

## SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD AMBULATORIO

---

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320150835

### ARTICULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

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

### ARTÍCULO 2º: COBERTURA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, o pagará directamente al prestador de salud, en adelante también llamado como los pagos directos, asociados a la prestación de servicios de consultas médicas general y de especialidad (salvo psiquiatría), exámenes de laboratorio, resonancia magnética fonoaudiología e imagenología ambulatorio cubiertos por esta póliza, en los términos y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente.

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

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

Se entenderán cubiertos los gastos provenientes de prestaciones de servicios de consultas médicas general y de especialidad (salvo psiquiatría), exámenes de laboratorio, resonancia magnética fonoaudiología e imagenología ambulatorio que se encuentren codificadas por el Fondo Nacional de Salud; que estén expresamente descritos en las Condiciones Particulares de ésta póliza; y que hayan sido efectuadas o prescritas por un médico tratante adscrito al Fondo Nacional de Salud y al sistema Isapre.

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

La cobertura de que da cuenta la presente póliza se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsual respectivo, así como los de cualquier otro seguro que se encuentre vigente a favor del asegurado.

### ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES.

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

1. Asegurado: Se entenderá por asegurado o beneficiario de esta póliza única y exclusivamente a quien habiéndola contratado sea afiliado del Fondo Nacional de Salud o Isapre. Pierde la calidad de asegurado, y por tanto el derecho a cobertura, el asegurado que por alguna circunstancia deje de ser afiliado al Fondo Nacional de Salud o sistema Isapre.
2. Médico: Sólo quienes poseen el título respectivo, estén habilitados legalmente para el ejercicio de esta profesión, en los términos establecidos en el artículo 112 del Código Sanitario y que esté adscrito tanto al Fondo Nacional de Salud como al sistema Isapre.
3. Servicio de Exámenes: Prestaciones que formen parte del GRUPO 03 del Arancel del Fondo Nacional de Salud con excepción de las prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 305048 &ldquo;Reacción cutánea 16 alérgenos por escarificación (incluye el valor de los antígenos)&rdquo;; y 307005 &ldquo;Reacción cutánea de parche cada uno&rdquo;;.
4. Servicios de Imagenología: Prestaciones que formen parte del GRUPO 04, del Arancel del Fondo Nacional de Salud con excepción de la prestación clasificada en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 404013 &ldquo;Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos&rdquo;;.
5. Gastos Razonables y Acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar a las cubiertas en esta póliza en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad.
6. Establecimiento de salud: La cobertura de reembolso o pago directo de gastos cubierto por esta póliza, se efectuará exclusivamente respecto a aquellos gastos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado sólo en aquellos centros, instituciones o prestadores de salud que se señalan en las Condiciones Particulares.
7. Gastos Efectivamente Incurridos: Se reconocerán como gastos efectivamente incurridos para los efectos de esta póliza, el costo efectivo de los servicios, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con el Sistema de Salud Previsional al que se encontrare afiliado.
8. Monto Máximo de Cobertura: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en la moneda de la póliza, que la compañía reembolsará al asegurado titular o contratante o pagará directamente al establecimiento de salud, de acuerdo a lo señalado en las condiciones particulares por los gastos médicos incurridos correspondientes a cada evento, dependiendo de la edad del asegurado y en los términos, proporciones, límites y condiciones señalados en esta póliza.
9. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes: entendiéndose por tal aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

#### ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES.

Esta póliza no cubre los gastos que provengan de:

1. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 305048 Reacción cutánea 16 alérgenos por escarificación (incluye el valor de los antígenos), y 307005 Reacción cutánea de parche cada uno.
2. Prestaciones clasificadas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud bajo el código 404013 Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos.

3. Prestaciones de servicios médicos no incluidas en las Condiciones Particulares de la presente póliza.
4. Rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
5. Enfermedades, dolencias o situación de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.
6. Patologías que se originen por guerra, pandemia, actos terroristas o a consecuencia de actos delictivos.
7. Prestaciones de servicios médicos realizados por médicos no adscritos al Fondo Nacional de Salud o al sistema Isapre.

#### ARTICULO 5º: DEDUCIBLE

Corresponde a aquella parte de los gastos descritos en esta póliza que son de cargo del Asegurado, y cuyos montos y vigencia temporal serán definidos en las Condiciones Particulares.

#### ARTÍCULO 6º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

#### ARTICULO 7º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

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

#### ARTICULO 8º: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al asegurado o Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

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

#### ARTICULO 9º: BENEFICIARIOS

El beneficiario de esta póliza será el Asegurado Titular y adicionales individualizados en las Condiciones

Particulares, salvo que se establezca uno diferente lo que deberá quedar expresamente establecido en las Condiciones Particulares.

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

#### ARTÍCULO 10º: DENUNCIA DE SINIESTROS

En el evento en que no hubiere operado previamente el pago directo de la aseguradora al establecimiento de salud, una vez efectuado un gasto cubierto en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la Compañía Aseguradora dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se requiera, o bien dentro del plazo que se especifique en las Condiciones Particulares contado también desde la fecha de emisión antes referida.

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

Al denuncia de siniestro, deberán acompañarse los siguientes antecedentes:

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

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

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

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

#### ARTICULO 11º: VIGENCIA Y TERMINACIÓN

Esta póliza tendrá una duración de un (1) año, contado desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de la renovación de la póliza, la compañía de seguros deberá enviar al contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta a la propuesta por parte del contratante o éste no aceptase las condiciones de renovación antes del término de la vigencia de la póliza, ésta se entenderá no renovada, llegando a su término en la fecha prevista en las Condiciones Particulares.

Si la compañía aseguradora no enviase al contratante de la póliza las condiciones de renovación con la anticipación señalada, se entenderá renovada automáticamente la póliza en las mismas condiciones vigentes, por un nuevo período de un (1) año, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario por escrito con una anticipación mínima de 30 días a la fecha de vencimiento.

#### ARTÍCULO 12º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

#### ARTÍCULO 13º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496.

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

#### ARTÍCULO 14°: CLAUSULAS ADICIONALES

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

#### ARTÍCULO 15°: DOMICILIO

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