SEGURO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320230388

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 el beneficiario.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el Asegurado a solicitud de la Compañía, y en base a la información que ha entregado la Compañía al Asegurado respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza genera derechos y obligaciones tanto para el Asegurado como para la Compañía. Si el Contratante 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 Contratante podrán ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 2: COBERTURAS Y MATERIA ASEGURADA.

La Compañía bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar o pagar directamente al Asegurado Titular o al Prestador de Salud, en adelante también llamados como los pagos, los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados, en que haya incurrido efectivamente un Asegurado, siempre que se hayan originado por una Enfermedad, Lesión o situación de salud, diagnosticada u ocurrida dentro de la vigencia de la póliza y encontrándose dicho Asegurado efectivamente cubierto por ésta.

Los reembolsos o los pagos directos de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados se efectuarán de acuerdo a las coberturas y/o prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los porcentajes establecidos de reembolsos o pago directo, valor de provisión de los Medicamentos ambulatorios, porcentaje efectivo de reembolso, porcentaje de Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BM) y/o reembolso mínimo a otorgar por prestación, montos asegurados, Deducibles, Franquicia, tope de números de prestaciones médicas, patologías y/o Cirugías Restringidas con límites y topes por patologías y/o rangos etarios, porcentajes, factor o topes de Aranceles de uno o más Prestadores de Salud o de un Arancel definido por la Compañía, límites y topes de montos en UF por atención o prestación, según lo contratado, todo lo cual se dejará expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el Asegurado dentro del territorio nacional pudiendo establecerse que la cobertura será aplicable respecto de gastos médicos incurridos ante cualquier Prestador de Salud o ante uno o más, en convenio o no, cuyas condiciones de otorgamiento se señalen expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En razón de lo anterior, la Compañía podrá limitar la aplicación de cada una de las coberturas contratadas en relación al ámbito territorial sin que ello afecte la vigencia de éstas, lo que deberá constar por escrito en las Condiciones Particulares. Es decir, podrá definir zonas geográficas y ciudades específicas en Chile en

las que regirán las coberturas, así como aquellas en las que no operarán las coberturas.

Las coberturas descritas en el Artículo 3 de estas Condiciones Generales y las prestaciones en ellas señaladas, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el Contratante puede optar por una o más de ellas, las cuales se dejan expresamente establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurado podrá solicitar los reembolsos o los pagos de los gastos médicos que correspondan o la provisión de los Medicamentos por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, siempre que haya transcurrido el período de Carencia señalado en las Condiciones Particulares.

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

En caso que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca una Franquicia, la Compañía reembolsará o pagará los gastos o dispondrá los Medicamentos si éstos exceden el monto de la Franquicia estipulada, cuyo monto y forma de aplicar se indican en las Condiciones Particulares de la póliza.

La determinación del monto a reembolsar o pagar cuando corresponda, siempre se calculará sobre los gastos efectivamente incurridos por el Asegurado, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se defina un porcentaje de Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BM). En tal caso, el monto de gastos efectivamente incurridos se determina como el menor monto entre el valor de la prestación menos el equivalente al porcentaje de Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BM) y el valor reclamado.

Para los efectos del pago directo al Prestador de Salud, el Asegurado deberá otorgar autorización o mandato a la Compañía, 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 la información sobre su salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas, en su caso. Estas autorizaciones podrán estar contempladas en las propuestas de seguro, en el denuncio de siniestro o en otro documento que forme parte de ella, tal como la declaración personal de salud, en su caso.

ARTÍCULO 3: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.

Las coberturas de este contrato de seguro son las siguientes:

A) COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN.

B) COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIOS.

C) COBERTURA DE GASTOS POR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS.

El Contratante podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, en las cuales se establecerán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso para cada gasto incluido en estas coberturas.

A) COBERTURA DE GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN.

La Compañía reembolsará o pagará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado, 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 de reembolso definidos para cada prestación incluida en esta cobertura y que se encuentran expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, a consecuencia de una Hospitalización. Se entiende por Hospitalización aquella definida en el Artículo 5, numeral 25.

