

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230280

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, efectivamente incurridos por el Asegurado durante su vigencia en este contrato de seguro y con posterioridad al período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, siempre que se hayan originado por una Incapacidad de Salud ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro.

Incapacidad de Salud: Para efectos de esta póliza de seguro, es 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.

Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados: Para efectos de esta póliza de seguro, es 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 y en el Certificado de Cobertura.

Si 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 y en el Certificado de Cobertura.

Los reembolsos de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el

Asegurado, serán efectuados por la compañía de acuerdo a los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso; límites y topes de montos en dinero por atención o prestación; límites y topes por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; límites y topes por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; límites y topes por integrantes del grupo familiar del asegurado; porcentajes, límites y topes según sea el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el asegurado, como el porcentaje de bonificación mínima del sistema previsional de salud (BMI) que se define más adelante; límites y topes diferenciados según alguno de los conceptos antes señalados; que se establezcan para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por el Asegurado, como complemento de lo que le cubra 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, no cubriendo aquella parte de esos gastos que le deban reintegrar, aportar, bonificar o reembolsar dichos Sistemas, seguros, instituciones o entidades.

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 y en el Certificado de Cobertura se defina un porcentaje de bonificación mínima exigido (BMI) como cobertura del sistema de salud previsional del asegurado.

La compañía reembolsará los gastos antes señalados, siempre que se cumpla copulativamente lo siguiente:

- a) El Asegurado haya incurrido en estos gastos durante su vigencia en este contrato de seguro, con posterioridad al período de Carencia señalado en el artículo 5 de estas Condiciones Generales y siempre que se hayan originado por una enfermedad o lesión diagnosticada u ocurrida durante su vigencia en este contrato de seguro;
- b) Estos gastos no provengan ni se originen por una causa excluida en el Artículo 7 de estas Condiciones Generales;
- c) Estos gastos superen el Deducible;
- d) Estos gastos superen la Franquicia establecida en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura y definida en el Artículo 6, numeral 26 de estas Condiciones Generales.
- e) Que la suma de los reembolsos de gastos realizados al Asegurado, durante su vigencia en este contrato de seguro, no superen el Monto Máximo de Gastos Reembolsables establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Cada Asegurado tendrá un Monto Máximo de Gastos Reembolsables aplicable durante la vigencia de su cobertura en este contrato de seguro. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía.

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 y detallan en las Condiciones Particulares de la póliza y Certificado de Cobertura. Los Gastos Médicos en el extranjero se

rigen por lo establecido en la letra G del artículo 3 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que otorga la compañía de seguros en virtud de esta póliza, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares y Certificado de Cobertura de la póliza, son las que se indican a continuación:

Las 7 (siete) coberturas descritas 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 y en el Certificado de Cobertura.

A. REEMBOLSO GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN

B. REEMBOLSO GASTOS DE HOSPITALIZACION POR EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO PARA UNA ASEGURADA TITULAR O UNA ASEGURADA DEPENDIENTE CONYUGE

C. REEMBOLSO GASTOS AMBULATORIO

D. REEMBOLSO GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

E. REEMBOLSO GASTOS SALUD MENTAL

F. REEMBOLSO GASTOS MEDICOS ADICIONALES

G. REEMBOLSO GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO

Se podrá seleccionar una o más de estas coberturas para ser contratadas, lo cual deberá quedar expresamente establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, donde se señalarán las coberturas contratadas y los términos, porcentajes, límites y topes para cada gasto incluido en dichas coberturas.

A. REEMBOLSO GASTOS POR HOSPITALIZACION:

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, durante su vigencia en esta póliza, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes definidos para cada gasto incluido en esta cobertura y que se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, a consecuencia de una Hospitalización. La denominada hospitalización domiciliaria no tiene cobertura por este contrato de seguro.

Se entiende por Hospitalización aquella situación que se presenta cuando una persona está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, de acuerdo a la práctica común y que pernocte a lo menos una noche en el Hospital y utilice un día completo de servicio de habitación, servicio de alimentación y atención general de enfermería.

Se podrá contratar uno o más de estos gastos dentro de esta cobertura, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes para cada gasto.

