constituir o constituya un siniestro, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última disponga para dichos efectos, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la

compañía hasta el plazo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro del asegurado.

ARTÍCULO 10. REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTRO.

Constituye requisito para cualquier pago de indemnización por parte de la compañía de seguros:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) Fotocopia Cédula de Identidad del asegurado o Certificado de Nacimiento original;
- c) Los antecedentes necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro, según lo establecido en el artículo 2 de estas Condiciones Generales.
- d) Otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes médicos, exámenes, declaraciones, certificados, u otros documentos afines.

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 siniestro denunciado, a objeto de acreditar que ha ocurrido un siniestro cubierto por esta cláusula adicional y determinar el monto de la indemnización. En el mismo sentido, la compañía podrá solicitarle la realización de 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 siniestro denunciado o autorizar a la compañía o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

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

ARTÍCULO 11. PAGO DE SINIESTRO.

Denunciado un siniestro, la compañía de seguros dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la póliza y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

La liquidación del siniestro la practicará de manera directa la compañía de seguros, sin perjuicio del derecho del asegurado de solicitar el nombramiento de un liquidador externo en la forma y oportunidad señalada en el D.S. N° 1055 de 2012, de Hacienda, que establece el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización se efectuará por la compañía de seguros a nombre del asegurado titular. En el evento que el asegurado titular hubiese fallecido antes de recibir la indemnización, ésta se pagará a sus herederos legales en partes iguales.

ARTÍCULO 12. TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro terminará su vigencia al vencimiento del plazo establecido para su duración en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, este contrato de seguro terminará para todos los asegurados incorporados en él, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por fallecimiento del asegurado titular;

- b) Por el pago del capital asegurado por una cualquiera de las enfermedades cubierta por este contrato de seguro, según lo señalado en el artículo 3 de estas Condiciones Generales;
- c) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- d) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 8 precedente;
- e) En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora, según lo establecido en el Artículo 15 siguiente;
- f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 5 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 6 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del Código Penal.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra e) de este artículo, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 16 de estas Condiciones Generales, notificará al contratante que se producirá el término del contrato de seguro a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la notificación, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Asimismo, la cobertura que otorga este contrato de seguro terminará respecto de un asegurado distinto del asegurado titular, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Por todas las causas de término del contrato de seguro respecto del asegurado titular;
- b) Por fallecimiento;
- c) Por el pago del capital asegurado por una cualquiera de las enfermedades cubierta por este contrato de seguro, según lo señalado en el artículo 3 de estas Condiciones Generales;
- d) A las 24:00 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) Por no pago de prima dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 8 precedente;
- f) Cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 5 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 6 de estas Condiciones Generales;
- g) Cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

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

ARTICULO 13. REHABILITACION DEL CONTRATO DE SEGURO.

Producida la terminación anticipada del contrato de seguro por no pago de prima, podrá el Contratante o el Asegurado Titular solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

A tal efecto, el Asegurado Titular deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad por sí y sus dependientes a satisfacción de la compañía aseguradora.

La sola entrega a la Compañía de dichos antecedentes no producirá el efecto de rehabilitar el contrato de seguro si previamente no ha habido aceptación escrita de la Compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud no generará ninguna responsabilidad posterior de la Compañía.

ARTÍCULO 14. IMPUESTOS.

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

Se establece además que cualquier cambio relativo a impuestos aplicables a la prima, no serán de cargo del asegurador, por ende, a contar de la fecha de la modificación se aplicarán sobre la prima neta establecida para la póliza o sus adicionales, en este último si fuese el caso.

ARTÍCULO 15. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a este contrato de seguro 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, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

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

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable 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 de seguros, dentro de los 10 días siguientes a la notificación que ésta le hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 16. COMUNICACION ENTRE LAS PARTES.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al Contratante o la Asegurada con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico o a través de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal indicada en las condiciones particulares o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente, asimismo señalado en las condiciones particulares.

ARTICULO 17. SOLUCION 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 por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

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

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

El tribunal arbitral u ordinario a quien corresponda conocer de la causa, tendrá las facultades que establece el artículo 543 del Código de Comercio.

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

del beneficiario.

ARTÍCULO 18. DERECHO DE RETRACTO.

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio, si el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, el contratante o asegurado tendrá la facultad de retractarse dentro del plazo de 10 días, contado desde que reciba la póliza, sin expresión de causa ni cargo alguno, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro, ni en el caso de los contratos de seguros cuyos efectos terminen antes del plazo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 19. 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 20. DEFINICIONES.

Para los efectos de este contrato de seguro se entenderá que:

1. Contratante: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

2. Asegurado Titular: El titular de la póliza, individualizado en las Condiciones Particulares de la póliza. El asegurado titular será el contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Asegurados Dependientes: Pueden ser asegurados dependientes los integrantes del grupo familiar del titular o aquellos especificados en las condiciones particulares de la póliza. Estos asegurados deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

Las categorías de asegurados dependientes que consten en las Condiciones Particulares, podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

Cuando en estas Condiciones Generales se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata del asegurado titular, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

4. Beneficiario: El beneficiario corresponde a la persona natural individualizada en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. Diagnóstico: Corresponde a la determinación en forma clara del proceso patológico que sufre el asegurado.