El Contratante podrá contratar esta cobertura para cubrir los gastos asociados a una o más de las siguientes prestaciones, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares:

a) DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN: Gasto diario por servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al Asegurado durante su Hospitalización.

b) SERVICIOS HOSPITALARIOS: Gastos por concepto de servicios del Hospital no incluidos en DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN, tales como: salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo, coronario y/o intermedio, recuperación u observación; Exámenes de Laboratorio, imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, Insumos y Medicamentos; excluyendo aquellos necesarios para el tratamiento del cáncer, otros gastos suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el Médico tratante durante la Hospitalización como necesarios para el tratamiento de la Enfermedad, Lesión o situación de salud cubierta por la póliza.

c) HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: Honorarios de los profesionales médicos y paramédicos que participen en una intervención quirúrgica efectuada a un Asegurado hospitalizado.

d) 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 durante su estadía como paciente hospitalizado.

e) MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, bajo este ítem se reembolsarán los Medicamentos debidamente autorizados por el Instituto de Salud Pública y materiales clínicos por tratamiento de cáncer prescritos por el Médico tratante durante la Hospitalización.

f) CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, se reembolsarán gastos directamente asociados al tratamiento de lesiones provenientes de un Accidente a los dientes naturales, efectuado por un Médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al Accidente y que esta cobertura esté vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.

g) SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERÍA: Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la Hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante, adicional al contemplado en la definición de Día Cama Hospitalización.

h) CIRUGÍA AMBULATORIA: Es aquella cirugía que requiera el Asegurado si sufriera alguna Enfermedad, Lesión o situación de salud cubierta por la póliza, sin necesidad de ser hospitalizado o, de requerir ser hospitalizado. La Compañía podrá establecer porcentajes de reembolso y topes diferenciados por tipo de cirugía, lo cual deberá quedar expresamente señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) PRÓTESIS QUIRÚRGICAS: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de prótesis fijas o removibles requeridas a consecuencia de una intervención quirúrgica. Quedan excluidas de la

cobertura de esta póliza las prótesis maxilofaciales. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

j) HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: Es una alternativa a la Hospitalización tradicional en un Hospital o clínica. Las atenciones brindadas al paciente deben corresponder a aquellas que habría recibido de haberse encontrado en un establecimiento hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, en atención a lo exigido por su estado de salud y a que las atenciones estén indicadas y controladas por un Médico tratante. Las prestaciones se reembolsarán de acuerdo con el porcentaje y tope señalados en el Cuadro de Coberturas indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, previa presentación del informe del Médico tratante.

k) HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto de consultas y tratamientos hospitalarios, como asimismo los Medicamentos que se reciban durante la Hospitalización. El gasto se liquidará bajo esta cobertura según el porcentaje de reembolso o pago y hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

l) TRASLADOS MÉDICOS: Si esta cobertura está expresamente indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía reembolsará o pagará los gastos efectivamente incurridos por concepto del servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al Asegurado desde y hacia un Hospital local, dentro de un radio urbano.

m) CIRUGÍAS RESTRINGIDAS: La Compañía podrá limitar la cobertura a otorgar a determinadas cirugías, las cuales serán indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, señalando además las condiciones y requisitos a cumplir para gozar de cobertura por la póliza.

n) MATERNIDAD: Si se contrata expresamente esta cobertura, la Compañía reembolsará o pagará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por la Asegurada Titular o Asegurada Dependiente cónyuge y por el recién nacido, en complemento de lo que cubra su sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, según lo señalado en estas Condiciones Generales, provenientes de una Hospitalización a consecuencia de un embarazo, parto y nacimiento.

Para que la Asegurada Titular o Asegurada Dependiente cónyuge tenga derecho a este beneficio, la fecha probable de inicio del embarazo debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el Asegurado que se aplica. Para los efectos de la cobertura de esta póliza, la fecha probable de inicio del embarazo será aquella que se determine en base al informe del examen de imagenología obstétrico practicado a la Asegurada. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo según se describe en la presente cláusula.

Sin perjuicio de los límites definidos para esta cobertura en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea, aborto involuntario e interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el Asegurado Titular o su cónyuge asegurada y el recién nacido, hasta el tercer día de Hospitalización en caso de parto normal, aborto involuntario e interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley, y hasta el quinto día de Hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario o interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley, según corresponda. Los gastos médicos en que incurra el Asegurado Titular o su cónyuge asegurada, más allá del plazo de Hospitalización indicado precedentemente, serán reembolsados bajo el ítem Complicaciones del Parto, si correspondiese según la definición de este concepto que se indica en la presente póliza. Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido posteriores al tercer o quinto día según el tipo de parto que corresponda, podrán tener cobertura, sólo si éste tiene la calidad de Asegurado a la fecha de la prestación médica y el parto haya sido cubierto por la presente póliza.