Los gastos son los siguientes:

i. Día Cama de Hospitalización: Gasto diario por servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería suministrada al Asegurado durante su Hospitalización.

ii. Servicios Hospitalarios: Gasto por concepto de servicios de Hospital no incluidos en el Día Cama de Hospitalización, tales como: salas de urgencia, derecho de pabellón, unidad de tratamiento o cuidado intensivo o intermedio, exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales, equipos, insumos, medicamentos y otros gastos suministrados al Asegurado durante su Hospitalización, que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante como necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión.

iii. Honorarios Médicos Quirúrgicos: Honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que intervengan en una Operación Quirúrgica al Asegurado.

iv. Honorarios Médicos: Honorarios de aquellos profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales de la salud, que efectúen atenciones médicas al Asegurado, conforme a lo prescrito por el Médico tratante, distintos de los Honorarios Médicos Quirúrgicos.

v. Cirugía Dental por Accidente: Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al Asegurado, por lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuados por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

vi. Atención Privada de Enfermería: Servicio de enfermería profesional prestado al Asegurado durante su Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama de Hospitalización.

vii. Servicio de Ambulancia Terrestre: Servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital.

B. REEMBOLSO GASTOS DE HOSPITALIZACION POR EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO PARA

UNA ASEGURADA TITULAR O UNA ASEGURADA DEPENDIENTE CONYUGE:

Es condición para que proceda esta cobertura para una asegurada titular o una asegurada dependiente cónyuge, que la fecha de la concepción del embarazo sea posterior a la fecha de su inicio de vigencia en este contrato de seguro y en esta cobertura.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsados bajo esta cobertura son únicamente los señalados en los puntos i, ii, iii y iv de la cobertura "A) Reembolso Gastos por Hospitalización" de estas Condiciones Generales, respecto de las siguientes situaciones: (a) Parto normal; (b) Cesárea; (c) Aborto involuntario; (d) Complicaciones del embarazo; (e) Complicaciones del parto.

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, efectivamente incurridos por la asegurada titular o una asegurada dependiente cónyuge y por el recién nacido, durante su vigencia en esta póliza, provenientes de una hospitalización a consecuencia de un embarazo, parto y nacimiento en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, en los términos, porcentajes, límites y topes señalados para cada gasto y/o situación incluidos en esta cobertura, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales.

C. REEMBOLSO DE GASTOS AMBULATORIOS:

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, durante su vigencia en esta póliza, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes señalados para cada gasto incluido en esta cobertura y que se encuentran expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, a consecuencia de una atención médica ambulatoria.

Se entenderá por atención médica ambulatoria aquella efectuada o prescrita por un médico tratante al Asegurado y que no requiera de su Hospitalización.

Se podrá contratar uno o más de estos gastos dentro de esta cobertura, los que deberán estar expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes para cada gasto.

Los gastos son los 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, Radiografías, Ultrasonografía y Medicina Nuclear.

iv. Procedimientos de diagnóstico, no quirúrgicos.

v. Procedimientos terapéuticos, no quirúrgicos.

vi. Cirugía Ambulatoria: Todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar al Asegurado en forma ambulatoria.

D. REEMBOLSO GASTOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS:

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado por medicamentos ambulatorios recetados por su médico tratante, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para cada una de las categorías de medicamentos definidas para esta cobertura, que deberán quedar indicadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los gastos por medicamentos ambulatorios susceptibles de ser reembolsados serán sólo por aquellos medicamentos que el Asegurado deba consumir durante el período de su vigencia en este contrato de seguro, de acuerdo con la dosis prescrita por su médico tratante.

Bajo esta cobertura se podrán contratar una o más de las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Las categorías de medicamentos son 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 No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;

iii. Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;

iv. Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

E. REEMBOLSO GASTOS SALUD MENTAL:

La compañía aseguradora reembolsará, bajo esta cobertura, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, durante su vigencia en esta póliza, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, al recibir atención médica, procedimientos o tratamiento médico asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para esta cobertura en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los gastos que contempla esta cobertura son conjuntamente los siguientes:

i. Gastos Ambulatorios por atenciones médicas de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;

ii. Gastos por Medicamentos psiquiátricos ambulatorios prescritos por un médico psiquiatra, a menos que se haya contratado la cobertura de la letra D), Reembolso Gastos Medicamentos Ambulatorios, caso en el cual se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios definidas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

iii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro médico hospitalario que la otorgue.

