

## **CONDICIONES GENERALES SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DE ALTO COSTO**

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 09 131

### **ARTÍCULO 1º: COBERTURA**

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, en los términos y condiciones establecidas en esta póliza, siempre que haya transcurrido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y que la póliza se encuentre vigente.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas efectivamente contratadas de aquellas descritas en el Artículo 2º de esta póliza, y de acuerdo a los términos, proporciones, límites y condiciones que deberán quedar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Las coberturas descritas en el Artículo 2º de 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.

### **ARTÍCULO 2º: 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.

- I. **Beneficio de Hospitalización:** Gastos médicos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante y que se detallan a continuación:
  - a) Días cama hospitalización: Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
  - b) Servicios hospitalarios: Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio e imagen médica; procedimientos especiales; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante ella como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que motivó la hospitalización.
  - c) Honorarios médicos quirúrgicos: Los honorarios de médicos y arsenaleras que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.

- d) Prótesis Quirúrgicas: Gastos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridos a consecuencia de una intervención quirúrgica. Dentro de esta prestación no se incluye prótesis maxilofacial.
- e) Cirugía dental por accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que ésta se realice dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y esta cobertura esté vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- f) Servicio Privado de Enfermera: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.
- g) Servicio de Ambulancia: Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital, dentro de un radio máximo de 50 kms.

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

- a) Cirugía Ambulatoria.
- b) Consultas Médicas.
- c) Exámenes de Laboratorio.
- d) Imagenología.
- e) Procedimientos de diagnóstico y terapéutico.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible para las coberturas antes descritas, la Compañía Aseguradora reembolsará los gastos médicos considerando los gastos médicos que excedan del deducible el cual se aplicará sobre los gastos una vez aplicado el plan de beneficios detallado en las Condiciones Particulares.

### **ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES.**

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una incapacidad.
2. Contratante de la Póliza: 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:
  - 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.

Si esta póliza fuese contratada en forma colectiva, se consideran asegurado titular para efectos de este seguro las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tengan un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante, y se encuentren señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

- b) Asegurado Dependiente: Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos:
- i. Cónyuge.
  - ii. Los hijos mayores de 14 días de edad y que sean solteros y sean estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres.
  - iii. Otros dependientes, que se establezcan en las Conducciones Particulares de la póliza.

Los asegurados dependientes podrán permanecer amparados por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares.

4. Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.
5. Carencia: Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares.
6. Enfermedad: Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
7. 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.

8. Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el Artículo 112 del Código Sanitario. Se excluye de ésta definición a los cirujanos dentistas con cualquier especialidad.

9. Evento: Todas 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.

El asegurado podrá presentar más de un evento durante la vigencia de esta póliza.

10. Cirugía y Tratamientos Dentales y Maxilofaciales: todos aquellos tratamientos efectuados en piezas dentales y por afecciones de tipo esquelético articulares (temporo-mandibular) exceptuándose los de origen accidental.
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 en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.
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.
14. Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
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. Situación o enfermedad preexistente. Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.

#### **ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES.**

Esta póliza no cubre los gastos médicos en los términos definidos en el artículo 2º, cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- a. Enfermedades psicológicas y psiquiátricas. Asimismo, no estará cubierta aquella hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamientos.
- c. Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones.
- d. Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e. Tratamientos por: adicción a drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA-, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- f. Lesión o enfermedad causada por:
  - i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
  - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
  - iii. Participación del asegurado en actos que podrían ser calificados como delitos por la ley.
  - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.
  - v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
- g. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h. Cualquier tipo de órtesis.
- i. Medicamentos, remedios, drogas e insumos, con excepción de los prescritos bajo el Beneficio de Hospitalización establecido en el punto I. del Artículo 2º precedente. No se cubrirán recetas magistrales y remedios naturales.

- j. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente ni necesario para el diagnóstico de una incapacidad.
- k. La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria
- l. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- m. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- n. Maternidad, exceptuándose los gastos médicos asociados a complicaciones del embarazo.
- o. Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas conocidas por el asegurado titular al momento de contratar esta póliza.
- p. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
- q. No serán consideradas como enfermedades o eventos con derecho a cobertura, para efectos de la presente póliza, la cirugía, tratamientos o gastos que se indican a continuación:
  - i. La obesidad no mórbida (IMC <40).
  - ii. La impotencia masculina.
  - iii. Fertilidad e infertilidad.
  - iv. Tallas bajas (cualquiera sea su origen), delgadez no patológica, gigantismo, ginecomastía, u otros similares.
  - v. Tratamientos anticonceptivos.
  - vi. Cirugía de reducción o aumento mamario.
  - vii. Adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de rueda, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
- r. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriología, reflexología, quiropraxia, etc.
- s. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional, los cuales serán cubiertos siempre que exista un pronunciamiento de la compañía aseguradora y de Fonasa en ese sentido.
- t. Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.
- u. Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades

preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares o en el certificado de cobertura, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.

#### **ARTÍCULO 5º: VIGENCIA DE LA POLIZA**

El plazo de duración de esta póliza es de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia, salvo que las Condiciones Particulares de la póliza señalen un período diferente. Sin embargo, si alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta (60) días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual período y la Compañía Aseguradora establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares de la póliza y las edades alcanzadas por cada uno de los Asegurados, conforme a las tarifas vigentes a la fecha de renovación, las que regirán hasta el vencimiento del nuevo período de vigencia y así sucesivamente.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

#### **ARTÍCULO 6º: VIGENCIA DE LAS COBERTURAS**

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la vigencia de la cobertura definida en el artículo 1º de estas Condiciones Generales y de las coberturas adicionales que se contraten en conjunto para esta póliza, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente, siempre que se mantenga el pago de la prima.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

#### **ARTICULO 7º: TERMINACIÓN ANTICIPADA**

La cobertura terminará anticipadamente para un Asegurado en particular desde la fecha en que el Contratante o el Asegurado Titular no pague la prima respectiva, aplicándose al respecto el plazo

de gracia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza conforme a lo estipulado en el artículo precedente.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá poner término anticipado a la póliza o a la cobertura individual, según corresponda, cuando el asegurable hubiese omitido, retenido o falseado información que altere el concepto de riesgo asumido por la Compañía, o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas. En este caso no procederá la devolución de primas.

El Contratante también podrá terminar anticipadamente la póliza, pero en este caso la compañía aseguradora le devolverá la diferencia entre la prima pagada y la prima consumida.

En caso que esta póliza fuese contratada en forma colectiva, la cobertura de esta póliza, y sus Cláusulas Adicionales, si las hubieren, terminará además anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que éste deje de ser miembro, trabajador o tener un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad contratante.

#### **ARTICULO 8º: BENEFICIARIOS**

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

Siendo beneficiario el Asegurado Titular, en caso de fallecer éste antes del pago del beneficio asociado a esta cobertura, y en caso que ello corresponda, dicho beneficio será pagado a los herederos legales de éste.

#### **ARTICULO 9º: DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS E INDISPUTABILIDAD**

La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos por parte de un Asegurado, que pudiere influir en la apreciación del riesgo concerniente a él o por aquellas personas por la que éste declare, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía Aseguradora hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o de incorporar a dichos Asegurados a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada y poner término anticipado a la cobertura para el o los Asegurados de que se trate, y en todos esos casos retener el valor de la prima pagada, salvo que hubiese transcurrido el plazo de indisputabilidad indicado en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de la póliza, o desde la incorporación del asegurado, o desde la última rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado, según corresponda.



## **ARTÍCULO 10º: 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 beneficios, será el vigente al momento de su pago efectivo.

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 hiciera sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

## **ARTÍCULO 11º: PAGO DE PRIMA**

Si esta póliza es contratada en forma colectiva, se definen dos tipos de modalidades para el pago de la prima, según quien soporte el pago de éstas, de las cuales una de ellas deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares:

- a) Modalidad Contributoria: prima financiada conjuntamente por el contratante y el asegurado.
- b) Modalidad No Contributoria: prima financiada sólo por el contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado.

Independientemente de la modalidad de pago, la prima será pagada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, en forma mensual, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. El pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la Compañía Aseguradora pueda identificar a aquellos Asegurados Titulares que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su o sus coberturas contratadas.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario de esta póliza, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la compañía informará al Asegurado Titular o al Contratante de la póliza, según corresponda, de esta modificación con una anticipación de a lo menos sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el Asegurado Titular o el Contratante a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura, lo cual deberá informar a la compañía en un plazo de a lo menos treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta. Si el Asegurado Titular o el Contratante así no lo hiciera, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora.

La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será el señalado en las Condiciones Particulares, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. En caso de ocurrir un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá del monto a pagar la prima vencida y no pagada.

Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza o la cobertura, según sea el caso, terminará anticipadamente en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando el asegurador libre de toda obligación y responsabilidad futura derivada de la póliza.

En ningún caso el pago y recepción de la prima por parte de la Compañía después de haber terminado la cobertura correspondiente a esta póliza o a cualquiera de sus cláusulas adicionales que se hubieren contratado dará derecho al pago del beneficio asociado a la cobertura principal o las cláusulas adicionales. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado Titular o al Contratante en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva.

#### **ARTÍCULO 12º: REHABILITACION**

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 (3) 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 y reserva cuando corresponda, los gastos que originen la rehabilitación y demás cantidades que se adeudaren a la Compañía Aseguradora.

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 o Asegurado Titular. 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 13º: EVALUACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA COBERTURA**

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

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la compañía aseguradora del pago del beneficio que habría correspondido.

Al denunciado de siniestro, deberán acompañarse los siguientes antecedentes:

- a) Formulario de Reembolso proporcionado por la Compañía Aseguradora.
- b) La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado, de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de órdenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

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

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

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

#### **ARTÍCULO 14º: CLAUSULAS ADICIONALES**

Las Cláusulas Adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de esta cobertura para un Asegurado en particular o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.

#### **ARTICULO 15º: ARBITRAJE**

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la compañía, en relación con el 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 cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

#### **ARTICULO 16º: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES**

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante o el asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la compañía aseguradora o al último domicilio del contratante o asegurado titular, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### **ARTICULO 17º: DOMICILIO**

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