

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO COMPLEMENTARIO INDIVIDUAL

Seguro:	Complementario Salud Individual
Moneda póliza:	Unidad de fomento
Periodicidad del pago:	Mensual
Vigencia:	Anual Renovable

ASEGURADO TITULAR

Pueden ser Asegurados Titulares aquellas personas naturales afiliados a Isapre o Fonasa, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en estas Condiciones Particulares y que han sido aceptadas por la Compañía.

El Asegurado titular podrá permanecer amparado por la cobertura que otorga esta póliza hasta cumplir los 64 años de edad. El cónyuge, conviviente civil, hijos(as) tendrán la calidad de asegurados dependientes. Sólo se tendrá la calidad de asegurados de la póliza cuando la Compañía Aseguradora apruebe su incorporación al seguro, sin perjuicio de poder establecer restricciones o limitaciones especiales de cobertura.

El Asegurado Titular para efectos de esta póliza será el mismo Contratante, quien autoriza a la Compañía a realizar las notificaciones asociadas a esta póliza al correo electrónico informado al momento de la contratación del presente seguro.

ASEGURADOS DEPENDIENTES

Según lo dispuesto en el Artículo 2 "Coberturas" de las Condiciones Generales de la POL 3 2020 0059, podrán tener la calidad de asegurado dependiente cónyuge, conviviente civil, hijos(as) que cumplan con los requisitos de asegurabilidad descritos en estas Condiciones Particulares.

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

BENEFICIARIOS

Respecto de los asegurados del seguro, el reembolso de los gastos médicos bajo esta póliza será pagado al Asegurado Titular. En caso de fallecer el Asegurado Titular antes del pago del siniestro, y cuando ello corresponda, el monto asegurado será pagado a la sucesión del asegurado titular.

¿CUÁNTO CUBRE?

Serán reembolsados los gastos médicos incurridos por cada asegurado, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional. Se entregará cobertura según lo establecido en el siguiente cuadro:

Tipo de prestación	Si el reembolso previo al seguro es $\geq 50\%$, el seguro paga el % indicado en esta tabla sobre el copago	Si el reembolso previo al seguro es $< 50\%$, el seguro paga el % indicado en esta tabla sobre el costo de la prestación	Tope Anual, en UF por asegurado
Gasto Hospitalario			
Día cama hospitalario (tope UF 3 por día)	70%	35%	UF 100
Otros gastos hospitalarios			
Gastos de Maternidad			
Parto normal, cesárea y aborto no provocado	70%	35%	UF 25
Gastos ambulatorios y otras coberturas			
Radioterapia, quimioterapia, diálisis	70%	35%	UF 100
Medicamentos oncológicos	70%		
Consultas, exámenes y otras coberturas	70%	35%	UF 10
Cristales, marcos y lentes de contacto (tope UF 3)	70%	35%	
Otros medicamentos	50%		
Cobertura en el extranjero			
Máximo anual	UF 20		

Se establecen topes anuales por asegurado y tipo de prestación.

Los porcentajes de reembolso y topes anuales en UF se aplicarán sobre la diferencia entre el costo de la prestación y la cobertura de Isapre o Fonasa del asegurado. En caso de medicamentos ambulatorios, el % de reembolso se

aplicará sobre el costo incurrido por el asegurado. No tendrán cobertura prestaciones o gastos que no hayan sido cubiertos previamente por Isapre o Fonasa.

Se realizarán reembolsos una vez superado el deducible.

En caso de atención de salud en el extranjero, por alguna de las prestaciones indicadas en el cuadro de coberturas, se realizará una indemnización del 100% del copago, posterior al reembolso de su sistema previsional de salud con un máximo anual de UF 20.

Aun cuando no sean cubiertas por el sistema de salud, si tendrán cobertura las 1) Consultas Psiquiátricas 2) Consultas de Psicología 3) Cristales, marcos y lentes de contacto 4) Prótesis y órtesis y 5) Cirugía lasik para miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares. Lo anterior se considera dentro de las prestaciones "Consultas, exámenes y otras coberturas".

La Cobertura de Maternidad sólo es aplicable para titular, cónyuge, conviviente civil con fecha probable de inicio de embarazo posterior a la fecha de contratación del seguro.

El Monto máximo a cubrir a cada asegurado serán UF 255 por la vigencia anual de la póliza.

No se cubrirán enfermedades preexistentes, gastos asociados, secuelas y complicaciones. Se entiende por enfermedad preexistente, cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la Compañía Aseguradora para el respectivo beneficio que ampararía el gasto en conformidad a esta póliza.