No obstante lo anterior, para la Asegurada Titular o Asegurada Dependiente cónyuge cuyo inicio de embarazo es anterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura, ésta será en base a novenos. Con esto, el inicio de vigencia del recién nacido será a contar del día 14 de la fecha de nacimiento.

En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se indicarán los términos, porcentajes, límites y topes de reembolsos, para cada uno de los siguientes ítems: i) Parto normal; ii) Cesárea; iii) Aborto involuntario; iv) Complicaciones del Embarazo; v) Complicaciones del Parto; vi) Interrupción voluntaria del embarazo en casos autorizados por ley.

Los gastos médicos susceptibles de ser reembolsados bajo esta cobertura, son aquellos señalados en las letras a), b), c) y d) anteriores, los cuales se reembolsarán en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso señalados para cada ítem incluido en esta cobertura y detallados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta cobertura es sólo para la Asegurada Titular o Asegurada Dependiente cónyuge, quedando excluida para las Aseguradas Dependientes hijas esta cobertura y todos los Gastos Ambulatorios y hospitalarios asociados a los ítems de esta cobertura.

B) COBERTURA DE GASTOS AMBULATORIOS.

Si se contrata esta cobertura, la Compañía reembolsará o pagará los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por el Asegurado, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin Hospitalización y no realizadas en servicio de urgencias, efectuadas o prescritas por un Médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, bienestar u otro seguro o convenio, en los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso definidos para cada prestación incluida en esta cobertura y que se encuentran expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

El Contratante podrá contratar esta cobertura para cubrir los gastos asociados a una o más de las siguientes prestaciones, las que deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares:

a) Consultas de Medicina General y de Especialidad, a excepción de Teleconsulta, Consultas de Psiquiatría, Consultas de Psicología.

b) Teleconsulta.

c) Consultas Médicas de Psiquiatría.

d) Consultas Médicas de Psicología. Para su reembolso, constituye requisito la presentación de la orden de derivación del Médico tratante.

e) Exámenes de Laboratorio.

f) Exámenes de Imagenología.

g) Exámenes de Medicina Nuclear.

h) Procedimientos de Diagnósticos No Quirúrgicos, excluye sala de procedimiento y medicamentos.

i) Procedimientos Terapéuticos No Quirúrgicos, excluyendo kinesiología, sala de procedimiento y medicamentos.

j) Kinesiología.

k) Telerehabilitación.

l) Prótesis y Órtesis, excluyendo prótesis quirúrgicas.

m) Prótesis quirúrgica o endoprótesis.

n) Gastos por Óptica.

o) Terapia Ocupacional, para los efectos de estas prestaciones, constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del Médico tratante.

p) Fonoaudiología, para los efectos de estas prestaciones constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del Médico tratante.

q) Consulta Nutricionista, para los efectos de estas prestaciones constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del Médico tratante.

C) COBERTURA DE GASTOS POR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS.

Bajo esta cobertura la Compañía proveerá al Asegurado los Medicamentos ambulatorios recetados por su Médico tratante durante el periodo de vigencia de este contrato de seguro, en las dosis establecidas por éste, o bien, a su opción, reembolsará el costo de los mismos al Asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, bienestar u otras instituciones, de acuerdo a los porcentajes, límites, Deducibles y topes de reembolso o pago establecidos para cada una de las categorías de Medicamentos definidas para esta cobertura, que deberán quedar indicadas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los Medicamentos ambulatorios susceptibles de ser proveídos o bien, reembolsados por la Compañía serán sólo aquellos que el Asegurado deba consumir durante el periodo de su vigencia en la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el Médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los Medicamentos.

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

a) Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes: Se entienden incluidos en esta categoría los Medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo o productos farmacéuticos que han demostrado mediante estudios científicos que producen el mismo efecto terapéutico que un remedio original y que han sido certificados como tales en el Instituto de Salud Pública de Chile o el organismo que le reemplace en el futuro.

b) Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes: 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.

c) 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.

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

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

(i) Se realizará a través de las cadenas de farmacias que se señalen en las Condiciones Particulares de la póliza, las cuales proveerán los Medicamentos a los Asegurados como mandante de la Compañía y bajo los términos y condiciones de la póliza contratada, previo pago del Deducible o estructura de copago, según corresponda.

(ii) La Compañía no será responsable de la existencia de stock de los Medicamentos recetados en dichas cadenas de farmacia, en cuyo caso el Asegurado podrá adquirirlos en otras farmacias y solicitar su reembolso directamente con la Compañía.

ARTÍCULO 4: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS.

Sin perjuicio de los términos, porcentajes, límites y topes de reembolso que puedan establecerse en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, el presente contrato de seguro contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

a) En aquellos casos en que el Asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, sólo se cubrirá el porcentaje de los gastos efectivamente incurridos y susceptibles de ser reembolsados y hasta los topes que se indican para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

b) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con un monto convenido en un Arancel y 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 determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso y topes que se indican para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

c) 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 un monto convenido en un Arancel en conformidad al plan o contrato de salud previsional contratado en tales instituciones, por cualquier causa que sea, la Compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso y topes que se indican para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

d) En aquellos casos en que el Asegurado esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados cuenten con una bonificación que resulte menor al porcentaje exigido de Bonificación Mínima del Sistema Previsional de Salud (BM) indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía determinará los gastos susceptibles de ser reembolsados y sobre ellos aplicará el porcentaje de reembolso y topes que se indican para estos efectos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza.

e) En el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de la póliza, se podrán establecer términos, porcentajes, límites y topes de reembolso diferenciando por el sistema de salud previsional al que el Asegurado se encuentre afiliado, el plan contratado en este último, el Prestador de Salud que originó el

gasto y/o cualquier otro concepto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

ARTÍCULO 5: DEFINICIONES.

Para los efectos de este seguro, las siguientes expresiones tendrán el significado que se indica a continuación:

1) ACCIDENTE: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, debidamente acreditado, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el 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. Asimismo, 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 ataques cardíacos, ataques epilépticos, Enfermedades vasculares, accidente vascular encefálico, accidente vascular periférico, derrame cerebral, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas, o cualesquiera 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.

2) ARANCEL: Corresponde a la lista de prestaciones médicas valorizadas por un Prestador de Salud convenidas con un sistema de salud previsional o establecidas por la Compañía.

3) ASEGURADO: Es toda persona natural a quien afecta el riesgo que se transfiere a la Compañía y que, habiendo sido debidamente aceptada como tal por la Compañía, está habilitada para requerir la cobertura otorgada por esta póliza. El Asegurado puede revestir las siguientes calidades:

(i) Asegurado Titular: Es la persona que habiendo solicitado su incorporación ha sido aceptada por la Compañía, tiene la calidad de Asegurado Titular de la póliza y se encuentra individualizado en las Condiciones Particulares del seguro. El Asegurado Titular será el Contratante de la póliza a menos que se detalle lo contrario en las Condiciones Particulares del seguro.

(ii) Asegurados Dependientes: Pueden ser Asegurados Dependientes los integrantes del grupo familiar del Asegurado Titular o aquellos especificados en las Condiciones Particulares de la póliza. Estos Asegurados deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y encontrarse señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza.

Las categorías de Asegurados Dependientes que consten en las Condiciones Particulares podrán contemplar condiciones y requisitos excluyentes entre éstos.

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

4) BONIFICACIÓN MÍNIMA DEL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD (BM): Las prestaciones deberán contar con una bonificación mínima del sistema de salud previsional del Asegurado, la cual no puede ser inferior al porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de que no se cumpla con la bonificación mínima establecida, al valor de las prestaciones reembolsadas por el sistema de salud previsional se les aplicará el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares para determinar el

monto sobre el cual se aplicará la bonificación del seguro. Se podrá establecer un BM para cada una de las coberturas contratadas, prestaciones o grupos de prestaciones cubiertas, o Prestadores de Salud, o por el sistema de salud previsional del Asegurado.

5) CARENCIA: Es el periodo de tiempo establecido en las Condiciones Particulares, contado desde el inicio de la vigencia de esta póliza o de la incorporación de los Asegurados a ella, durante el cual no están cubiertas las Enfermedades, Lesiones o situaciones de salud, en su caso, ocurridas al Asegurado. La Compañía no indemnizará los gastos incurridos por el Asegurado, originados con ocasión de una Enfermedad, Lesión o situación de salud ocurrida en ese período. Se podrán establecer períodos diferenciados de Carencia por cobertura o Enfermedad que origine el gasto médico.

6) COMPAÑÍA: Es la entidad aseguradora que toma de su cuenta el riesgo del Asegurado en virtud de la póliza contratada.

7) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Corresponden a todas aquellas Enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste. Se considerarán bajo esta definición, entre otras, las siguientes Enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

8) COMPLICACIONES DEL PARTO: Para estos efectos se entenderá por tal a todas aquellas Enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como presentaciones del feto distócicas, hemorragias post parto, inercia uterina, inserciones placentarias anómalas, corioamnionitis y endometritis, entre otras.