F. REEMBOLSO GASTOS MEDICOS ADICIONALES:

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, durante su vigencia en esta póliza, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes definidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Se podrá contratar uno o más de estos gastos dentro de esta cobertura, los que deberán estar

expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, en los cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes para cada gasto.

Los Gastos son los siguientes:

i. Gastos por Servicio de ambulancia aérea para conducir al Asegurado desde y hacia un hospital.

ii. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual (V.D.T).

iii. Cobertura para Cirugía Ocular correctiva para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares. Esta prestación 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 eventos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 5 dioptrías. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Para que un Asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.

iv. Gastos por 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. Se excluyen de esta cobertura los gastos por prótesis maxilofacial, como también los gastos por implantes cocleares.

G. REEMBOLSO GASTOS MEDICOS EN EL EXTRANJERO:

La compañía aseguradora reembolsará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado en el extranjero, durante su vigencia en esta póliza, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, en los términos, porcentajes, límites y topes definidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados susceptibles de ser reembolsados por esta cobertura son sólo aquellos señalados en la letra A) Reembolso Gastos por Hospitalización y letra C) Reembolso Gastos Ambulatorios de este mismo artículo, todos los cuales se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes establecidos para cada gasto en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 4: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que se detallan en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, el presente contrato de seguro contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

- 1.- En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indique para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
- 2.- En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) peso, en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la compañía, luego que determine los gastos susceptibles de ser reembolsados, aplicará sobre ellos el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
- 3.- En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados hayan dado lugar a una bonificación, aporte y/o reembolso que porcentualmente resulte menor al porcentaje de bonificación mínimo (BMI) indicado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura, la compañía, al monto de la prestación se les aplicará el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.
- 4.- En el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se podrán establecer porcentajes, límites y topes diferenciando por atenciones o prestaciones; por número o frecuencia de atenciones o prestaciones; por prestador médico, por arancel, plan o contrato de salud; por integrantes del grupo familiar del asegurado; por el porcentaje de bonificación o reembolso entregado por el sistema de salud previsional privado o estatal al que se encuentre afiliado o adherido el asegurado; que se establezcan para cada gasto incluido en las coberturas contratadas y/o para cada Cobertura contratada, todo lo que se detalla en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

Con todo, la compañía de seguros no reembolsará más allá del gasto efectivamente incurrido por el Asegurado, así como tampoco más allá del Monto Máximo de Gastos Reembolsables indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CARENCIA

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro tendrá el período de Carencia indicado expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, contado desde:

- (a) la fecha de vigencia del contrato de seguro para aquellos asegurados que sean incorporados a esa fecha; o (b) la fecha de vigencia inicial de su cobertura para aquellos asegurados que se incorporen al contrato de seguro con posterioridad a la fecha de vigencia del mismo, según lo establecido en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales, según corresponda.

La compañía no reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por el Asegurado durante el período de carencia.

Además de un período de carencia por gasto, se podrán establecer períodos diferenciados de carencia por cobertura o por enfermedad que origine el gasto médico.

ARTÍCULO 6: DEFINICIONES

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

1) Contratante o tomador: La persona natural o jurídica que suscribe este contrato de seguro por el grupo asegurado y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este contrato o su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.

2) Asegurados: Se consideran asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que, estando vinculados con o por el Contratante y habiéndose solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

i. Asegurado Titular. La persona que, cumpliendo los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, es parte de un grupo al ser miembro, trabajador o esté vinculado con o por la entidad contratante.

ii. Asegurado Dependiente. Pueden ser asegurados dependientes las personas naturales vinculadas a dichos miembros o trabajadores o a las personas vinculadas con o por la entidad contratante. Los asegurados dependientes deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

iii. Asegurados. Cuando en esta póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata de asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al asegurado titular como al asegurado dependiente que se hayan señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

3) 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 efectuado 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.

4) Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de inmersión o lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. Se considera como Accidente las consecuencias provenientes de infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. No se consideran como Accidentes los suicidios, ataques cardíacos, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualquiera otra enfermedad, ni los hechos o sucesos que sean consecuencia de lo anterior y que afecten al organismo del Asegurado. Tampoco se consideran como accidentes aquellos sucesos sobrevenidos a consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

5) Lesión: Para estos efectos se considerará como tal la consecuencia de toda dolencia corporal sufrida como resultado de un Accidente que afecte al organismo del Asegurado, que presente o no síntomas asociados a esa Lesión y requiera tratamiento médico.