COBERTURA A TRAVÉS DE I-MED

Este seguro operará con cobertura vía I-Med para las prestaciones ambulatorias indicadas en el cuadro de coberturas.

Queda expresamente establecido que la aplicación de este seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de este seguro.

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

DEDUCIBLE DEL SEGURO

El deducible será anual y se calculará y aplicará al inicio de cada vigencia de la póliza sobre cada prestación de salud en la que incurra el o los asegurados hasta consumir el monto de éste. Una vez renovada la póliza, el deducible será rehabilitado por una nueva vigencia.

Seguro	Deducible por grupo familiar
Complementario de Salud Individual	UF 2

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA ESTAR ASEGURADO?

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

1. Requisitos de Ingreso y Permanencia

Tabla de edades para el ingreso y permanencia al seguro:

Tipos de asegurado	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Titular	18 años	59 años	64 años
Cónyuge, Conviviente Civil	18 años	59 años	64 años
Hijos(as)	Desde 14 días de nacido	18 años o hasta los 24 años siempre que dependa económicamente del Contratante Titular	64 años

2. Todos los asegurados deberán completar el formulario de “Solicitud de Incorporación” al seguro y la Declaración Personal de Salud (DPS). La Compañía Aseguradora evaluará el ingreso a la póliza de aquellas personas que presenten enfermedades o situaciones preexistentes o congénitas, pudiendo rechazar el riesgo o establecer restricciones y limitaciones de cobertura.
3. La Póliza no cubre situaciones y enfermedades preexistentes que, conforme a la Declaración Personal de Salud del Asegurado, la Compañía haya excluido de la cobertura y hayan sido aceptadas por el asegurado mediante una declaración especial.
4. La Compañía se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes para la evaluación del riesgo en aquellos casos que estime necesario y conveniente. Cualquier requerimiento de antecedentes efectuado por la Compañía Aseguradora a un asegurable, deberá ser presentado dentro de un plazo de 60 (sesenta) días contados desde la fecha del requerimiento. Si transcurrido este plazo no se ha presentado a la Compañía los antecedentes solicitados, se entenderá como desistida la solicitud de incorporación al seguro.
5. Los asegurables tendrán la calidad de asegurados de la póliza, sólo cuando la Compañía Aseguradora apruebe la Solicitud de Incorporación, y el asegurado haya suscrito la declaración especial relativa a las preexistencias, cuando corresponda.
6. Respecto de la edad máxima de permanencia de un asegurado, el término de la vigencia se hará el último día del mes en que cumpla dicha edad.
7. Si un Asegurado Titular deseara incorporar a nuevos asegurados dependientes, deberá solicitarlo a la

Compañía de Seguros y suscribir para estos efectos una Declaración Personal de Salud por cada uno de ellos. Los nuevos asegurados dependientes, tendrán inicio de vigencia a contar del mes siguiente, de acuerdo a la vigencia de su póliza, siempre y cuando cuente con la aprobación de la Compañía respecto de la solicitud correspondiente.

8. Es condición de asegurabilidad estar afiliado a Isapre o Fonasa. No se consideran instituciones tales como Capredena, Dipreca, Servicios de Bienestar y otros que entreguen coberturas a gastos médicos de salud, distintas a Isapre o Fonasa. El asegurado deberá informar a la compañía en caso de perder la calidad de afiliado ya sea de todos o algunos de los asegurados de la póliza.

¿QUÉ NO CUBRE?

EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre gastos médicos en que haya incurrido un asegurado que sean relativos a alguna de las prestaciones, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo:

- i. El presente seguro no cubrirá ninguna prestación o gasto que no haya sido cubierto previamente por el sistema previsional del asegurado, con excepción de aquellos específicamente determinados en artículos anteriores.
- ii. Se excluyen expresamente los gastos en razón de medicamentos e insumos, tanto ambulatorios como hospitalarios.
- iii. Se establece además de forma expresa, que no se otorgará cobertura alguna a las Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes, es decir, aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.
- iv. Se excluyen las coberturas de parto normal, cesárea, aborto involuntario, complicaciones del embarazo y complicaciones en el parto, cuando la fecha probable de inicio del embarazo haya ocurrido con fecha anterior a la vigencia del seguro. 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.

No será considerada una exclusión el numeral ii. de estas exclusiones, otorgando cobertura de acuerdo al Cuadro de Cobertura señalado en este documento.