9) CONTRATANTE: Es la persona que suscribe este contrato con la Compañía, asumiendo las obligaciones que se deriven del mismo y cuya individualización se indica expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

10) CUADRO DE COBERTURAS: Corresponde al detalle de todos los beneficios, servicios o prestaciones que otorga la póliza y se entiende forman parte integrante de la misma, que se encuentra en las Condiciones Particulares.

11) DEDUCIBLE: Es la estipulación por la que la Compañía y Asegurado acuerdan en que este último soportará a todo evento hasta el monto de la pérdida que se hubiera pactado. Para los efectos de esta póliza corresponderá al monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del Asegurado, y cuyo monto y Período de Acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. El Deducible se aplicará por cada Asegurado, por grupo u otra forma señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

12) 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 deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores relacionadas a una Enfermedad o asociadas a la misma familia de Enfermedades se considerarán como una misma Enfermedad. Las Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma Enfermedad. Todas las Enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas, o a Enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma Enfermedad. No se consideran como Enfermedad aquellas afecciones corporales autoprovocadas intencionalmente por el Asegurado.

13) ENFERMEDAD O LESIÓN PREEXISTENTE: Aquellas Enfermedades, incapacidades, dolencias, Lesiones o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de contratación o incorporación a esta póliza según corresponda.

14) EXÁMENES DE LABORATORIO: Es la exploración complementaria solicitada al laboratorio clínico por un Médico para confirmar o descartar un diagnóstico.

15) EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA: Es el conjunto de técnicas y procedimientos usados para crear imágenes del cuerpo humano o partes de él, con propósitos clínicos y diagnósticos. Incluye exámenes de radiografías, ultrasonografías, tomografías y scanners.

16) EXÁMENES DE MEDICINA NUCLEAR: Rama de la medicina que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo atómico y técnicas biofísicas afines, para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

17) FRANQUICIA: Estipulación por la que la Compañía y Asegurado acuerdan que aquélla soportará la totalidad del gasto o del costo cuando éste exceda del monto que se hubiere pactado. El monto de la Franquicia para cada siniestro será establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

18) GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos incurridos por el Asegurado a causa del tratamiento de una Enfermedad, Lesión o situación de salud, que no requiere de su internación en un Hospital ni la utilización de un día completo de servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en los términos descritos en la definición de Hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.

19) GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN: Son aquellos gastos provenientes de prestaciones realizadas al Asegurado durante una Hospitalización prescrita por un Médico.

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

21) GASTOS POR ÓPTICA: Incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un 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 la fatiga visual (V.D.T).

22) 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.

23) HOSPITALIZACIÓN: Es 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.

24) 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.

25) 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.

26) 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. Para efecto de esta póliza, todas las Lesiones que existan simultáneamente debidas al mismo Accidente serán consideradas como relacionadas a éste.

27) 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.

28) MÉDICO: Es la persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana, calificada para efectuar el tratamiento alópata requerido y que posee título de Médico cirujano otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile de acuerdo a lo dispuesto en el Código Sanitario o por la autoridad de salud extranjera respectiva si la prestación o gasto médico se produjo fuera de Chile.

29) PERÍODO DE ACUMULACIÓN: Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del Deducible y el monto máximo de reembolso, el cual deberá estar especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

30) PRESTADOR DE SALUD: Son establecimientos médicos públicos o privados y médicos que otorgan servicios o acciones de salud.

31) PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados directamente por un Médico cirujano para identificar una Enfermedad, Lesión o situación de salud.

32) PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS: Aquellos procedimientos efectuados o supervisados por un Médico cirujano para tratar una Enfermedad, Lesión o situación de salud.

33) PRÓTESIS Y ÓRTESIS: Comprende a aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un miembro, órgano o parte de éstos y los dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial.

34) PRÓTESIS QUIRÚRGICA: Corresponde a una Prótesis que requiere de una cirugía para su colocación. Reemplaza una parte anatómica y no puede ser retirada y colocada por el paciente. Se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial.

35) TELECONSULTA: Corresponde a una atención a distancia realizada a través de tecnologías de la

información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un Médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

36) TELEREHABILITACIÓN: Servicios de rehabilitación mediante tecnologías de información y comunicación digital. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación, como evaluación, monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejerías, se realiza de manera sincrónica con el Asegurado.

ARTÍCULO 6: MONTO MÁXIMO DE REEMBOLSO.

La Compañía sólo reembolsará o pagará hasta el monto máximo por Período de Acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos a causa de una o más Enfermedades, Lesiones o situaciones de salud por el Asegurado, por su grupo familiar o por una combinación de éstos.

ARTÍCULO 7: NO DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS.

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, Medicamentos provistos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los montos máximos contratados por las prestaciones señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Contratante o el Asegurado tendrá la obligación de informar a la Compañía de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna institución de salud previsional, pública o privada.

Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el Asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, Seguro Individual Obligatorio Covid-19 establecido por la Ley 21.342, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas, o las prestaciones cubiertas con los excedentes previsionales, así como cualquier cobertura obligatoria determinada por ley que se encuentre vigente al momento del siniestro.

ARTÍCULO 8: PLURALIDAD DE SEGUROS.

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

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

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

ARTÍCULO 9: EXCLUSIONES.

La cobertura otorgada en virtud de este contrato de seguro no cubre los gastos médicos que no tengan como causa una Enfermedad, Lesión o situación de salud. Asimismo, a menos que se otorgue cobertura

expresa y específicamente en las Condiciones Particulares de la póliza, la cobertura otorgada en virtud de 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) Enfermedades o Lesiones Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a Enfermedades, Lesiones o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, en el proceso de contratación del seguro o de incorporación de un Asegurado, según sea el caso, la Compañía estará obligada a preguntar al Asegurado acerca de todas aquellas situaciones o Enfermedades Preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares de la póliza se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, y haberlo consentido éste mediante declaración especial firmada, la que formará parte integrante de la póliza.

b) Hospitalización, rehabilitación, consultas, exámenes y 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 voluntarios no autorizados por ley.

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 por obesidad o sobrepeso, 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, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento, así como también Antagonistas LH y RH.

iii. Cirugía ocular correctiva (Cirugía Lásik u otra equivalente) 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.

vi. Tratamientos para adelgazar, por sobrepeso o por obesidad.

j) Lesión, Enfermedad o situación de salud 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, por parte de cualquier persona o grupo, 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 tratamientos dentales en general, como también todo tipo de cirugía maxilofacial, a excepción de la necesaria a raíz de un Accidente ocurrido durante la vigencia del Asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.

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 Enfermedad o Lesión, 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 o procedimiento.

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.

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. Asimismo, se excluye la práctica como deportista profesional de alto rendimiento según la ley vigente.

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 Coberturas detallado en las Condiciones Particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales para otorgar cobertura, deberán contar con la aprobación de la Compañía.

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

ARTÍCULO 10: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA.

La Compañía podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo 9 del presente contrato,

con un pago de extra prima, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO 11: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado estará obligado a: (i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; (ii) pagar la prima en la forma y época pactadas; y, (iii) demás obligaciones establecidas en el Código de Comercio. Si el Contratante y el Asegurado son personas distintas, corresponde al Contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ARTÍCULO 12: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO.

En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas por la normativa legal y administrativa vigente. Dado lo anterior, el Asegurado deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos al momento de la contratación de esta póliza, o de su incorporación a ésta cuando corresponda, respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente, describiendo las Enfermedades Preexistentes y sometiéndose a los exámenes médicos que le sean requeridos.

Si el siniestro no se ha producido, y el Contratante y/o Asegurado, según corresponda, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, la Compañía podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el Contratante rechaza la proposición de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

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

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

ARTÍCULO 13: INDISPUTABILIDAD.

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

ARTÍCULO 14: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS.

Podrán incorporarse durante la vigencia de la póliza nuevos Asegurados Dependientes, quienes deberán acreditar a satisfacción de la Compañía el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad exigidos por la póliza y la suscripción de las declaraciones y propuestas respectivas. Aceptada su incorporación por parte de la Compañía la vigencia de las coberturas se iniciará en la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 15: PRIMA Y EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA.

a) Pago de la Prima. El Contratante deberá pagar la prima en la forma y en los lugares que la Compañía designe, dentro de los plazos y periodicidad que se estipule para tales efectos en las Condiciones Particulares de la póliza. El pago podrá hacerse también mediante cargos automáticos o según otras modalidades de pago que la Compañía 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.

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

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

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 ante un siniestro, que ocurra después de la fecha de término del contrato de seguro, por falta de pago de prima.

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

c) Término Anticipado del Contrato. Producido el no pago de la prima en la fecha estipulada o al vencimiento del Plazo de Gracia fijado en la letra anterior, se producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de quince (15) días contado desde la notificación que, conforme al Artículo 22 de estas Condiciones Generales, dirija la Compañía al Contratante y dará derecho a aquélla para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato. Dicha terminación no aplicará en caso que el Contratante pague la prima antes del plazo señalado previamente. La circunstancia de haber recibido el pago de todo o parte de la prima atrasada, o de haber desistido de la resolución, no significará que la Compañía 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 de la Compañía por los siniestros posteriores, cesará en pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTÍCULO 16: DENUNCIA DE SINIESTRO.

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, o existiendo el requerimiento de la provisión de un Medicamento ambulatorio cubierto por el seguro, el Asegurado deberá informar a la Compañía en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de emisión de los documentos que den cuenta del gasto médico de cargo del Asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza. Con todo, en caso de no renovación de la póliza, el plazo de aviso de siniestros no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza.

El aviso de siniestro deberá efectuarse por medio del formulario que la Compañía dispondrá para estos efectos, el que deberá completarse con la información que en él se exija.

ARTÍCULO 17: REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO.

Constituye requisito para cualquier reembolso o pago de los gastos médicos por parte de la Compañía:

a) La entrega oportuna a la Compañía del formulario dispuesto por ésta, 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 a su afiliación a alguna institución previsional, pública o privada, que contemple algún aporte, indemnización, reembolso o bonificación, a favor del Asegurado, efectuado o por efectuar, respecto de los gastos susceptibles de ser reembolsados o pagados, o de cualquier otra institución que otorgue iguales beneficios o coberturas médicas, como también otros seguros que cubran la totalidad o parte de los gastos cubiertos por la presente póliza.

c) La entrega a la Compañía de los originales de recibos, boletas y facturas cuando corresponda, bono original copia afiliado, copia de órdenes de atención, copia de 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 instituciones o entidades, públicas o privadas, a las que pertenezca el Asegurado, y que otorguen beneficios médicos o prestaciones económicas al Asegurado.

d) Para obtener el reembolso de gastos médicos o la provisión de Medicamentos bajo la Cobertura de Medicamentos Ambulatorios, el Asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida a la fecha de adquisición de los Medicamentos, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:

i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de Medicamentos.

ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a treinta (30) días de la fecha de aviso de siniestro.

iii. Nombre del Asegurado que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el Médico que prescribe.

iv. Nombre del Medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.

v. Nombre, Rut y Firma del Médico que emite la receta.

El Asegurado está obligado a acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y por ello debe proporcionar a la Compañía 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, para establecer el origen de los gastos reembolsables. 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.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la Compañía no estará obligada a efectuar reembolso o pago alguno de gastos ni provisión de Medicamentos según corresponda.

ARTÍCULO 18: PAGO DE SINIESTRO.

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

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa la Compañía, sin perjuicio del derecho del

Asegurado de solicitar el nombramiento de un liquidador externo en la forma y oportunidad señalada en el D.S. N° 1055 de 2012, de Hacienda, que establece el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros.

El pago de la indemnización se efectuará a través de la forma y medios que la Compañía ponga a disposición para tal efecto.

En caso que los gastos o costos cuya devolución o pago 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 el procedimiento establecido en el Titulo II de la Ley N° 18.010.

El reembolso de los gastos se efectuará por la Compañía, cuando corresponda, a nombre del Asegurado Titular del seguro. En el evento que el Asegurado Titular hubiese fallecido antes de solicitar el reembolso, el mismo se pagará a quién acredite haber realizado los gastos reembolsables.

Queda expresamente establecido que el Asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que la Compañía estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable. En tal sentido, el Asegurado deberá requerir o autorizar a la Compañía para que solicite en su nombre, de sus Médicos tratantes y/o Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile, los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación de los gastos reembolsables.

ARTÍCULO 19: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro entrará en vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, tendrá la duración señalada en las mismas Condiciones Particulares y podrá ser renovada por el lapso, condiciones y prima acordada con el Contratante.

En cada renovación de la póliza, la Compañía podrá establecer nuevas primas y condiciones de renovación para el siguiente período, en cuyo caso la renovación de la póliza estará condicionada a la aceptación expresa del Contratante a las nuevas primas y condiciones de renovación. Las nuevas primas y condiciones serán comunicadas por escrito al Contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días corridos a la fecha de renovación. En caso de aceptación de las condiciones de renovación, el Contratante deberá manifestarlo en la forma dispuesta en el Artículo 22 de estas Condiciones Generales. En caso de pactarse su renovación automática ella se verificará por períodos iguales y sucesivos, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario comunicándolo en la forma establecida en el Artículo 22 de estas Condiciones Generales, con una anticipación de, a lo menos, treinta (30) días corridos a la fecha de vencimiento de la póliza.