6) Incapacidades de salud preexistentes: 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 incorporación a este seguro.

7) Médico: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

8) 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.

9) Hospitalización: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica y pernocta a lo menos una noche utilizando el 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

10) Gastos Ambulatorios: Son los gastos médicos incurridos por el Asegurado a causa del tratamiento de una enfermedad o lesión que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

11) Deducible: Es el monto de los gastos cubiertos bajo esta póliza, expresado en Unidades de Fomento, establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura que siempre son de cargo del Asegurado. La liquidación de los gastos se explica en el Artículo 18 y la aplicación del Deducible se detalla en el Artículo 19, ambos de estas Condiciones Generales. El Deducible se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura.

12) Periodo de acumulación: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

13) 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.

14) Cirugía ambulatoria: Es aquella cirugía que requiera el Asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin necesidad de ser hospitalizado o, de requerir ser hospitalizado.

15) 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.

16) Monto Máximo de Gastos Reembolsables: Corresponde a la cantidad máxima, expresada en Unidades de Fomento u otra moneda legalmente autorizada y que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, que, habiendo superado el Deducible, la compañía reembolsará por los Gastos Reembolsables.

17) Gastos de Hospitalización: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado

durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

18) Gastos Reembolsables: Corresponden al costo efectivo de los Gastos Ambulatorios y Gastos de Hospitalización asociados a una enfermedad o lesión, que son susceptibles de ser reembolsables en virtud de lo dispuesto en esta póliza por constituir Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados.

19) 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.

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

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.

22) 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 las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distosia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

23) Complicaciones del parto: Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras.

24) Salud Mental: Corresponde a las atenciones otorgadas por un médico, cualquiera sea su especialidad, que permitan a un individuo emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales, logrando un estado de bienestar psicológico - emocional para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

25) Bonificación Mínima del Sistema Previsional (BMI): Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del Asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura. En caso

de que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al monto de la prestación se les aplicará el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares para determinar el monto sobre el cual se aplicará el porcentaje de reembolso que se indica para estos casos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

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

26) Franquicia: Es el monto mínimo de los gastos médicos en que será necesario que incurra el Asegurado a consecuencia de una prestación médica para que tenga derecho a la cobertura que otorga esta póliza. Para los efectos de determinar el monto mínimo de los gastos médicos se considerarán en forma individual cada uno de los documentos que den cuenta de los gastos médicos incurridos. Excedido dicho monto, la compañía considerará el monto total del gasto médico para el reembolso de acuerdo a la cobertura contratada, sin perjuicio de la aplicación del deducible que corresponda. El monto de la franquicia se establecerá en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

27) Carencia: Corresponde al período de tiempo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura durante el cual el Asegurado no tiene derecho a percibir los beneficios que otorga esta póliza. Durante el período de carencia, el Asegurado no tiene derecho a percibir reembolsos por las coberturas que otorga esta póliza, derivados de una Incapacidad de Salud.

ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES

Este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa una Incapacidad de Salud.

Asimismo, este contrato de seguro no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados, señalados en el artículo 3 de estas Condiciones Generales, cuando ellos provengan o se originen por:

a) 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 incorporación a este seguro. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y 525 del Código de Comercio, en el Certificado de Cobertura se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas.

b) Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas.

c) Embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal o parto por cesárea, complicaciones del parto y Maternidad en general.

d) Curas de reposo, hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

e) Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por esta póliza.

f) Cirugías y/o tratamientos médicos, estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que tengan por objetivo corregir malformaciones congénitas.

g) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo y sus consecuencias. Tratamientos médicos causados por la ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión. Tratamientos médicos causados por hechos deliberados que cometa el Asegurado, tales como intentos de suicidio, lesiones auto inferidas y abortos.

h) 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.

i) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

i. Cirugía Bariátrica, ya sea por obesidad o sobrepeso u otras causas adicionales, independientemente del grado de obesidad o sobrepeso del Asegurado, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a 40 u otro valor indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

ii. Estudios y tratamientos por talla baja o gigantismo y todo tipo de tratamientos con hormonas del crecimiento, así como también tratamientos con Análogos LH y RH.