- v. El seguro tampoco cubrirá ninguna prestación o gasto que se origine por los siguientes motivos:
 - a. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
 - b. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente.
 - c. Tratamientos por adicción a las drogas, alcoholismo o tabaquismo.
 - d. Cirugía por obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea menor a cuarenta (40).
 - e. Tratamientos de fertilidad e infertilidad y esterilidad.
 - f. Hospitalizaciones domiciliarias y prestación de servicios de enfermería, fuera de un recinto hospitalario, así como hospitalizaciones para fines de reposo o a causa de enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

Para este Seguro Complementario de Salud, regirán las exclusiones establecidas en el artículo N° 3 de las Condiciones Generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2020 0059.

RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE COBERTURA

Es condición para la contratación de este seguro la suscripción de una Declaración Personal de Salud (DPS), la cual es parte integrante de la póliza. Las enfermedades preexistentes declaradas por el Asegurado Titular, tanto por él como por su grupo familiar asegurado, no serán cubiertas por este seguro, por aplicación de la correspondiente exclusión de cobertura por enfermedades o dolencias preexistentes, incluida en el Título III de las Condiciones Generales de la póliza POL 320200059. Así también no operará la cobertura de esta póliza si la causa del siniestro fuese producto de alguna enfermedad o situación de salud preexistente, no declarada por el asegurado en su Declaración Personal de Salud.

En virtud de la Declaración Personal de Salud efectuada por el asegurado y sus dependientes al momento de solicitar su incorporación a la póliza, la Compañía Aseguradora podrá establecer restricciones y limitaciones especiales de cobertura respecto de situaciones o enfermedades preexistentes, las que deberán ser aceptadas por el asegurado al momento de la contratación. Éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas y conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro. Las patologías oncológicas, para las que hayan transcurrido al menos cinco años desde la finalización del tratamiento radical con remisión completa de la enfermedad y ausencia de recaída, no serán consideradas como enfermedades o dolencias preexistentes. Se entiende por enfermedad oncológica a: Cáncer, Tumor Maligno, Linfoma, Leucemia, Mieloma o Neoplasia Intraepitelial.

¿CUÁNTO CUESTA?

PRIMA BRUTA MENSUAL

La prima mensual por asegurado es la siguiente:

Tramos de Edad Alcanzada (años)*	Prima Mensual por cada Asegurado		
	Prima Neta UF	IVA UF	Prima Bruta UF
0 – 1	1,0177	0,1934	1,2111
02 – 17	0,5637	0,1071	0,6708
18 – 29	0,5838	0,1109	0,6947
30 – 39	0,7652	0,1454	0,9106
40 – 49	0,9585	0,1821	1,1406
50 – 59	1,1337	0,2154	1,3491

60 – 64	1,3865	0,2634	1,6499
---------	--------	--------	--------

(*): Tarifas se reajustan por edad en cada renovación de la póliza.

PAGO DE PRIMAS

El pago de las primas podrá ser a través de Pago Automático de Cuenta Corriente (PAC) o Pago Automático con Tarjeta de Crédito (PAT), siendo la prima cargada a la cuenta o tarjeta individualizada en el mandato otorgado para estos efectos, o cualquiera otra que la sustituya o reemplace. La periodicidad del pago de las primas de este seguro será mensual, y se pagará a mes anticipado por cada mes de cobertura.

Para el pago de la prima del mes se concede un plazo de gracia de 30 días, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente. En caso de ocurrir un siniestro durante dicho plazo de gracia, se deducirá del monto a pagar de la prima vencida y no pagada.

La falta de pago de la prima producirá la terminación del contrato a la expiración del plazo de 15 días contado desde la fecha de envío de la comunicación que, con ese objeto, dirija el asegurador al Contratante y dará derecho a aquél para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato.

En ningún caso el pago y recepción de la prima por parte de la Compañía después de haber terminado la cobertura correspondiente a esta póliza dará derecho al pago del beneficio asociado a la cobertura. En tal caso la prima será devuelta al Asegurado Titular en moneda corriente y sin intereses al valor que tenga la moneda de esta póliza al día de la devolución efectiva, en un plazo máximo de 30 días.

PAGO DE REEMBOLSOS

El plazo máximo que debe transcurrir entre la fecha de la emisión del documento que acredite el gasto de cargo del asegurado y la fecha de presentación de la solicitud a la compañía, no podrá ser superior a 60 días corridos.