Si así se estipulare en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto de la prima podrá ser ajustado por la Compañía en caso de renovación automática de la póliza de acuerdo a la tabla de primas por rango de edad o metodología definida por las partes que contenga factores o elementos que, aplicados a una operación aritmética, permita determinar un nuevo valor de prima.

Asimismo, se deja expresa constancia que la Compañía se reserva el derecho de no renovar esta póliza o cobertura, para lo cual enviará una comunicación por escrito al Contratante con una anticipación de a lo menos treinta (30) días a la fecha de terminación.

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

ARTÍCULO 20: CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL.

En caso de verificarse algún cambio de circunstancia o alguna modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, que altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada o proponer en cualquier momento al Contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el Contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato.

Se entenderá como cambio de circunstancia o alguna modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, que afecta significativamente la cobertura del seguro, aquella que genere alguna de las siguientes situaciones o efectos:

(a) En caso de cualquier hecho o circunstancia que altere sustancialmente la cobertura previsional pública o privada del Asegurado afectando la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, tal como una disminución de los planes de salud previsional del Asegurado, en un porcentaje igual o mayor de aquel que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

(b) En caso de que el porcentaje de los afiliados al sistema de salud previsional privado (ISAPRES), a nivel nacional, disminuya en un porcentaje mayor al señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

(c) Imposición legal, administrativa o proveniente de cualquier otra autoridad competente, sobreviniente, que implique la aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa: el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad o cambios en las prestaciones cubiertas.

(d) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional del Asegurado.

(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 las Condiciones Particulares del seguro.

ARTÍCULO 21: TERMINACIÓN ANTICIPADA.

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

Sin perjuicio de lo anterior, se producirá la terminación anticipada para todos los Asegurados incorporados en él, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

a) A la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular;

b) En caso que el Asegurado Titular cumpla la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la póliza;

c) Cuando no se efectúe el pago de la prima de la póliza y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el Artículo 15 precedente;

d) En caso que la moneda de la póliza dejare de existir y el Contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la Compañía, según lo establecido en el Artículo 23 siguiente;

e) En caso de verificarse cualquiera de las causales establecidas en el Artículo 20 de estas Condiciones Generales, o cuando el Contratante no acepte o no de respuesta a las nuevas condiciones de cobertura y prima propuestas por la Compañía en el plazo respectivo;

f) Cuando cualquiera de los Asegurados hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el Artículo 12 de estas Condiciones Generales.

En el caso de término anticipado del contrato por las causales descritas en las letras d) y e) de este artículo, la Compañía, conforme al Artículo 22 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 de toda obligación y responsabilidad derivada del contrato de seguro una vez que éste haya terminado.

Asimismo, la cobertura que otorga este contrato de seguro terminará respecto de un Asegurado Dependiente, cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

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

b) A la fecha de fallecimiento;

c) En caso que el Asegurado Dependiente cumpla la edad máxima de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la póliza;

d) Cuando el Contratante o Asegurado Titular lo elimine de la póliza mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía;

e) Por no pago de prima correspondiente al Asegurado Dependiente, en los términos señalados en el Artículo 15 precedente.

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

A su turno, el Asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo a la Compañía en la forma establecida en el Artículo 22 siguiente.

ARTÍCULO 22: COMUNICACIÓN.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía, el Contratante y/o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito, mediante correo electrónico, carta cuyo despacho sea debidamente certificado u otro medio de contacto fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al domicilio o dirección de correo electrónico que el Contratante o Asegurado haya informado para estos efectos a la Compañía, en caso que corresponda, ya sea en la propuesta de seguro, en las Condiciones Particulares o en el denuncio de siniestro si procede.

ARTÍCULO 23: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO.

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

El valor de la moneda extranjera, Unidad de Fomento o de la unidad reajustable señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, que se considerará para el pago de las primas e indemnizaciones, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la moneda o unidad estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el Contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la Compañía dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá el término anticipado de la póliza, conforme lo establecido en el Artículo 21 de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 24: ARBITRAJE.

Cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado, el Contratante o el beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficiencia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa.

Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En las disputas entre el Asegurado y la Compañía 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.

No obstante, lo estipulado precedentemente, el Contratante o el Asegurado, según corresponda, podrán, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía 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 Nº 251, de Hacienda, de 1931.

ARTÍCULO 25: 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 26: CLÁUSULAS ADICIONALES.

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