iii. Cirugía ocular correctiva para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.

iv. Esterilización quirúrgica femenina o masculina independiente de la causa por la cual se indique.

v. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias. Incluye Culdocentesis, aun cuando se encuentre prescrita con fines terapéuticos.

vi. Tratamientos para adelgazar y en general todo tratamiento por sobrepeso o por obesidad con Índice de Masa Corporal (IMC) menor a 40, aun cuando tenga comorbilidades y/o patologías asociadas.

j) Lesión o enfermedad causada por:

i. Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

ii. Participación activa del Asegurado en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país.

iii. Participación activa del Asegurado en acto terrorista. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del Asegurado.

v. Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de drogas o alucinógenos o en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear y sus consecuencias.

vii. Participación del Asegurado en actos calificados como delitos por la ley.

viii. Accidentes provocados por conducir un vehículo motorizado en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha del accidente, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

k) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de los gastos incurridos a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del Asegurado en el contrato de seguro y siempre que se haya contratado el gasto "Cirugía Dental por Accidente", incluido en la cobertura definida en la letra "A" del Artículo 3 de estas Condiciones Generales.

l) Lentes o anteojos ópticos y de contacto. Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.

m) Prótesis, órtesis, miembros artificiales y el 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.

n) Tratamientos, visitas o consultas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherente o necesario para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.

o) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.

ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.

iii. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.

iv. Homeopatías y/o Recetario Magistral.

v. Medidores y/o monitores de glicemia.

vi. Medicamentos que no se encuentren registrados como tal en el Instituto de Salud Pública de Chile

p) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera de un Hospital.

q) Gastos incurridos por acompañantes mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.

r) Lesión o enfermedad a consecuencia de la ocupación del Asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

s) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante 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, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros. La práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la Ley 19.712.

t) Epidemias y pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

u) Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

v) 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.

w) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

x) Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con la aprobación de la compañía de seguros.

Las exclusiones precedentes, relativas a determinados gastos, no tendrán aplicación, cuando los términos, porcentajes, límites y topes de dichos gastos médicos se encuentren expresamente establecidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

ARTÍCULO 8: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo 7 de estas Condiciones Generales, cuando estos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la compañía, dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación. En estos casos se acordará la prima adicional que corresponda.

ARTÍCULO 9: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del Código de Comercio, las obligaciones del Asegurado son las siguientes:

- 1) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
- 2) Pagar la prima en la forma y época pactadas, si correspondiere;
- 3) Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
- 4) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

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

Las obligaciones del tomador podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 10: DECLARACIONES 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: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA

La prima es el precio del seguro y según sea quien la solventa, puede tener dos modalidades:

i. Modalidad Contributoria: Prima financiada conjuntamente por el Contratante y el asegurado titular.

ii. Modalidad No Contributoria: Prima financiada sólo por el Contratante de la póliza o prima financiada sólo por el asegurado titular.

La modalidad deberá quedar expresamente establecida en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura.

a) Pago de Primas: El Contratante deberá pagar la prima en las oficinas de la compañía o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que el Asegurador podrá poner a disposición del Contratante. Independiente de la forma de financiamiento de la prima, el pago de ésta será siempre de responsabilidad del Contratante de la póliza.

Las primas se entenderán pagadas cuando hayan sido efectivamente percibidas por la compañía

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

b) No pago de la prima: La falta de pago de la prima, en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza, producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 (quince) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 25 de estas Condiciones Generales, dirija el asegurador al Contratante, y dará derecho al asegurador para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. 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, la responsabilidad del asegurador por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

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

ARTÍCULO 12: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la cobertura de este contrato de seguro serán los asegurados titulares por aquellos gastos médicos incurridos por ellos mismos, como también por los gastos médicos incurridos por sus asegurados dependientes.

En el caso que corresponda efectuar un reembolso al Asegurado titular y éste haya fallecido, el pago de dicho reembolso será pagado a quien acredite haber incurrido en los gastos médicos reembolsables, debiéndose acompañar en tal caso los documentos que lo justifiquen.

ARTÍCULO 13: VIGENCIA Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovado por el lapso, condiciones y prima que autorice el Contratante.