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

Para solicitar el reembolso de gastos de salud, el Asegurado deberá escribir a contactovida@security.cl, adjuntando al menos los siguientes antecedentes:

Gasto Ambulatorio:

- i. Bonos y/o reembolsos emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa.
- ii. Para gastos no cubiertos por el sistema de salud, el asegurado deberá presentar la nota de reembolso \$0 emitida por Isapre o Fonasa.

Gasto Hospitalario:

- i. Detalles de los gastos hospitalarios incurridos, indicando prestaciones y sus valores (pre-factura).
- ii. Bonos y/o reembolsos emitidos por la institución de salud, ya sea Isapre o Fonasa. Para gastos no cubiertos por el sistema de salud, el asegurado deberá presentar la nota de reembolso \$0 emitida por Isapre o Fonasa.
- iii. Informe Médico Tratante que debe incluir fecha de diagnóstico y fecha de primeros síntomas.
- iv. Copia de resultados de exámenes y diagnósticos.
- v. Registro de prestaciones médicas de su sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), los últimos 3 años.

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

Los documentos mencionados son de carácter imprescindible para la evaluación del siniestro presentado, por lo que, de faltar alguno, la evaluación queda pendiente a la espera de la información faltante. No obstante lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de solicitar otros antecedentes adicionales, si así lo estimara conveniente, y que sean fundamentales en la evaluación del siniestro.

VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza tendrá una vigencia de 12 meses (1 año), no obstante, lo anterior, se podrá poner término anticipado dando aviso al contratante con 30 días de anticipación a la fecha de término efectivo.

Se entenderá renovada automáticamente la póliza por un nuevo período de igual duración, si ninguna de las partes avisase a la otra de su decisión de no renovar con una anticipación de a lo menos 30 días, a la fecha de término de cada período mediante correo electrónico, registrado para estos efectos en las presentes Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, comunicación que se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que las partes hayan dado lectura al mismo.

La vigencia de la cobertura individual comenzará al momento de la contratación y siempre que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo propuesto. En caso de incorporación de asegurados dependientes posterior a la contratación de la póliza, estos comenzarán su vigencia a contar del mes siguiente, de acuerdo a la vigencia de su póliza, siempre y cuando cuente con la aprobación de la Compañía respecto de la solicitud correspondiente.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1.935 de la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), se informa que este seguro no cuenta con renovación garantizada, es decir, la póliza podrá terminar su vigencia en la fecha indicada en el primer párrafo de este artículo.

Término Anticipado del Seguro

1. El seguro se terminará cuando el Asegurado Titular cumpla los 65 años de edad.

2. Cuando el Asegurado Titular no pague la prima respectiva.
3. Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular podrá poner término anticipado a la póliza en cualquier momento y sin expresión de causa, solicitud que deberá enviar a contactovida@security.cl

Los Asegurados Dependientes dejarán de pertenecer al seguro cuando:

4. El cónyuge, conviviente civil, hijas(os) cumplan los 65 años.

PROCEDIMIENTO PARA GASTOS EN EL EXTRANJERO

Para la utilización de esta cobertura, una vez reembolsado los gastos en su sistema previsional de salud, el asegurado deberá escribir a contactovida@security.cl indicando que tuvo una atención médica en el extranjero, adjuntando los siguientes antecedentes:

- Informe del médico tratante.
- Copia de los exámenes realizados o cualquier otro antecedente necesario para la evaluación del caso.

EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS DEL GRUPO FAMILIAR

La exclusión y término de vigencia de asegurados dependientes en la póliza para aquellos casos que dejen de cumplir los requisitos de asegurabilidad y para los casos en que el contratante solicite la exclusión del asegurado será a contar del mes siguiente, de acuerdo a la vigencia de su póliza.

CONDICIONES GENERALES

Las Condiciones Generales de la póliza se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código POL 3 2020 0059 en el sitio Web www.cmf.cl.

RESUMEN DE CONDICIONES DEL SEGURO

En cumplimiento con lo dispuesto en la Circular N° 1.935 de la CMF, en el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro.

Este seguro:

- NO contempla renovación garantizada.
- SI podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
- SI podrá realizar cambio de condiciones de cobertura.
- NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
- NO cubre preexistencias.

MANDATO

Por medio del presente mandato, faculto a Vida Security Previsión S.A. para cargar en mi medio de pago definido para ello, la prima mensual de este seguro; acepto voluntaria e informadamente haciendo extensivo este mandato a sus renovaciones. Por lo tanto, acepto que la información indicada en los estados de situación o cartolas que la compañía emite constituye el respaldo del servicio ya prestado y el uso de los mandatos que le he conferido.

