



Seguro Individual Complementario de Salud

CONTENIDO

- Carátula certificado de cobertura seguro individual complementario de salud.
- Condiciones particulares seguro individual complementario de salud.
- Procedimiento de liquidación de siniestros.

**CARÁTULA CERTIFICADO DE COBERTURA
SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD**

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA
POL320220100

PÓLIZA N°
617875

ASEGURADO
ROSA CRISTINA CATAÑO COTES

RUT
26.739.927-1

BENEFICIARIO
DAVID FERNANDEZ GUTIERREZ

RUT
12.275.195-3

TIPO DE RIESGO ASEGURADO

- Póliza con cobertura general de gastos médicos
- Póliza con cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas
- Póliza con cobertura complementaria de gastos médicos**
- Póliza con cobertura catastrófica

PÓLIZA

- Individual**
- Colectiva

VIGENCIA

07-08-2025 Inicio
31-08-2026 Término

RENOVACIÓN

- Póliza de plazo indefinido sin condiciones
- Póliza de plazo indefinido condicionada
- Póliza de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada
- Póliza de plazo limitado y renovable con condiciones**
- Póliza de plazo limitado simple

PRIMA Monto
2,0817 UF

MONEDA		PERÍODO DE PAGO		CONDICIONES	
x	UF		Anual		Fija
	Peso	x	Mensual	x	Ajustable según contrato
	Otra		Otro		

PERÍODO DE CARENCIA
N/A

ART.

REGLAS SOBRE PREEXISTENCIAS

- Póliza sin exclusión de enfermedades preexistentes
- Póliza con exclusión específica de enfermedades preexistentes**
- Póliza sin exclusión general de enfermedades preexistentes

ART.

-
- 7**
-

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Sí
- NO**

ART.

-
-

EXCLUSIONES

- SÍ**
- NO

ART.

- 7**
-

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

e-mail al correo electrónico

DENTYSOLSPA01@GMAIL.COM

Carta a la siguiente dirección

Otro

La presente carátula es un resumen de la información más relevante de la póliza y los conceptos fundamentales se encuentran definidos al reverso.

Para una comprensión integral, se debe consultar las condiciones generales y particulares de la póliza. En cada punto se señala el artículo del condicionado general donde puede revisarse el detalle respectivo.

NOTA 1: El asegurado tiene la obligación de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y en la forma que determina la normativa vigente. La infracción a esta obligación puede acarrear la terminación del contrato o que no sea pagado el siniestro.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - 3.1. Duración de este seguro.
 - 3.2. Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - 3.3. De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - 3.4. En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
 - 3.5. Los requisitos para cobrar el seguro.
4. En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro.

Este seguro:

 - 4.1. **NO** contempla renovación garantizada.
 - 4.2. **SÍ** podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
 - 4.3. **NO** considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
 - 4.4. **NO** cubre preexistencias.
5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320220100 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl.

DEFINICIONES

CÓDIGO CMF DE LA PÓLIZA: Es el Código con que la póliza fue depositada en la Comisión para el Mercado Financiero, conocido también como "código POL". Si la póliza incluye más de uno, se incluye sólo el de la cobertura principal.

CONTRATANTE: La persona que celebra el seguro con la compañía aseguradora y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato. Puede ser una persona diferente al asegurado.

ASEGURADO: Aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora.

BENEFICIARIO: El que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

TIPO DE RIESGO ASEGURADO: Según el tipo de riesgo, las pólizas pueden ser de los siguientes tipos:

- Es de cobertura general de gastos médicos cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuado por el asegurado, sin que estén limitados a ciertas enfermedades específicas, o enfermedades calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados.
- Es de cobertura de gastos médicos para enfermedades específicas, cuando cubre los gastos médicos efectuados por el asegurado respecto de ciertas enfermedades o patologías que se especifican en la póliza.
- Es de cobertura complementaria de gastos médicos, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, en aquella parte que no son cubiertos por el sistema de salud privado o público al que está afiliado.
- Es de cobertura catastrófica, cuando cubre todo o parte de los gastos médicos efectuados por el asegurado, limitados a enfermedades identificadas genérica o específicamente y siempre que el costo de atención supere un cierto monto mínimo que se especifica, esto es, un deducible o franquicia, según sea el caso, señalado en la póliza.

VIGENCIA: Período de tiempo durante el cual dura la cobertura de riesgo de la póliza contratada.

RENOVACIÓN: Se refiere a si la póliza se extingue al vencimiento de su plazo o si se puede renovar.

- Es de plazo indefinido sin condiciones, cuando la cobertura no está sujeta a plazo ni a ningún requisito diferente de los

cumplidos a la fecha de suscripción, salvo el pago de la prima, en las condiciones de cobertura señaladas en la póliza.

- Es de plazo indefinido condicionada cuando la cobertura no está sujeta a plazo determinado sino al cumplimiento de alguna de las condiciones objetivas definidas en la póliza, tales como siniestralidad máxima en ciertos períodos de tiempo, límites de edad u otras semejantes.
- Es de plazo indefinido (condicionada o no) con término anticipado y renovación no garantizada cuando la vigencia no está sujeta a un plazo determinado, pero en que cualquiera de las partes le puede poner término conforme a las estipulaciones del contrato.
- Es de plazo limitado y renovable con condiciones, cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, pero que se entiende renovada en caso de cumplirse con ciertas condiciones que se determinan objetivamente. Se entiende incluidas aquellas pólizas en que la renovación está condicionada a la aceptación por parte del asegurado de cambios en las primas, o en las coberturas, siempre que estos cambios se encuentren dentro de marcos objetivos que ese establezca en la póliza original.
- No están incluidas aquellas en que una de las partes le puede poner término en cualquier momento sin expresión de causa.
- Es plazo limitado simple cuando su vigencia está sujeta a un plazo determinado, sin cláusula de renovación y que no puede ser terminada antes de ese plazo sino por las causas señaladas en la propia póliza, entre las que no podrá estar la sola voluntad de una de las partes.

PRIMA: El precio que se cobra por el seguro.

CONDICIONES DE PRIMA: La prima puede ser fija, si el monto es el mismo durante toda la vigencia de la póliza, o puede ser ajustable, si ese precio puede ser modificado conforme a las normas incluidas en la póliza.

COMISIÓN CORREDOR: El monto pagado a un tercero, normalmente corredor de seguros, que ha vendido el seguro por cuenta de la compañía. Puede expresarse como un monto fijo o un porcentaje de la prima.

PERÍODO DE PAGO: La periodicidad con la que el contratante debe pagar la prima.

COBERTURA: El tipo de riesgo que está incluido en la protección otorgada por la póliza.

CARENCIA: Período establecido en la póliza durante el cual no rige la protección del seguro.

EXCLUSIONES: Aquellos riesgos especificados en la póliza que no son cubiertos por el seguro.

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD: Son los requisitos o condiciones especiales que debe cumplir el asegurado para que en caso de siniestro la compañía cubra el riesgo y pague el seguro.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN: Sistema de comunicación que el cliente autoriza para que la compañía le efectúe todas las notificaciones requeridas conforme a la póliza o que la compañía requiera realizar. Es responsabilidad del cliente actualizar los datos cuando exista un cambio en ellos.

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD
PÓLIZA 617875

Las presentes Condiciones Particulares forman parte integrante de la póliza de seguro y tienen por finalidad regular, entre el contratante y la compañía aseguradora aspectos que por su naturaleza no son materia de las Condiciones Generales y que permiten la singularización de la póliza de seguro, especificando sus particularidades.

BICE VIDA Compañía de Seguros S.A emite la presente póliza de Seguro Individual Complementario de Salud en consideración a la cotización pertinente, a las declaraciones realizadas por el asegurado y a la documentación suscrita por él, todo lo cual se considera forma parte integrante de esta póliza de seguro.

Para un completo y total entendimiento de las coberturas de este seguro, le pedimos revisar las Condiciones Generales del Seguro Individual Complementario de Salud, inscrita en el depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL320220100, la cual se adjunta a la presente póliza y se encuentra disponible en su sitio web: www.cmfchile.cl.

LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO ES ABSOLUTAMENTE VOLUNTARIA.

La contratación de estos seguros es de carácter voluntario. Usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, usted puede terminar los seguros voluntarios anticipadamente en cualquier momento, independiente del medio utilizado para su contratación.