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

ARTÍCULO 14: INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán presentar su solicitud de incorporación al seguro, someterse a la evaluación y calificación de su estado de salud presentando para estos efectos una declaración de salud, documentos accesorios o complementarios, realizarse exámenes médicos, de laboratorio y someterse a reconocimiento médico, todo cuando corresponda, de acuerdo a los requisitos de asegurabilidad indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. En caso de ser aceptada la solicitud, la compañía aseguradora cubrirá el riesgo desde la fecha de inicio de vigencia indicada en este artículo o según se indique en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

La vigencia inicial de la cobertura para los asegurados comenzará el primer día del mes siguiente al de la aceptación notificada por la compañía de seguros.

ARTÍCULO 15: DENUNCIA DE SINIESTROS

En caso de que el Asegurado incurra en un gasto médico susceptible de ser reembolsado en virtud del contrato de seguro, el Asegurado deberá notificarlo a la compañía aseguradora tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento de la ocurrencia del Gasto Reembolsable, de acuerdo a los procedimientos y a través de los medios que esta última ponga a su disposición, los que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

No obstante, lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación, una vez tomado conocimiento de la emisión del documento que acredite el gasto médico incurrido por el Asegurado cuyo reembolso se solicita.

ARTÍCULO 16: REQUISITOS PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado deberá entregar a la compañía los siguientes antecedentes necesarios para acreditar el monto de los gastos susceptibles de ser reembolsados:

- a) Formulario proporcionado por la compañía con toda la información que en él se indique, suscrito por el Asegurado y por el médico tratante, cuando corresponda.
- b) Declaración del Asegurado respecto del sistema previsional o de salud al que se encuentre afiliado o adherido, Isapres, 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.
- c) Originales de boletas y facturas cuando corresponda, comprobantes de reembolso, bonos, 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, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar por cualquier entidad o institución de las mencionadas en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios, que sean recetados por el médico tratante, el Asegurado deberá presentar una receta médica válidamente emitida de acuerdo con la legislación aplicable, a nombre del Asegurado.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la compañía los antecedentes médicos y exámenes, como también aquellos documentos legales necesarios para acreditar el gasto y determinar el monto del Gasto Reembolsable. En el mismo sentido, la compañía podrá solicitarle la realización de pericias y exámenes médicos. El Asegurado deberá requerir o autorizar a la compañía para que solicite en su nombre, de sus médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los Gastos Reembolsables.

En el evento 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 17: CÁLCULO DE LOS GASTOS REEMBOLSABLES

Para los efectos de este contrato de seguro, el procedimiento de cálculo de los Gastos Reembolsables considerará únicamente los gastos efectivamente incurridos, esto es, la diferencia entre el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados a causa de una enfermedad o lesión y aquellas cantidades que sean restituidas, aportadas, bonificadas o reembolsadas al Asegurado por instituciones o entidades a las que se refiere el párrafo anterior y que otorguen reintegros, aportes, bonificaciones o reembolsos médicos y prestaciones económicas al Asegurado.

ARTÍCULO 18: LIQUIDACION DE LOS GASTOS, FORMA DE PAGO Y MONTO MAXIMO DE GASTOS REEMBOLSABLES

Presentados los documentos que acrediten los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, la

compañía efectuará el análisis de los antecedentes respectivos y, en caso de ser procedente por cumplirse las condiciones exigidas en esta póliza, efectuará el reembolso de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares de la póliza, en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura.

El pago de este reembolso de gastos se efectuará en las oficinas de la compañía o a través de agentes pagadores, o mediante los medios de pago bancarios o electrónicos que disponga la Compañía.

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 y en el Certificado de Cobertura. 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 solicitudes de incorporación al 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.

El Monto Máximo de Gastos Reembolsables por Asegurado se indica en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura. Utilizado el Monto Máximo de Gastos Reembolsables, no habrá reembolsos posteriores por dicho Asegurado por el período que reste para el término de su vigencia en este contrato de seguro. A su vez, todo gasto incurrido con posterioridad al término de la vigencia del Asegurado en este contrato de seguro no será reembolsado por la compañía.

Para la aplicación de los porcentajes de reembolso establecidos en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, se considerarán las limitaciones de coberturas establecidas en el artículo 4 de estas Condiciones Generales.

La compañía sólo reembolsará el porcentaje, límite y tope señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura por los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados efectivamente incurridos por el Asegurado, en la medida que excedan el deducible que se hubiere estipulado.