DERECHO DE RETRACTO

El asegurado podrá retractarse de la contratación del presente seguro sin necesidad de expresión de causa, dentro del plazo de 35 días corridos contados desde la fecha en que el asegurado firme la solicitud de incorporación al seguro. Para estos efectos, deberá expresar su voluntad de retractarse a través de comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora o a través del mismo medio en que contrató el seguro.

CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS

Seguros Vida Security Previsión S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página web www.ddachile.cl.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actué en representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (FONASA), Isapre, compañía de seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N°20.584 sobre confidencialidad del secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N°16.744, sobre accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y otras.

COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el (los) asegurado (s) con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo, el contratante, asegurado o beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Compañía podrá efectuar por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigido al domicilio de la compañía al último domicilio del contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente del ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo.

Las comunicaciones dirigidas a la Compañía de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Compañía de Seguros.

DOMICILIO

Para todos los efectos legales de la presente Póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

¿CÓMO SE REEMBOLSAN LOS GASTOS EN SALUD?

ANEXO PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

Objeto de liquidación: La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una Compañía de Seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

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

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

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

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

Plazo de liquidación: Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha de denuncia, a excepción de: a) Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a UF100: 90 días corridos desde la fecha de denuncia. b) Siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha de denuncia.

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

Informe final de liquidación: El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 26 y 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda No 1.055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

Impugnación informe de liquidación: Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

¿CÓMO OBTENER INFORMACIÓN DE MI SEGURO?

ANEXO DE INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 10, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl

CONDICIONES GENERALES

SEGURO COMPLEMENTARIO INDIVIDUAL

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código
POL3 20200059

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.

ARTÍCULO 2° - COBERTURAS

La compañía de seguros conviene en reembolsar al(los) asegurado(s), los gastos médicos en que éste haya incurrido, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional, y sólo en la medida que el asegurado se encuentre adscrito a ISAPRE o FONASA.

Se otorgará cobertura, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que la póliza se encuentre vigente a esa fecha, y los gastos excedan el deducible, estableciéndose todo lo anterior expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza. Los porcentajes y límites se aplicarán sobre el remanente de la cobertura efectiva del sistema de salud previsional del asegurado, excluyendo los gastos en medicamentos.

Se podrá establecer un período de carencia, el cual será determinado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se considera asegurado, beneficiarios y contratante para efecto de esta Póliza, las personas que se encuentren individualizadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Aun cuando no sean cubiertas por los sistemas de salud previsionales del asegurado (ISAPRE o FONASA), se podrá contratar cobertura para uno o más de las siguientes prestaciones, lo que deberán quedar expresamente señalados en el cuadro de coberturas de acuerdo a los topes anuales y por evento que se establezcan en las condiciones particulares:

1. Consultas de Psiquiatría.
2. Consultas de Psicología.
3. Cristales, marcos y lentes de contacto.
4. Prótesis y Órtesis.
5. Cirugía Ocular Lasik para miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares.

ARTÍCULO 3°- EXCLUSIONES

1. El presente seguro no cubrirá ninguna prestación o gasto que no haya sido cubierto previamente por el sistema previsional del asegurado, con excepción de aquellos específicamente determinados en el artículo anterior.
2. Se excluyen expresamente los gastos en razón de medicamentos e insumos, tanto ambulatorios como hospitalarios.
3. Se establece además de forma expresa, que no se otorgará cobertura alguna a las Enfermedades, Dolencias o Situaciones de Salud Preexistentes, es decir, cualquiera enfermedad, incapacidad, lesión o situación de salud que afecte al Asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro.
4. Se excluyen las coberturas de parto normal, cesárea, aborto involuntario, complicaciones del embarazo y complicaciones en el parto, cuando la fecha probable de inicio del embarazo haya ocurrido con fecha anterior a la vigencia del seguro. 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.
5. El seguro tampoco cubrirá ninguna prestación o gasto que se origine por los siguientes motivos:
 - a. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
 - b. Epidemias y Pandemias declaradas por la autoridad competente.
 - c. Tratamientos por adicción a las drogas, alcoholismo o tabaquismo.
 - d. Cirugía por obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea menor a cuarenta (40).
 - e. Tratamientos de fertilidad e infertilidad y esterilidad.
 - f. Hospitalizaciones domiciliarias y prestación de servicios de enfermería, fuera de un recinto hospitalario, así como hospitalizaciones para fines de reposo o a causa de enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.

ARTÍCULO 4°- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El asegurado para obtener la cobertura que esta póliza contempla deberá:

1. Estar afiliado a un sistema de salud previsional (ISAPRE o FONASA).
2. Haber recibido cobertura de parte del sistema de salud previsional al cual se encuentra afiliado, respecto de la prestación que busca cubrir con esta póliza.
3. Pagar la prima convenida.

El incumplimiento de estas obligaciones facultará a la Compañía Aseguradora para no reembolsar ningún gasto y podrá poner término a la cobertura de acuerdo al artículo N°10.

ARTÍCULO 5°- DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

La veracidad de las declaraciones, que formule el contratante o las personas aseguradas por esta póliza, sea en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, cuando estos correspondan, constituyen condición de validez de la póliza. (Ref. artículo 524 n°1, Código de Comercio).

Cualquier reticencia, omisión, declaración falsa, inexacta o errónea del asegurado o contratante, según corresponda, relativa a la edad o estado de salud, de las personas amparadas por esta póliza, que puedan influir en la apreciación del riesgo, faculta a la compañía de seguros para poner término anticipado a la póliza o a la cobertura de los asegurados y rechazar el reembolso de los gastos médicos reclamados.

La compañía de seguros podrá exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido coberturas fundamentadas en documentos falsos o adulterados u otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no restitución de dichos gastos producirá el término de la cobertura.

ARTÍCULO 6°- SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

Producido un siniestro, el asegurado, o la persona que este designe, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro del plazo máximo señalado en las Condiciones Particulares.

A falta de estipulación en las Condiciones Particulares, el plazo máximo de denuncia será de sesenta (60) días corridos contados desde la fecha de la emisión del documento que da cuenta del gasto.

Los documentos que se deban presentar para la liquidación del siniestro se individualizarán en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7°- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL NO PAGO DE PRIMA

La prima será pagada por el asegurado, conforme a los requisitos del medio de pago acordado, y a la forma y modalidades establecidas en las condiciones particulares de esta póliza.

ARTÍCULO 8° - PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia, que será el señalado en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza para el pago de las primas, cualquiera que haya sido el medio de pago convenido. Durante el plazo de gracia, la póliza permanecerá vigente.

ARTÍCULO 9° - TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA POR NO PAGO DE PRIMA

La Compañía podrá en el evento de mora o simple retardo en el pago de todo o parte de la prima, declarar resuelto el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante y/o Asegurado.

La resolución del contrato operará al vencimiento del plazo de quince días corridos, contados desde la fecha de envío de la comunicación, a menos que antes de producirse el vencimiento de ese plazo, sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo.

Si el vencimiento del plazo de quince días recién señalado recayera en sábado, domingo o festivo, se entenderá para el primer día hábil inmediatamente siguiente que no sea sábado. (Ref. Artículo N° 528, Código de Comercio) Mientras la terminación no se haya producido, la Compañía Aseguradora podrá desistirse de ella mediante una nueva comunicación que así lo informe a la persona que contrató el seguro.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada y de sus reajustes e intereses, o de haber desistido de la terminación, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho de poner nuevamente en práctica el mecanismo de la terminación pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

ARTÍCULO 10° - TÉRMINO ANTICIPADO DEL SEGURO

El asegurado podrá poner término al seguro en cualquier momento mediante comunicación escrita al asegurador, en cuyo caso tendrá derecho sólo a la proporción de la prima contratada que comprende al período efectivamente cubierto por el seguro.

La compañía, a su vez, podrá poner término al contrato, con expresión de causa, previo envío de comunicación al domicilio o correo electrónico del asegurado. Este aviso deberá enviarse al menos 30 días antes de la fecha de terminación. La Compañía se reserva el derecho a no renovar el contrato en la fecha de término. (Ref. Artículo 537, Código de Comercio).

ARTÍCULO 11°- COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de la Compañía o al último domicilio del contratante o asegurado, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Sin perjuicio de lo anterior, si el asegurado hubiere proporcionado un correo electrónico, todas las comunicaciones podrán realizarse a través de este.

ARTÍCULO 12°- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La responsabilidad que el asegurador asume por el presente contrato se entenderá vigente por el plazo establecido en las respectivas condiciones particulares, considerando que el pago de la prima se encuentra al día.

ARTÍCULO 13°- ARBITRAJE

Toda dificultad que se suscite entre las partes, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. (Ref. Artículo 543, Código de Comercio).

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