El contrato de seguro que da cuenta estas Condiciones Particulares es un seguro individual que es comercializado y celebrado a través de la página www.bicevida.cl por lo que es un contrato celebrado a distancia, esto es, se ha convenido mediante sistema de transmisión y registro digital o electrónico de la palabra verbal entre personas que no están físicamente presentes de manera simultánea. Por lo anterior, el presente contrato de seguro se ha ofrecido y aceptado por el contratante no presencialmente, a través de la página web www.bicevida.cl.

BICE VIDA Compañía de Seguros S.A., se encuentra autorizada por Resolución N° 002 de la ex Superintendencia de Valores y Seguros, hoy Comisión para el Mercado Financiero, de fecha 5 de enero de 1993.

1. DATOS DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR

NOMBRE	: ROSA CRISTINA CATAÑO COTES
RUT	: 26.739.927-1
FECHA DE NACIMIENTO	: 01-01-1975
EDAD	: 50
CORREO ELECTRÓNICO	: DENTYSOLSPA01@GMAIL.COM
DOMICILIO	: BARCELONA 1943 8
COMUNA	: CHILLÁN
REGIÓN	: REGIÓN DE ÑUBLE
SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL	: COLMENA GOLDEN CROSS S. A.
BANCO	: BANCO DEL ESTADO DE CHILE
TIPO DE CUENTA	: CUENTA CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA	: 29800033088

IMPORTANTE

En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar de este seguro:

1. **NO** Contempla renovación garantizada.
2. **SÍ** Podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
3. **NO** Considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
4. **NO** Cubre preexistencias.

2. VIGENCIA Y DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

INICIO VIGENCIA	TÉRMINO DE VIGENCIA
07-08-2025	31-08-2026

Duración: Desde el inicio de vigencia hasta el término de vigencia indicada en el cuadro anterior, renovable por un nuevo período de un (1) año, salvo que el contratante o la Compañía Aseguradora manifieste su decisión de no renovar la cobertura del seguro con una anticipación de al menos treinta (30) días corridos a la fecha de vigencia final o de cualquiera de sus renovaciones anuales posteriores.

3. PRIMA DEL SEGURO

PERIODICIDAD DE PAGO	: MENSUAL
PLAN SELECCIONADO	: PRÉMIUM
NÚMERO DE ASEGURADOS DEPENDIENTES DE LA PÓLIZA	: 1

PRIMA MENSUAL TOTAL POR PAGAR

PRIMA NETA TOTAL (UF)	IVA (UF)	PRIMA BRUTA TOTAL (UF)
1,7493	0,3324	2,0817

El pago de la prima se realizará mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que la Compañía ponga a disposición del contratante, a través de su página web u otro medio electrónico.

Con relación a la letra b) del Artículo 12 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, se establece que el **plazo de gracia** para efectuar el pago de la prima será de **30 días**.

No pago de la prima. Producido el no pago de la prima al vencimiento del plazo de gracia fijado en el párrafo anterior se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 18 de las Condiciones Generales, dirija el asegurador al Contratante.

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

4. ASEGURADOS DEPENDIENTES

Según lo dispuesto en el numeral 2 del Artículo 4 "Definiciones" de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, podrán tener la calidad de asegurado dependiente el o la cónyuge o conviviente civil del asegurado titular, el o la conviviente del asegurado titular cuando tengan hijos en común, los hijos o hijas del asegurado titular, y los hijos o hijas de la o el cónyuge o del o la conviviente del asegurado titular.

Son convivientes civiles los que han celebrado un acuerdo de unión civil, que, a su vez, es un contrato celebrado entre dos personas que comparten un hogar, con el propósito de regular los efectos jurídicos derivados de su vida afectiva en común, de carácter estable y permanente.

El Asegurado Titular podrá incorporar al seguro un máximo de **4 Asegurados Dependientes**.

LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES DE ESTA PÓLIZA SON:

NOMBRE	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL TITULAR
DAVID FERNANDEZ GUTIERREZ	12.275.195-3	24-01-1972	CONVIVIENTE CIVIL

5. REQUISITOS DE EDAD Y ASEGURABILIDAD

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

ASEGURADO TITULAR

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima De Permanencia
18 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

ASEGURADOS DEPENDIENTES: CÓNYUGE O CONVIVIENTE

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima De Permanencia
18 años	64 años y 364 días	65 años y 364 días

ASEGURADOS DEPENDIENTES: HIJOS

Edad Mínima de Ingreso (*)	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima De Permanencia
14 días	23 años y 364 días	24 años y 364 días

(*) Para efectos de cobertura de un nuevo asegurado dependiente hijo que sea incorporado a la póliza, si la concepción del embarazo y el parto se produjeron durante la vigencia de la asegurada "madre" en este seguro, no se aplicará al nuevo asegurado dependiente hijo la exclusión de enfermedades preexistentes incluida en el artículo 7 de las condiciones generales de la póliza POL320220100.

Respecto de la edad máxima de permanencia de un asegurado, el término de la vigencia se hará el último día del mes en que cumpla dicha edad.

Si un Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la compañía de seguros y suscribir para estos efectos una declaración personal de salud por cada uno de ellos. Los nuevos asegurados dependientes, tendrán inicio de vigencia el primer día del mes siguiente a la aprobación de la compañía a la solicitud correspondiente.

Es condición de asegurabilidad mantener un contrato vigente o afiliación a una institución de salud previsional (Isapre o Fonasa). No se considerarán como instituciones de salud previsional para efectos de esta condición, instituciones tales como Capredena, Dipreca, Servicios de Bienestar y otros que entreguen coberturas a gastos médicos de salud, distintos a Isapre o Fonasa (Esto se informó al Contratante al momento de la contratación de este seguro).

6. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Es condición para la contratación de este seguro la suscripción de una Declaración Personal de Salud (DPS), la cual es parte integrante de la póliza. **Le informamos que NO debe declarar haber padecido una patología oncológica, si a la fecha que usted suscribe este documento han transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento de esa patología, sin recaída posterior.**

Las enfermedades preexistentes declaradas por el asegurado titular, tanto por él como por su grupo familiar asegurado, no serán cubiertas por este seguro, por aplicación de la correspondiente exclusión de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes, incluida en el artículo 7 de las condiciones generales de la póliza POL320220100. Así también no operará la

cobertura de esta póliza si la causa del siniestro fuese producto de alguna enfermedad o situación de salud preexistente, no declarada por el asegurado en su Declaración Personal de Salud.

7. COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados en que el asegurado incurra efectivamente como consecuencia de una Incapacidad de Salud ocurrida durante la vigencia del Asegurado en la póliza.

COBERTURA DEL SEGURO	CÓDIGO DE LA PÓLIZA	CAPITAL ASEGURADO
SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD	POL320220100	UF 400 PLAN PRÉMIUM

8. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS Y SUS LIMITACIONES

Las coberturas incluidas en este seguro sólo son las indicadas en el presente Cuadro de Beneficios (coberturas), las cuales se encuentran detalladas en el “Artículo 3. Descripción de las Coberturas y sus Limitaciones” de las Condiciones Generales POL320220100.

CUADRO DE BENEFICIOS:

PLAN “PRÉMIUM”

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	SIN Bonificación Inst. Salud (1)	CON Bonificación Inst. Salud (2)	Tope prestación	Tope Anual
	%	%	UF	UF
A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
Días Cama Hospitalización	35%	70%	2,00	S/Tope
Servicios Hospitalarios	35%	70%	S/Tope	S/Tope
Honorarios Médicos	35%	70%	S/Tope	S/Tope
Cirugía Dental por Accidente	Sin Cobertura			
Servicio Privado de Enfermera	Sin Cobertura			
Cirugía Ambulatoria	35%	70%	S/Tope	70,00
Cirugía Bariátrica	Sin Cobertura			
Cirugía Maxilofacial	Sin Cobertura			
Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia	Sin Cobertura			
Prótesis Quirúrgicas	Sin Cobertura			
B) BENEFICIO MATERNIDAD				
Parto Normal	35%	70%	S/Tope	10,00
Cesárea	35%	70%	S/Tope	15,00
Aborto Involuntario	35%	70%	S/Tope	10,00
Complicaciones del Embarazo	35%	70%	S/Tope	S/Tope
Complicaciones del Parto	Sin Cobertura			
C) BENEFICIO AMBULATORIO				
Consultas Médicas	35%	70%	1,00	S/Tope

Exámenes de Laboratorio	35%	70%	S/Tope	20,00
Exámenes de Imagenología	35%	70%	S/Tope	
Exámenes de Radiografías	35%	70%	S/Tope	
Exámenes de Ultrasonografía	35%	70%	S/Tope	
Exámenes de Medicina Nuclear	35%	70%	S/Tope	
Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos	35%	70%	S/Tope	20,00
Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos.	35%	70%	S/Tope	
D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS				
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%	S/Tope	7,50
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes	15%	15%	S/Tope	
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	15%	15%	S/Tope	
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	Sin Cobertura			
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	Sin Cobertura			
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL				
Consultas de Psiquiatría y/o Psicología	70%	70%	1,00	15,00
Consulta Psicopedagogía	70%	70%	1,00	
Hospitalización Psiquiátrica	70%	70%	S/Tope	
Terapia ocupacional	Sin Cobertura			
F) BENEFICIOS ESPECIALES				
Cirugía Ocular	Sin Cobertura			
Kinesiología / Fonoaudiología	35%	70%	S/Tope	20,00
Nutricionista	Sin Cobertura			
Gastos por Óptica (marcos ópticos, cristales, lentes de contacto)	70%	70%	S/Tope	2,00
Prótesis y Órtesis	35%	70%	S/Tope	10,00
Aparatos Auditivos	35%	70%	S/Tope	10,00
Servicio de Ambulancia Terrestre	70%	70%	S/Tope	5,00
Servicio de Ambulancia Aérea	Sin Cobertura			
Estudio Preventivo de la Mama	35%	70%	S/Tope	5,00
Estudio Preventivo Urológico	35%	70%	S/Tope	5,00

PORCENTAJES DE REEMBOLSO DIFERENCIADOS (LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS)

(1) % SIN Bonificación Institución de Salud: Porcentaje de Reembolso para Gastos incurridos por un asegurado que, estando afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque.

(2) % CON Bonificación Institución de Salud: Porcentaje de Reembolso para Gastos incurridos por un asegurado que está afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones.

GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

Los gastos médicos incurridos en el extranjero tendrán cobertura por esta póliza sólo en caso de urgencia médica.

Para efectos de este seguro se entenderá por urgencia médica toda condición clínica que implique una necesidad de atención inmediata del paciente, o si existiere riesgo de muerte o de secuela funcional grave.

La condición clínica anterior deberá ser certificada por un médico de la unidad de urgencia en que la persona fue atendida.

La estadía en el extranjero del asegurado no podrá superar los 30 días y deberá tener domicilio o residencia permanente en Chile.

El reembolso de gastos médicos incurridos en el extranjero se realizará considerando las coberturas, topes y porcentajes de reembolso diferenciados que se detallan en el Cuadro de Beneficios del seguro contratado.

9. DEDUCIBLE

En concordancia con el numeral 13 del Artículo 4, Definiciones, de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, se deja establecido que este seguro contempla un deducible de UF 0,50 que se aplicará por cada asegurado, por cada periodo de vigencia de la póliza y por cada periodo de renovación.

10. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

Con relación al Artículo 5 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, el Monto Máximo que la compañía reembolsará por los Gastos Médicos cubiertos por este seguro, habiendo superado el Deducible establecido en esta póliza, será de UF 400 PLAN PRÉMIUM.

El Monto Máximo de Reembolso será por cada asegurado, por cada periodo de vigencia de la póliza y por cada periodo de renovación.

11. PAGO DIRECTO AL PRESTADOR DE SALUD

Esta póliza contempla que el reembolso de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados se podrá realizar a través de un pago directo al prestador de salud a través de I-MED.

12. EXCLUSIONES

Aplican las exclusiones de cobertura establecidas en el Artículo 7 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100.

Le informamos que, para los efectos de la Liquidación de Siniestros de esta póliza, NO operará la exclusión de cobertura relacionada con enfermedades o dolencias preexistentes, si el siniestro fuere causado o estuviere relacionado con una patología oncológica, si a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, han transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento de esa patología, sin recaída posterior.

13. DENUNCIA DE SINIESTROS

La Compañía aceptará que los siniestros puedan ser notificados hasta 60 días después que fue posible su notificación.

Este plazo de aviso del siniestro se contará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, independiente de la fecha de la prestación que lo origina.

Los siniestros podrán ser informados a la compañía aseguradora a través de los siguientes medios de comunicación:

- a. Vía telefónica llamando al 800 20 20 22,
- b. A través de la página web www.bicevida.cl, Servicios Online, opción "Denuncio de Siniestros";
- c. Presencialmente con una Ejecutiva de Atención al Cliente en cualquiera de nuestras oficinas a lo largo del país.

El denunciado por vía telefónica se podrá presentar de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:00 a 14:00 horas; por vía Web las 24 horas todos los días del año; y presencialmente en cualquiera de nuestras oficinas a lo largo del país en horario hábil (Santiago en horario continuo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:00 a 14:00 horas y en regiones lunes a jueves 9:00 a 14:00 y 15:00 a 17:30, día viernes de 9:30 a 14:00).

Asimismo, se deberán presentar a la compañía los antecedentes relativos al siniestro, según lo establecido en el artículo 13 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100.

NOTA: Se incluye Anexo relativo a Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

14. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

Conforme lo indicado en el Artículo 19 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, la moneda o unidad de este contrato de seguro es la Unidad de Fomento (UF).

15. DERECHO DE RETRACTO

De conformidad al artículo 538 del Código de Comercio y el Artículo 21 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, el presente contrato de seguro es de aquellos celebrados a distancia, por lo que el contratante 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.

Usted podrá hacer efectivo este derecho a través de nuestra Sucursal Virtual. Este derecho no podrá ser ejercido si se hubiere verificado un siniestro.

16. DOMICILIO

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 22 de las Condiciones Generales de la póliza POL320220100, se fija como domicilio especial la ciudad de Santiago de Chile, Región Metropolitana.

17. SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Complementando lo indicado en el Artículo 18 "Comunicación entre las Partes" de las Condiciones Generales POL320220100, la compañía establece los siguientes canales de comunicación:

Vía Telefónica:

Puede llamar al 800 20 20 22, donde un Ejecutivo de Atención al Cliente atenderá sus consultas y reclamos, o le informará el estado de avance de una consulta o reclamo ingresado previamente.

Vía Web:

Puede ingresar al sitio web de BICE VIDA (www.bicevida.cl) y hacer clic en "Ayuda", "Consultas y Reclamos". Luego, seleccione el motivo del contacto "Consulta o Solicitudes de mi producto" o "Reclamo sobre mi producto" y complete el formulario para enviar.

Presencialmente en Sucursal:

Puede acercarse a cualquier sucursal de BICE VIDA a lo largo del país y un Ejecutivo de Servicio al Cliente atenderá sus consultas y reclamos. En Santiago, de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas y los viernes de 9:00 a 14:00 horas; en región, de lunes a jueves de 9:00 a 14:00 horas - 15:00 a 17:30 hrs y los viernes de 9:00 a 14:00 horas.

Este servicio NO corresponde al Servicio de Atención al Cliente (SAC) que regulará el Reglamento Sello SERNAC.

El presente contrato es un seguro individual que no se encuentra asociado a aquellos productos o servicios financieros enumerados en el artículo 55 de la Ley de Protección de los Derechos de los Consumidores, y conforme a ello se deja constancia que no cuenta con el Sello SERNAC.

18. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N°2131 del 28 de noviembre 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

19. CONSEJO DE AUTOREGULACIÓN Y DEFENSOR DEL ASEGURADO

BICE VIDA se encuentra adherida al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros. El Consejo de Autorregulación de las Compañías de Seguros fue constituido para ser la entidad encargada de velar por la plena aplicación del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas que se han comprometido a respetar las aseguradoras, y de recomendar la mejor forma de satisfacer el objetivo de prestar un servicio adecuado a sus clientes, en un ambiente de sana competencia. Las normas de dicho Compendio tienen por objeto perfeccionar el desempeño del mercado de seguros, con sujeción a los principios de libre competencia y de buena fe que deben existir tanto entre las empresas de seguros, como con los asegurados. Copia del Compendio se encuentra a disposición de los interesados en www.autorregulacion.cl

Asimismo, BICE VIDA se encuentra adherida al Defensor del Asegurado, aceptando la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten ante él reclamos en relación a los contratos celebrados con la compañía. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado a través de la página WEB www.ddachile.cl

20. INTERMEDIARIO

VENTA ASISTIDA

: Sí

Agente de ventas BICE Vida

: Roxana Aracely,Sandoval Rubilar (RUT 12969025-9)

PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS (Circular N° 2106 Comisión para el Mercado Financiero)

1. OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN

La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.

El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2. FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN

La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

3. DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA

En caso de liquidación directa por la Compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4. INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES

El liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico (informado en la denuncia de siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia de siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permiten, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5. PRE – INFORME DE LIQUIDACIÓN

En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre-informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6. PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncia.

7. PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Comisión para el Mercado Financiero, pudiendo ésta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para la entrega del Informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8. INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN

El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1.055 de 2012, Diario Oficial, 29 de diciembre de 2012).

9. IMPUGNACIÓN INFORME DE LIQUIDACIÓN

Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.

Impugnado el informe, el liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

BENEFICIO ADICIONAL A LA CONTRATACIÓN DE UNA POLIZA DE SEGURO EN BICE VIDA BELIV BY BICE (PLATAFORMA DE BIENESTAR)

Wellness y Salud SpA ha ofrecido a BICE Vida, servicios de bienestar y de fidelización, como un beneficio adicional y gratuito para un tipo de seguro contratados en BICE Vida. Este beneficio es exclusivamente para el contratante de la póliza y sus cargas, quienes voluntariamente pueden acceder o no a él. Este servicio se denomina comercialmente "Beliv by BICE".

El servicio de bienestar y fidelización, que se describirá a continuación, según información proporcionada por Wellness y Salud SpA, es para los contratantes del Seguro Individual Complementario de Salud y en tanto sus coberturas estén vigentes.

El Servicio de Beliv by BICE no es una cobertura de seguro de BICE Vida Compañía de Seguros S.A., es un beneficio adicional a la póliza de seguro contratada.

Este servicio es un beneficio adicional y gratuito, por lo tanto, la entrega de este servicio es de exclusiva responsabilidad de Wellness y Salud SpA., en cuanto a su cumplimiento y no pueden ser provistos por BICE Vida Compañía de Seguros S.A.

La información contenida en el presente documento se proporciona solamente para los efectos de brindar información general a los asegurados de BICE Vida y no pretende ser una descripción completa de todos los términos, condiciones, limitaciones u otras disposiciones de los servicios descritos y proporcionados por Wellness y Salud SpA. Es su responsabilidad como usuario conocer y aceptar los términos y condiciones de la plataforma "Beliv by BICE" al inscribirse como tal.

Sin perjuicio que el proveedor de los servicios, Wellness y Salud SpA., tiene la potestad final para responder a cualquier reclamación, comentario, consulta o disputa relacionada con el uso de los servicios ofrecidos, BICE Vida, para su mayor comodidad, también podrá recibir dichas comunicaciones con el propósito de encausarlas hacia Wellness y Salud SpA.

BICE Vida agradecerá que se nos dé a conocer la calidad del servicio prestado por Wellness y Salud SpA, con el fin de mantener los estándares de calidad que usted merece. Esto lo podrá hacer comunicándose con nuestro Servicio de Atención al Cliente al número 800 20 20 22.

Este beneficio podrá ser modificado, suprimido o cambiado por el proveedor que lo otorga, lo que se comunicará debidamente y completamente al contratante con a lo menos treinta (30) días corridos de anticipación a la modificación, supresión o cambio del proveedor.

Canales de atención: Wellness y Salud SpA pondrá a disposición de sus usuarios una aplicación móvil disponible en App Store y Google Play, así como también, una vía de preguntas disponible en la casilla de correo: ayuda@beliv.cl, mediante estos canales los clientes podrán resolver inconvenientes que puedan tener, así como también, resolver dudas generales del servicio y plataforma de lunes a jueves de 9:00 am a 18:00 hrs., y los días viernes de 9:00 am a 16:00 hrs.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Beliv by BICE ayuda a potenciar los niveles de bienestar holístico de las personas. Con una aplicación móvil que genera incentivos, acompañamiento y comunicación constante para apoyar la creación de hábitos saludables. Para este fin, es que se toma diferente información, dentro de las diferentes verticales que ofrece Beliv by BICE: Actividad física, Reflexión, Salud y además las que se puedan agregar en el futuro.

La plataforma garantiza el almacenamiento seguro de los datos de los asegurados, brindándoles acceso a su información e historial en cualquier momento a través de su perfil privado.

CONDICIONES DEL PROGRAMA

Para acceder a los servicios, el titular debe descargar Beliv by BICE desde la Store correspondiente a su teléfono celular:

- iOS - Appstore: <https://apps.apple.com/cl/app/beliv-by-bice/id6467990218>
- Android - Playstore: https://play.google.com/store/apps/details?id=cl.bice.beliv&hl=es_CL

Para iniciar sesión en la plataforma, el titular debe utilizar su RUT. Luego de esto, se le enviará un código de un solo uso a la casilla de correo registrada.

En la sección "Mi perfil", el titular también puede actualizar sus datos de contacto. Estos datos permitirán el envío de información relevante de Beliv by BICE, así como recordatorios configurados en la plataforma.

Toda la información ingresada por el titular es confidencial y está protegida por la Ley de Protección de la Vida Privada N° 19.628. También sujeto a lo que cada usuario titular acepta al ingresar en la plataforma, y que se encuentra en los términos y condiciones de Beliv by BICE: <https://www.beliv.cl/terminos-y-condiciones> y las Políticas de privacidad: <https://www.beliv.cl/politicas-y-privacidad>.

DETALLES POR SERVICIO

Beliv by BICE:

- Incentiva por hacer actividades en torno al bienestar y crear hábitos.
- Recopilamos datos desde los teléfonos y/o smartwatch: actividad física, meditación junto con otras herramientas de mindfulness y de salud preventiva.
- Mostramos los hábitos e información de bienestar en un formato donde se pueden ver avances, participar en concursos, retos, competir sanamente y conocer nivel de bienestar.
- Beliv genera un sistema de recompensas con créditos por actividades en bienestar además de beneficios y descuentos en base a los avances en el bienestar.

Seguimiento de Actividad Física

Los usuarios podrán llevar un registro desde pasos hasta ejercicios, y transformarla en puntos y créditos.

Desafíos y Competencias

Fomenta la competencia amigable y la motivación a través de desafíos y competencias entre personas.

Canjes de Recompensas

Podrán canjear sus puntos por recompensas tangibles como giftcards o productos, incentivando aún más su bienestar.

Algunas características:

- Nivel de bienestar: usando lo recogido en la plataforma se categorizan los usuarios para aumentar la creación de hábitos y asignar beneficios.
- Tracking: usamos elementos disponibles para hacer seguimientos en las diferentes verticales de bienestar ofrecidas por Beliv by BICE.
- Gamificación: para aumentar el engagement y creación de hábitos saludables, es que Beliv by BICE usa distintas técnicas de gamificación positivas.
- Beneficio y premios: Motiva a sus usuarios con créditos canjeables por premios tangibles, descuentos en distintos programas y tiendas.
- Contenidos: Proporciona consejos y reflexiones para su desarrollo personal.
- Métricas: Decisiones basadas en data. Los usuarios pueden conocer información útil para potenciar el bienestar.
- Retos: Se trata de diferentes retos con objetivos claros, y de diferente índole, para ayudar a crear hábitos saludables mientras disfrutan del proceso.

BENEFICIARIOS DEL SERVICIO

El servicio está disponible sólo para los asegurados del Seguro Individual Complementario de Salud.

CONSIDERACIONES DE LA PLATAFORMA

- a. La cobertura de los servicios virtuales se extiende a todo Chile.
- b. Para utilizar los servicios, el titular o los beneficiarios deben acceder dentro de la aplicación móvil "Beliv by BICE" disponible tanto en Android como iOS.
- c. El servicio de Beliv by BICE se ofrece a través una aplicación móvil, la cual es compatible con dispositivos móviles que tengan acceso a internet.
- d. Cada usuario debe ingresar con su propio RUT y con un código de uso único que se enviará al correo registrado en su

seguro.

e. BICE Vida no tiene acceso alguno a la plataforma de bienestar ni a las cuentas de los usuarios.

SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD
Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320220100

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

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados en que el asegurado incurra efectivamente como consecuencia de una Incapacidad de Salud ocurrida durante la vigencia del asegurado en la póliza.

Para efectos de esta póliza de seguro se entiende como Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo género y edad. En este análisis se deberá considerar, además:

- i. que sean las prestaciones generalmente suministradas para el tratamiento de la Incapacidad de Salud y que no sean consideradas como tratamientos o estudios experimentales;
- ii. la característica y nivel de los tratamientos otorgados; y
- iii. la experiencia y prestigio 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 con el 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.

A su vez se entiende como Incapacidad de Salud, para efectos de esta póliza de seguro, 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.

La compañía aseguradora, durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en que el asegurado incurra efectivamente durante la vigencia de esta póliza, siempre en complemento de lo que le cubra el sistema de salud previsional al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, Cajas de Previsión, Departamentos o Servicios de Bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros seguros de salud contratados en favor del asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos sistemas, seguros, instituciones o entidades, todo en los porcentajes, condiciones, límites, deducibles, bonificación mínima del Sistema Previsional de Salud y topes según lo contratado y establecido expresamente en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá otorgarse cobertura a los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos efectivamente por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile bajo las condiciones y requisitos que se definan 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 los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados que excedan del deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza. La determinación del monto a reembolsar siempre se calculará sobre los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados en que haya incurrido efectivamente un asegurado dentro de la vigencia de la póliza, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido como cobertura del sistema de salud previsional (BMI) del asegurado.

El reembolso de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados también se podrá realizar a través de un pago directo al prestador de salud. La modalidad de pago directo al prestador de salud de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados,

en caso de establecerse, se regulará 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 ésta 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 las propuestas de seguro, en el denuncia de siniestro o en otro documento que forme parte de esta póliza, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

ARTÍCULO 3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS Y SUS LIMITACIONES

Las coberturas que otorga la compañía de seguros en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, son las que se indican a continuación: Las 6 (seis) coberturas o beneficios descritos en este artículo pueden ser contratadas en forma conjunta o se podrá optar por una o más de entre aquellas que ofrezca la compañía aseguradora, todo lo cual quedará expresamente reflejado en las Condiciones Particulares de la póliza.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, u otros seguros o convenios, según se describen en el artículo 2 precedente, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por el asegurado durante la vigencia de esta póliza. 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 de salud.
- 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. **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Si el asegurado sufriera alguna incapacidad de salud como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, se reembolsará o pagará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados 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.
- g. **CIRUGIA BARIATRICA:** Si el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40, u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará los gastos efectivamente incurridos por un asegurado, provenientes de una hospitalización. Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en las letras a, b y c antes indicadas de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso, límites y topes, todos ellos indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
- h. **CIRUGÍA MAXILOFACIAL:** Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará los gastos efectivamente incurridos por un asegurado, provenientes de una

hospitalización, correspondiente a los gastos de la Cirugía Maxilofacial. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos definidos en las letras a, b y c antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso, límites y topes, todos ellos indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

- i. CIRUGÍA DE RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTIA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la compañía de seguros reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización, en que incurra un asegurado, correspondiente a los gastos de una Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia. Se cubren bajo esta cobertura todos aquellos gastos definidos en las letras a, b y c, antes indicada de este Beneficio de Hospitalización, todos los cuales se liquidarán bajo esta cobertura según el porcentaje, límites y topes, todos ellos indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
- j. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, la compañía de seguros reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado por concepto de prótesis fijas o removibles requeridas a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de esta cobertura las prótesis maxilofaciales. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso, límites y topes indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar, u otros seguros o convenios, según se describen en el artículo 2 precedente, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados provenientes de una hospitalización, en que incurra, durante la vigencia de esta póliza, un asegurado que tenga la calidad de asegurada titular, la cónyuge o la conviviente civil del asegurado titular, y el recién nacido a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento, siempre que la fecha de la concepción sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la asegurada, salvo que en las Condiciones Particulares de esta póliza se establezca algo diferente. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del embarazo, sea que el resultado de este sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o ectópico, la interrupción voluntaria del embarazo por las causales establecidas en el artículo 119 del Código Sanitario y cualquier situación inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal, de la madre o del recién nacido. Los gastos médicos que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todos aquellos definidos en las letras a, b y c, del Beneficio de Hospitalización anterior, todos los cuales se liquidarán bajo este beneficio, y será pagado sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la compañía de seguros solo reembolsará según el porcentaje de reembolso y hasta el tope indicado para esta cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza, respecto de las siguientes situaciones:

- a. Parto normal
- b. Cesárea
- c. Aborto involuntario
- d. Complicaciones del embarazo
- e. Complicaciones del parto

Los gastos médicos incurridos por el recién nacido después del quinto día del nacimiento, y que no correspondan a una complicación del parto, es decir que estén originados en enfermedades congénitas, u otras no atribuibles o inherentes al parto, nacimiento y sus complicaciones, se reembolsarán o pagarán por el Beneficio de Hospitalización, sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato y el recién nacido hubiera sido incorporado al seguro. Se entenderá como gastos inherentes al embarazo o nacimiento, todos aquellos que se originen como consecuencia de este, es decir, que han ocurrido por la existencia propia del embarazo. A modo de ejemplo, en esta categoría se encuentran aquellos gastos originados en las hospitalizaciones por partos prematuros, asfias neonatales, fracturas producto del nacimiento, y cualquier otra directamente originada como consecuencia del embarazo y nacimiento.

C) BENEFICIO AMBULATORIO

Si se contrata esta cobertura, la compañía de seguros reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por un asegurado, durante la vigencia de esta póliza, provenientes de prestaciones realizadas en forma

ambulatoria o sin hospitalización, efectuadas o prescritas por un médico tratante, las cuales se indican expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza bajo este beneficio en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, según se describen en el artículo 2 precedente. El contratante podrá contratar una o más de estas prestaciones, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada prestación.

Las prestaciones son las siguientes:

- i. 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.
- ii. Exámenes de Laboratorio: la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico.
- iii. Exámenes de Imagenología.
- iv. Exámenes de Radiografías.
- v. Exámenes de Ultrasonografía.
- vi. Exámenes de Medicina Nuclear.
- vii. Procedimientos de diagnósticos no quirúrgicos.
- viii. Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora reembolsará al Asegurado el costo de los medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, según se describen en el artículo 2 precedente, de acuerdo a los porcentajes, límites y topes de reembolso definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios susceptibles de ser reembolsados por la compañía aseguradora serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de su vigencia en la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Bajo este beneficio se podrán contratar las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

- i. Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo.
- ii. Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos 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.
- iii. Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en las categorías anteriores, 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;
- iv. 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;
- v. 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.

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio la compañía aseguradora cubrirá los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por un asegurado, durante la vigencia de esta póliza, por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, según se describen en el artículo 2 precedente, de acuerdo con los porcentajes, límites y topes de reembolso definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i. Gastos ambulatorios por consultas de Psiquiatría y/o Psicología. Para los efectos de las prestaciones de Psicología constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.
- ii. Los gastos por consultas de Psicopedagogía podrán incluirse en este ítem si así se estipulare en las Condiciones Particulares de la póliza. Para su reembolso, constituye requisito la presentación de la orden de derivación del médico tratante.
- iii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue.

F) BENEFICIOS ESPECIALES

Bajo este beneficio la compañía cubrirá los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos por un asegurado, durante la vigencia de esta póliza, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, según se describen en el artículo 2 precedente, de acuerdo con los porcentajes, límites y topes de reembolso señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. Se podrán contratar una o más de las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

- i. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo, por tecnólogo médico con mención en oftalmología o por un optómetra con título obtenido en el extranjero en la medida que sean calificados y habilitados con arreglo a las disposiciones pertinentes del Código Sanitario, con el fin de corregir una alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual (V.D.T).
- ii. Cirugía Ocular para corregir vicios de refracción, comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los casos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de cinco (5) dioptrías en cada ojo. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia. Además, para que un asegurado tenga cobertura de esta prestación debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la cirugía. Dentro de esta prestación se consideran todas las cirugías para corregir vicios de refracción, tales como Lasik, PRK y otras.
- iii. Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas y aparatos auditivos.
- iv. 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 Kms.
- v. Servicio de Ambulancia Aérea, para conducir al asegurado desde y hacia un hospital según lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- vi. Terapia Ocupacional, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.
- vii. Fonoaudiología, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación

del médico tratante.

- viii. Kinesiología, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.
- ix. Consulta Nutricionista, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante.

Los beneficios especiales de esta cobertura sólo podrán ser contratados en conjunto con alguno de los beneficios indicados en las letras precedentes, no siendo posible su contratación en forma individual.

LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

La presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura, las cuales estarán descritas expresamente en las Condiciones Particulares:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal al momento de otorgarse las prestaciones, se cubrirá el porcentaje de los gastos efectivamente incurridos que se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado, estando afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal y las prestaciones cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo (BMI) señalado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, la Compañía aplicará el porcentaje BMI establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares al monto total de las prestaciones y sobre ese monto aplicará el porcentaje de reembolso señalado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.
4. En el Cuadro de Beneficios 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, por el plan contratado en este último, por 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 de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurrido por el asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Reembolso descrito en el Artículo 5 de esta póliza e indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4. DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

1. **CONTRATANTE:** El que celebra el contrato de seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato.
2. **ASEGURADO:** Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador y que, habiendo sido debidamente aceptado como tal por la Compañía y se encuentra incluido en las Condiciones Particulares de la póliza, está habilitado para requerir la cobertura. El Asegurado puede revestir las siguientes calidades: 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. Asegurados Dependientes: El o la cónyuge o conviviente civil del asegurado titular, el o la conviviente del asegurado titular cuando tengan hijos en común, los hijos o hijas del asegurado titular, y los hijos o hijas de la o el cónyuge o del o la conviviente del asegurado titular que, habiendo solicitado su incorporación, hayan sido expresamente aceptados por la Compañía y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza. Son convivientes civiles los que han celebrado un acuerdo de unión civil, que, a su vez, es un contrato celebrado entre dos personas que comparten un hogar, con el propósito de regular los efectos jurídicos derivados de su vida afectiva en común, de carácter estable y permanente. 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 o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como a los demás asegurados.

3. **INCAPACIDAD DE SALUD:** 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.
4. **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 autoprovocadas intencionalmente por el asegurado.
5. **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones, 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.
6. **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad, y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros elevado al cuadrado.
7. **INCAPACIDAD DE SALUD 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 este seguro, según corresponda.
8. **MEDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.
9. **HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, con excepción de los incluidos en el Beneficio de Salud Mental.
10. **PRESTADOR DE SALUD:** Son establecimientos médicos públicos o privados y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.
11. **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 contadas desde su ingreso al Hospital hasta su respectiva alta médica.
12. **GASTOS AMBULATORIOS:** Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad de salud que no requiere de su internación en un hospital ni la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en los términos descritos en el numeral precedente, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
13. **DEDUCIBLE:** 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 asegurado, grupo familiar, o una combinación de éstos, así como también para cada una de las coberturas contratadas, beneficios, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o prestadores médicos, o por solicitud de reembolso, o por la edad del asegurado. La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1°) Determinación del monto de los gastos a reembolsar cubiertos por esta póliza, 2°) Aplicación de los porcentajes de reembolso que se indica en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y 3°) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.
14. **BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BMI):** Las prestaciones deberán contar con una

bonificación mínima del sistema previsional de salud del asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al monto de las prestaciones se les aplicará el porcentaje BMI establecido en las Condiciones Particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará el seguro. Se podrá establecer un BMI para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, beneficios o prestadores médicos, o por el sistema de salud previsional del asegurado.

15. PERIODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y para contabilizar también el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.
16. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar una incapacidad de salud, que no corresponda a una intervención quirúrgica.
17. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados por un médico cirujano para tratar una incapacidad de salud, que no corresponda a una intervención quirúrgica.
18. INSUMOS: Para los efectos de esta póliza, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, fajas abdominales, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc.
19. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición, entre otras, las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.
20. MEDICAMENTO: Es todo producto farmacéutico alópata registrado como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile cuya finalidad sea tratar o mitigar directamente una lesión o enfermedad. No se considera Medicamento todo aquel indicado para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural y/o alternativo.
21. CUADRO DE BENEFICIOS: Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga la póliza que están contenidos en las Condiciones Particulares de la póliza, así como los porcentajes, límites y topes de reembolso que aplican a las coberturas contratadas.

ARTÍCULO 5. MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO

Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento y que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará o pagará por los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por el asegurado, por su grupo familiar o por una combinación de éstos.

ARTÍCULO 6. NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS

El contratante o asegurado, conforme al Artículo 13, deberá declarar en su denuncia de siniestro sobre el sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados. Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado.

Se reconocerán como Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por un asegurado para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, medicamentos provistos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio del Montos Máximo de Reembolso establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, según el Artículo 5 anterior.

ARTÍCULO 7. 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 de salud o hecho que se menciona en el presente artículo.

No obstante, 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 con los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho cuadro de beneficios. Se encuentran excluidos de cobertura los gastos provenientes u originados por:

- 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 aislamiento.
- c. Cirugías y Tratamientos Maxilofaciales, estéticos, plásticos, reparadores, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones congénitas o producidas por Enfermedades o Accidentes ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura otorgada por esta póliza, a menos que sean necesarios para el tratamiento por complicación de una operación quirúrgica causada por una Enfermedad o Accidente cubierto por este seguro, que ocurra mientras el Asegurado se encuentre cubierto por la póliza, todo lo cual deberá ser probado con antecedentes clínicos de la atención y certificado del médico tratante.
- 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 esta póliza.
- e. 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 esta póliza.
- f. 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 provocadas por el asegurado o por un tercero con su consentimiento y abortos no espontáneos.
- g. 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.
- h. No se consideran para efecto de este seguro como incapacidad de salud 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, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Bariátrica descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo 3 de estas condiciones y esté expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - ii. Cirugía Maxilofacial, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía Maxilofacial descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo 3 de estas condiciones y esté expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - iii. Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia, excepto cuando se haya contratado la cobertura de Cirugía de Rinoplastia y/o Septoplastia descrita en el Beneficio de Hospitalización del Artículo 3 de estas condiciones y esté expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - iv. Cirugía de reducción o aumento mamario 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 corregir 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.
- i. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos:

- i. Insumos ambulatorios no utilizados en una cirugía.
 - 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.
- j. Incapacidad de salud 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 con 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 cualquier vehículo en estado de ebriedad, de acuerdo con 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.
- k. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dental en general, como también todo tipo de Cirugía Maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza.
- l. 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 Beneficios Especiales.
- m. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad de salud, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo con la cobertura contratada de la póliza.
- n. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- o. Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.
- p. Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- q. Epidemias o pandemias oficialmente 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, salvo se haya contratado la cobertura Beneficio de Maternidad.
- s. Incapacidades de salud preexistentes, esto es aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación o incorporación a este seguro, según corresponda.
- t. Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aun cuando su prescripción se indique como necesaria para el tratamiento de otra enfermedad distinta al de 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. Gastos de costo del asegurado que fueron reembolsados por el fondo de los excedentes de cotizaciones del sistema Isapre, al cual pertenece el asegurado.
- z. Servicio de Ambulancia terrestre o aérea, salvo se haya contratado el servicio correspondiente incluido en la cobertura Beneficios Especiales.

ARTÍCULO 8. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo 7 del presente contrato, con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 9. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado deberá dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en el Artículo 524 del Código de Comercio que le sean atinentes en consideración al tipo de seguro de que se trate.

En especial, el asegurado estará obligado a:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la compañía aseguradora para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Pagar la prima en la forma y época pactadas.

ARTÍCULO 10. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

La póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado a solicitud de la compañía aseguradora en cumplimiento a la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior. 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.

Esta declaración y el efecto de sus errores, reticencias o inexactitudes se rigen por el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 11. INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Si con posterioridad a la fecha de vigencia del presente contrato de seguro, un Asegurado Titular desee incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo por escrito a la compañía de seguros. Para los efectos de incorporarse como asegurados, los nuevos dependientes deberán someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración personal de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Aceptada su incorporación por parte de la Compañía, la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación o en la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 12. LA PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

- a. Pago de la Prima. El Contratante deberá pagar la prima en la forma y en los lugares que la Compañía 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.

- 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 mayor, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo con 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. Producido el no pago de la prima al vencimiento del plazo de gracia fijado en la letra anterior se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 18 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso de 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 del contrato de seguro, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 13. DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso que el asegurado incurra en un gasto susceptible de ser reembolsado en virtud de esta póliza, deberá notificarlo a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez efectivamente incurrido en él, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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 o hasta un plazo mayor establecido en las Condiciones Particulares. El plazo anterior se contabilizará desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto incurrido de cargo del asegurado, cuyo reembolso se solicita. El plazo anterior no aplicará en el evento que el asegurado acredite que le fue imposible hacerlo dentro de plazo debido a un caso fortuito o a fuerza mayor.

Son antecedentes necesarios de entregar a la compañía aseguradora para acreditar el siniestro los siguientes:

- a. Formulario (físico o electrónico) proporcionado por la compañía aseguradora, con toda la información que en él se indique, suscrito por el asegurado.
- b. Certificado emitido por el médico tratante del asegurado, indicando la o las enfermedades diagnosticadas, sus fechas de diagnóstico o fecha de ocurrencia del accidente, según sea el caso, tratamientos prescritos, con indicación del RUT y nombre del médico que suscribe.
- c. Declaración del asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, cajas de previsión, departamentos o servicios de bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N°18.490, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, otros Seguros de Salud contratados en favor del Asegurado por otras instituciones, públicas o privadas, u otros seguros contratados en forma individual por él, que contemplen algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados.
- d. Boletas y/o facturas cuando corresponda, bonos y comprobantes de reembolso, copia de órdenes de atención, programas médicos u otros documentos extendidos a nombre del Asegurado que den cuenta del gasto incurrido y su pago. Asimismo, el Asegurado deberá presentar a la compañía los documentos que den cuenta de cualquier aporte, indemnización, reembolso o bonificación, efectuado o por efectuar en favor de él, por instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.
- e. Para obtener el reembolso de gastos médicos por 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 de que el tratamiento médico exceda de dicho plazo, será necesario presentar una nueva receta por el nuevo período.
- iii. Nombre del asegurado que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
- iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
- v. Nombre, Rut del médico que emite la receta.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la compañía aseguradora los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos necesarios, que se relacionen directamente con el hecho denunciado. En el mismo sentido, la compañía aseguradora podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos, que permitan acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado. 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 o autorizar a la compañía aseguradora o al liquidador de seguro, para efectuar tal requerimiento, todo con el objeto de acreditar el siniestro denunciado y los gastos consecuentes.

En el caso que se hubiere contratado más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, al denunciar el siniestro el Asegurado debe comunicar a todos los aseguradores con quienes hubiere contratado, los otros seguros que lo cubran, de acuerdo al Artículo 556 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 14. LIQUIDACIÓN DE LOS GASTOS

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la compañía aseguradora efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará el reembolso en los términos convenidos en la póliza y, en caso de requerirse mayores antecedentes sobre su procedencia y monto, dispondrá su liquidación.

El reembolso de los gastos cubiertos por esta póliza se efectuará por la compañía de seguros, cuando corresponda, a nombre del asegurado titular del seguro. Si el asegurado titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el reembolso se efectuará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables. De lo contrario, se pagará la indemnización de este seguro a los herederos legales del asegurado titular, en partes iguales.

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

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

ARTÍCULO 15. VIGENCIA Y DURACIÓN 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.

La vigencia de los asegurados dependientes está supeditada a la vigencia del asegurado titular en esta póliza. Tratándose de nuevos asegurados dependientes cuya incorporación sea solicitada por el asegurado titular con posterioridad al inicio de vigencia de cobertura del asegurado titular y cuya solicitud de incorporación, por haberse cumplido los requisitos de asegurabilidad, haya sido aceptada por la compañía aseguradora, la cobertura al nuevo asegurado dependiente se otorgará hasta el término de vigencia del asegurado titular.

La vigencia de este contrato de seguro de salud se renovará automáticamente por un nuevo período de un (1) año, salvo que

el contratante, asegurado titular o la Compañía Aseguradora manifieste su decisión de no renovar la cobertura del seguro con una anticipación de al menos treinta (30) días corridos a la fecha de vencimiento inicial o de cualquiera de sus renovaciones anuales posteriores.

Con todo, el Contratante podrá poner fin anticipado al contrato de seguro en cualquier momento y a su solo arbitrio, lo que implicará, a la vez, el término anticipado de la cobertura de todos los asegurados dependientes relacionados a él, debiendo hacerlo mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía Aseguradora, conforme el Artículo 18 de estas Condiciones Generales.

Si es la Compañía Aseguradora la que decide no renovar la vigencia individual para el asegurado titular y sus asegurados dependientes, deberá hacerlo mediante comunicación escrita dirigida al Contratante, conforme el Artículo 18 de estas Condiciones Generales.

En consecuencia, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho a no renovar la cobertura individual del asegurado titular y sus asegurados dependientes a la fecha de término de su vigencia inicial o de alguna de sus renovaciones anuales.

Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá proponer, como alternativa a la no renovación del contrato de seguro nuevas condiciones de prima y/o de cobertura, debiendo comunicar estas nuevas condiciones detalladamente y por escrito al Contratante, con al menos treinta (30) días corridos de anticipación al término de la vigencia anual del contrato de seguro, conforme el Artículo 18 de estas Condiciones Generales.

En caso de que el Contratante no otorgue su consentimiento expreso, íntegro y fehaciente a la carta de la Compañía Aseguradora que contiene nuevas condiciones del contrato de seguro o no aceptase las condiciones de renovación, dentro del plazo de treinta (30) días corridos contados de su recepción conforme el Artículo 18 de estas Condiciones Generales, el contrato de seguro terminará en la fecha de vencimiento inicial o de cualquiera de sus renovaciones.

En el caso que el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones establecidas por la Compañía Aseguradora para la renovación de la póliza, antes del término de la vigencia en curso, se procederá al pertinente endoso de modificación del contrato de seguro, renovándose en dichos términos.

Terminada la vigencia del contrato de seguro cesará toda responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

ARTÍCULO 16. MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL. TERMINO ANTICIPADO, NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO U OFRECIMIENTO DE NUEVAS CONDICIONES

El presente contrato de seguro fue concebido considerando un sistema mixto de atención integrado por el servicio público que se denomina FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud, y un sistema privado denominado ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional, instituciones que funcionan como primera capa de cobertura de los riesgos de salud.

Asimismo, el ejercicio del derecho a la protección de la salud comprende la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse, consideración que también forma parte esencial al ofrecer el presente contrato de salud.

En caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del presente contrato de seguro de salud, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, no renovarla o proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima.

Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos:

- a. Imposibilidad que el asegurado pueda destinar la cotización legal para salud o una superior convenida a una ISAPRE.
- b. Término de los contratos de salud previsional suscrito entre los asegurados y las ISAPRES.
- c. Aplicación de reglas de suscripción de riesgo que impongan a las compañías aseguradoras restricciones que impliquen el levantamiento de exclusiones, otorgamiento de cobertura a las preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad o cambios en las prestaciones cubiertas.

- d. Imposibilidad que el presente contrato de seguro actúe en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional del asegurado, de bienestar u otro seguro o convenio implicando que este contrato de seguro se transforme en una primera capa de cobertura a los gastos de salud del asegurado, esto es, que la cobertura de este contrato de seguro aplique con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional, cualquiera sea éste.
- e. Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior al que se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del seguro.

En caso de no ser expresamente aceptadas por el contratante las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato y se aplicará lo señalado en el artículo 537 del Código de Comercio, debiendo la aseguradora enviar la respectiva comunicación en este sentido, con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de término.

ARTÍCULO 17. TÉRMINO ANTICIPADO 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 en los términos señalados en el Artículo 12 precedente;
- d. En caso de 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 19 siguiente;
- e. En caso de verificarse una modificación de la legislación o normativa vigente del sistema de salud previsional público o privado en los términos descritos en el Artículo 16 de estas Condiciones Generales, o cuando el contratante no acepte o no de respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo.
- f. Cuando cualquiera de los asegurados hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 9 de estas Condiciones Generales;

En el caso de término anticipado del contrato por las causales descritas en las letras e) y f) de este artículo, la Compañía Aseguradora, conforme al Artículo 18 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 dependiente, 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 del asegurado dependiente;
- c. A las 24:00 horas del día en que el asegurado dependiente 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 el contratante o asegurado titular lo elimine de la póliza mediante comunicación escrita dirigida a la compañía de seguros.
- e. Por no pago de prima correspondiente al asegurado dependiente, en los términos señalados en el Artículo 12 precedente.

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.

A su turno, el asegurado podrá poner término anticipado al contrato, comunicándolo al asegurador en la forma establecida en el Artículo 18 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 18. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o al asegurado titular con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que éstos no dispusiesen de correo electrónico. En caso 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 al domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 bancario siguiente al ingreso de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La Compañía Aseguradora deberá facilitar mecanismos para que se realicen las comunicaciones, particularmente a través de medios electrónicos, sitios web, centro de atención telefónica u otros análogos, debiendo siempre otorgar al asegurado o denunciante un comprobante de recepción al momento de efectuarse, tales como copia timbrada de aquellos, su identificación mediante códigos de verificación u otros.

Estos mecanismos serán individualizados en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 19. MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO

El monto asegurado y la prima correspondiente a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, en moneda extranjera o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, de tal forma que tanto el monto asegurado y como la prima 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 30 días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO 20. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier dificultad que se suscite entre el Contratante o los Asegurados, 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. Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Contratante o los Asegurados, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía Aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley Nº251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 21. 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 22. 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 23. CLÁUSULAS ADICIONALES

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

ANEXO 1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE MASCOTAS (PERROS Y GATOS)

IMPORTANTE: EL BENEFICIO ADICIONAL DE “SERVICIO DE ASISTENCIA DE MASCOTAS (PERROS Y GATOS)” NO ES UN SEGURO DE BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., YA QUE NO FORMA PARTE DE LA COBERTURA CONTRATADA. LA EMPRESA “PAWER SpA.” HA OFRECIDO A BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. LOS SERVICIOS DE “SERVICIO DE MASCOTAS (PERROS Y GATOS)” QUE SE DESCRIBIRÁN PARA LOS ASEGURADOS VIGENTES QUE HAYAN CONTRATADO EL “SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD - PLAN PRÉMIUM” QUE DAN CUENTA LAS CONDICIONES PARTICULARES. ES UN BENEFICIO ADICIONAL Y GRATUITO OFRECIDO POR LA EMPRESA “PAWER SpA.”, POR LO TANTO, LA ENTREGA DE ESTE SERVICIO ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

Pawer SpA, ha ofrecido a BICE VIDA una serie de servicios para sus asegurados. Son beneficios adicionales y gratuitos que se activan cuando se contratan ciertas coberturas de seguro.

Con la finalidad que usted conozca las características generales de los servicios otorgados por la empresa Pawer, a continuación, se hace la siguiente descripción de éstos y su forma de acceder a ellos.

Los servicios antes descritos son de exclusiva responsabilidad de Pawer en cuanto a su cumplimiento y son otorgados directamente por Pawer. Son beneficios adicionales a su póliza contratada y no pueden ser provistos por BICE VIDA.

La información contenida en el presente documento, generada por Pawer, se entrega con la finalidad de brindar información general a los asegurados de BICE VIDA sobre este beneficio.

Sin perjuicio que el proveedor de los servicios, Pawer, tiene la potestad final para responder a cualquier reclamación, comentario, consulta o disputa relacionada con el uso de los servicios ofrecidos, BICE Vida, para su mayor comodidad, también podrá recibir dichas comunicaciones con el propósito de encausarlas hacia Pawer.

Las mascotas comprendidas en estos beneficios son exclusivamente perros y gatos.

Lugar de atención: Red Pawer o Libre Elección de Centros y/o Clínicas Veterinarias

Activación del servicio: El cliente puede hacer uso de los servicios no reembolsables desde la activación de la(s) mascota(s) en la aplicación. En caso de los servicios reembolsables, se habilitarán transcurridos 30 días desde la mencionada activación.

Canales de atención: Pawer disponibiliza a sus usuarios una aplicación móvil disponible en App Store y Google Play, así como también, un número de Whatsapp disponible en el sitio www.somospawer.com, mediante estos canales los clientes podrán gestionar los servicios incluidos en su plan, así como también, resolver dudas generales del servicio y plataforma de lunes a jueves de 9:00 am a 18:00 hrs., y los días viernes de 9:00 am a 14:00 hrs.

Proceso de atención Red Pawer: El cliente podrá coordinar su atención de telemedicina, así como también, otros servicios veterinarios mediante los canales de atención descritos

Proceso de atención Red Libre Elección: El cliente podrá asistir a Centros y/o Clínicas Veterinarias fuera de la Red Pawer y reembolsar los servicios mediante nuestra plataforma digital, considerando que su póliza debe encontrarse activa, y no debe ser parte de las exclusiones descritas más adelante. Durante el proceso de reembolso se solicitarán distintos documentos (dependiendo de cada servicio), como por ejemplo:

Boleta con el detalle de las prestaciones médicas e insumos (desglosados), documento que debe estar autorizado por el SII.

Diagnóstico, pre-diagnóstico o justificaciones de la prestación dónde debe presentarse el nombre y rut del médico veterinario, nombre de la mascota, fecha y datos del tutor.

Comprobante de pago de tarjeta, y en caso de ser efectivo, debe estar claramente señalado en la boleta.

El monto de la boleta debe coincidir con el monto del comprobante de pago.

Tramitación del Reembolso: Una vez recibida la solicitud con toda la documentación requerida, Paver validará los informes veterinarios y comprobantes de pago, pudiendo así solicitar aclaraciones tanto al tutor como al veterinario a cargo de la prestación o servicio. Una vez validada la documentación (lo cual será notificado vía app), el reembolso se tramitará en máximo 72 horas hábiles.

Exclusiones: La cobertura de los servicios de reembolso dentro de la red Paver, o en modalidad libre elección posee las siguientes exclusiones:

1. Cuando la persona no se identifique como contratante, o presente documentación en la cual aparezcan datos distintos a los del contratante.
2. Cuando el contratante haya entregado información errónea respecto a la especie, edad o raza de su mascota.
3. Cuando el contratante no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender a la mascota debidamente.
4. Mascotas que no hayan ingresado legalmente al país o, mientras se realizan los procedimientos establecidos por la legislación vigente para su internación, en especial, los de tipo sanitario.
5. Mascotas destinadas, principalmente, a actividades laborales y/o de reproducción.
6. Mascotas distintas a perros o gatos.

Deberes del tutor de la mascota: El tutor deberá:

1. Enviar las solicitudes de reembolso en un plazo máximo de 5 días hábiles luego de efectuado el pago del servicio.
2. Proveer una cuenta bancaria que coincida con los datos del titular del servicio.
3. Entregar información verídica y documentación original e inalterada.
4. Entregar recetas y/o documentos que incluyan el nombre de la mascota, fecha, datos del tutor, y del médico veterinario tratante.

Al contratar el servicio se da autorización para contactar al médico veterinario actual o pasado de contratante para solicitar todo el historial médico de la mascota. Ante la imposibilidad de acceso a esta información, Paver podrá rechazar la solicitud de reembolso.

TABLA DE SERVICIOS

Asistencia (Beneficio)	Tope de reembolso por evento	Número de eventos anuales
Ficha Médica Digital	No aplica para reembolso	Ilimitado
Televeterinaria	No aplica para reembolso	Ilimitado
Descuento en alimentos y accesorios	No aplica para reembolso	Ilimitado
Descuento en servicios veterinarios a domicilio	No aplica para reembolso	Ilimitado
Etología a precio preferencial	No aplica para reembolso	Ilimitado
Orientación legal	No aplica para reembolso	Ilimitado
Orientación de viajes	No aplica para reembolso	Ilimitado
Postura de Chip	\$ 15.000	1
Vacunas legales	\$ 30.000	1
Desparasitación	\$ 15.000	1
Consulta Control Sano	\$ 30.000	1
Exámenes preventivos	\$ 40.000	1
Vacunas opcionales	\$ 30.000	1
Baño y peluquería	\$ 40.000	1
Cremación	\$ 100.000	1

Pawer SpA. es una sociedad cuyo objeto es la venta, comercialización e intermediación en la prestación de todo tipo de servicios afines, destinados al bienestar, salud y atención en general de cualquier tipo de mascotas.

Rut: 77.576.082-6.

Domicilio: Av. Suecia 0142, Providencia, Santiago.