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

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 de 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 19: APLICACION DEL DEDUCIBLE

El Deducible será el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, expresado en Unidades de Fomento y se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Cobertura.

La aplicación del Deducible se sujetará al siguiente procedimiento: 1º) Determinación del monto de los Gastos Reembolsables cubiertos por este contrato de seguro, 2º) Aplicación de los porcentajes, límites y topes que se indican en el Cuadro de Beneficios contenido en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura, sobre el monto determinado conforme al número anterior y 3º) Al monto resultante de la operación anterior se le aplicará el monto del Deducible.

ARTÍCULO 20: TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO

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

Encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará anticipadamente respecto del Contratante, en los siguientes casos:

- a) Por no pago de la prima convenida y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;
- b) Cuando se verifique la situación señalada en el Artículo 24 de estas Condiciones Generales y el Contratante no acepte el cambio de moneda o unidad del contrato.

En el caso de término anticipado del contrato descrito en la letra b) de este artículo, la compañía, conforme al Artículo 25 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.

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

ARTÍCULO 21: TÉRMINO ANTICIPADO, NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO U OFRECIMIENTO DE NUEVAS CONDICIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN DE SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL O DISMINUCIÓN DE LA RELACION PORCENTUAL BASE

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.

Modificación del Sistema Previsional 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 renovar la 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 y en el Certificado de Cobertura.

Disminución de la Relación Porcentual Base.

La compañía aseguradora ha considerado para la celebración de este contrato de seguro colectivo, que a la fecha contratación de esta póliza, existe una relación porcentual determinada entre los asegurados afiliados a Isapre que mantengan un contrato de salud previsional y la totalidad de asegurados de la póliza colectiva. Dicha relación porcentual estará señalada expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura y, para todos los efectos, se indicará como Relación Porcentual Base.

Si en cualquier época posterior a la celebración de este contrato de seguro colectivo de salud, la señalada Relación Porcentual Base disminuye en un porcentaje superior al que se indicará en las Condiciones Particulares y Certificado de Cobertura, la compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, no renovarla o proponer al Contratante nuevas condiciones de cobertura y prima.

Para los casos anteriores, 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 debidamente fundada y 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 22: TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES

El contrato de seguro colectivo terminará respecto de un Asegurado Titular, en los siguientes casos:

- a) Por término del contrato de seguro colectivo;

b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;

c) Por su fallecimiento;

d) A las 24:00 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura;

e) Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;

f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 9 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales;

g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

Por su parte, encontrándose vigente el contrato de seguro colectivo, éste terminará respecto de un Asegurado Dependiente, en los siguientes casos:

a) Por todas las causas de término del contrato de seguro respecto del Asegurado Titular;

b) Cuando el Contratante informe que el Asegurado ya no es parte del grupo asegurado;

c) Por su fallecimiento;

d) A las 24 horas del día que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura;

e) Por no pago de la prima correspondiente a dicho Asegurado, en caso de corresponder, dentro de los plazos establecidos y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 11 precedente;

f) Cuando el Asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 9 de estas Condiciones Generales, conforme a lo señalado en el Artículo 10 de estas Condiciones Generales;

g) Cuando el Asegurado incurra en el delito establecido en el Artículo 470, N° 10 del Código Penal.

En todos los casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al Asegurado, cuya cobertura ha terminado anticipadamente, a contar de la fecha de dicho término.

ARTÍCULO 23: IMPUESTOS

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

ARTÍCULO 24: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Todos los montos de este contrato de seguro se expresarán en Unidades de Fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Comisión para el Mercado Financiero, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la Unidad de Fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerará para el pago de primas y reembolsos, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

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 aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la compañía de seguros, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que ésta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato de seguro.

ARTÍCULO 25: COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía de seguros al Contratante o al Asegurado con motivo de este contrato de seguro, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o y en el Certificado de Cobertura, salvo que éste no dispusiese 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 y en el Certificado de Cobertura. 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 al 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 de la carta a la Empresa de Correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La compañía de seguros 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 indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Cobertura o en la solicitud de seguro respectiva.

ARTÍCULO 26: SOLUCION 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 N°251, 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 27: 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 28: 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 contrato de seguro, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos.