

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 09 212

ARTÍCULO N° 1: COBERTURA

La compañía de seguros bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar los gastos médicos razonables y acostumbrados, en que se haya incurrido efectivamente por un asegurado a consecuencia de una incapacidad cubierta.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por los asegurados, tanto dentro del territorio nacional como en el extranjero, de acuerdo a los términos, porcentajes y límites establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, para cada caso.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, y de acuerdo a los términos, porcentajes y límites expresados en ellas.

Las coberturas descritas en el Artículo N° 2, Descripción de las Coberturas, de estas Condiciones Generales, pueden ser contratadas en forma conjunta, o bien, el contratante puede optar por una o varias de ellas, las cuales se dejan expresamente establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurra durante el período en que se encuentren amparadas por esta póliza, y siempre que ésta póliza y las coberturas se encuentren vigentes a esa fecha y que haya transcurrido el período de carencia señalado en las Condiciones Particulares.

Si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado una franquicia, un deducible o un deducible por solicitud de reembolso, la compañía de seguros reembolsará los gastos que excedan de la franquicia y deducibles que se establezcan, cuyos montos, períodos y formas de acumulación para cada uno de ellos se señalan en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 2: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que podrá otorgar la compañía de seguros en virtud de esta póliza, son las que se indican a continuación.

- A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN
- B) BENEFICIO DE MATERNIDAD
- C) BENEFICIO AMBULATORIO
- D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
- E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL
- F) BENEFICIOS ADICIONALES

Para los efectos de tener derecho a los beneficios que emanan de estas coberturas, éstas deberán estar expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, en las que se indicarán además los términos, porcentajes y límites correspondientes a cada una de las coberturas.

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACION:

Bajo este beneficio la compañía aseguradora reembolsará los gastos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, en los términos, porcentajes y límites definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones que se originen de una hospitalización, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i. **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización;
- ii. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e Imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;
- iii. **HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado;
- iv. **CIRUGÍA DENTAL POR ACCIDENTE:** El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que esta cobertura este vigente. El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general y el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas;
- v. **SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA:** Es el servicio privado otorgado por una enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante;
- vi. **SERVICIO DE AMBULANCIA:** Es el servicio de traslado vía terrestre en una ambulancia para conducir al asegurado desde y hacia un hospital, dentro de un radio máximo de 50 kms;

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos provenientes de una hospitalización en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado que tenga la calidad de asegurado titular o su cónyuge, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.

En el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer términos, porcentajes y límites diferenciados para cada una de los siguientes ítems:

- i) Parto normal;
- ii) Cesárea;
- iii) Aborto involuntario;
- iv) Complicaciones del embarazo;
- v) Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización, todas las cuales se reembolsarán en los términos, porcentajes y límites definidos para cada ítem de este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza. La parte que exceda de dicho límite se entenderá no cubierta por esta póliza.

La fecha de la concepción debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica. Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

Sin perjuicio de los límites definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza, se reembolsarán bajo esta cobertura sólo los gastos incurridos por el asegurado titular o su cónyuge, y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto involuntario, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario, respectivamente. Los gastos en que incurra el asegurado titular o su cónyuge, y el recién nacido, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, podrán ser reembolsados bajo el ítem complicaciones del parto, sólo si quien incurre en el gasto tiene la calidad de asegurado.

No obstante lo indicado, en caso de que el parto de un asegurado titular o cónyuge no haya sido cubierto por este beneficio y el recién nacido no tenga la calidad de asegurado en la presente póliza, la compañía cubrirá los gastos médicos incurridos por el recién nacido hasta los catorce (14) días de vida, sólo cuando éstos sean consecuencia de un accidente sufrido después de su nacimiento.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en los términos, porcentajes y límites señalados para cada prestación en las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones para esta cobertura, las cuales deberán estar expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i) Consultas médicas;
- ii) Exámenes de laboratorio;
- iii) Exámenes de Imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear;
- iv) Procedimientos de diagnóstico;
- v) Procedimientos terapéuticos;
- vi) Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Bajo este beneficio la compañía aseguradora reembolsará los gastos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, en los términos, porcentajes y límites establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios definidas para este beneficio, que deberán quedar indicadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante.

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

- i.** Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;
- ii.** Medicamentos Ambulatorios No Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no incluidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;
- iii.** Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;
- iv.** Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia,

además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Bajo este beneficio, la compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en los términos, porcentajes y límites establecidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Las prestaciones o servicios que contempla este beneficio son los siguientes, las que sólo se contratan en forma conjunta:

- i. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de las prestaciones de Psicología y Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;
- ii. Medicamentos psiquiátricos ambulatorios prescritos por un médico psiquiatra, a menos que se haya contratado el beneficio de la letra D) precedente, Beneficio de Medicamentos Ambulatorios, caso en el cual se reembolsarán en los términos, porcentajes y límites establecidos para cada una de las categorías de medicamentos ambulatorios definidas para dicho beneficio en las Condiciones Particulares de la póliza;
- iii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del centro médico hospitalario que la otorgue.

F) BENEFICIOS ADICIONALES:

Bajo este beneficio la compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o bienestar del asegurado, en los términos, porcentajes y límites señalados para cada prestación y servicio en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

Se podrán contratar las siguientes prestaciones y servicios para esta cobertura, los cuales deberán estar expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

- i. Servicio de ambulancia aérea para conducir al asegurado desde y hacia un hospital en un radio superior a los 50 Kms.
- ii. Gastos por Óptica, lo que incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de Contacto, que sean recetados por el oftalmólogo con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual (V.D.T).

- iii. Cirugía Ocular Lásik, comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía, siempre y cuando el asegurado acredite la necesidad del procedimiento, mediante un informe del médico tratante, con exámenes que lo respalden. Para los eventos de Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo, se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo 5 dioptrías. No se encuentran cubiertos bajo este beneficio las cirugías que sean necesarias para corregir presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Además, para que un asegurado tenga cobertura de la prestación de Cirugía Ocular Lásik debe ser mayor de veinte (20) años de edad a la fecha de la prestación.
- iv. Prótesis y Órtesis, que comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Bajo este beneficio, se excluye la cobertura de prótesis maxilofacial, como también los implantes cocleares.

LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS:

Sin perjuicio de los términos, porcentajes y límites que puedan establecerse en las condiciones particulares, la presente póliza contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

1. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. En aquellos casos en que el asegurado este afiliado a un sistema de salud previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el porcentaje del gasto efectivamente incurrido que se señala en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrán establecer términos, porcentajes y límites diferenciando por el sistema de salud previsional al que el asegurado se encuentre afiliado y/o por el prestador médico que originó el gasto.

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

ARTÍCULO N° 3: DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por:

- 1) **CONTRATANTE:** El empleador o persona que suscribe este contrato con la Compañía de seguros y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por

disposiciones de este contrato o por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. El contratante asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo y debe informar a los asegurados u otros legítimos interesados sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

- 2) **ASEGURADOS:** Se consideran asegurados de esta póliza a las siguientes personas, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza y cumpliendo los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, hayan sido aceptados por la compañía de seguros y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.
- a. **Asegurado Titular:** Se consideran asegurado titular para efectos de este seguro las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tengan un vínculo contractual, legal o institucional con la entidad Contratante, y se encuentren señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - b. **Asegurados Dependientes:** Los familiares del asegurado titular que tengan los siguientes vínculos:
 - i. Cónyuge del asegurado titular;
 - ii. Los hijos mayores de catorce (14) días de edad que sean solteros y que además cumplan uno de los siguientes requisitos:
 - 1. Ser menor de dieciocho (18) años de edad;
 - 2. Ser mayor de dieciocho (18) y menor de veinticuatro (24) años de edad y estudiantes regulares en un establecimiento educacional reconocido oficialmente por el Ministerio de Educación y que dependan económicamente de sus padres.Los hijos menores de quince (15) días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por esta póliza;
 - iii. Otros dependientes distintos de los mencionados precedentemente que se establezcan en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las referencias en esta póliza al asegurado, sin especificar si se trata de un asegurado titular o dependiente, se entenderán que se refieren a los asegurados titulares y asegurados dependientes, indistintamente.

- 3) **INCAPACIDAD:** Toda enfermedad o dolencia y, además, toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.
- 4) **ENFERMEDAD:** El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el numeral precedente, de su tratamiento médico o quirúrgico,

así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

- 5) **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.
- 6) **EVENTO:** Se entiende como todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores relacionadas directamente al diagnóstico principal, con una duración máxima definida en las Condiciones Particulares de la póliza, contados desde la fecha de pago del primer reembolso cubierto por el evento en particular.
- 7) **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.
- 8) **SITUACIÓN O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza.
- 9) **MÉDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.
- 10) **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.
- 11) **HOSPITALIZACIÓN:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica y pernocta a lo menos una noche utilizando el servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
- 12) **GASTOS AMBULATORIOS:** Son los gastos médicos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
- 13) **GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

- 14) **CARENCIA:** Es un período de tiempo durante el cual se pagan primas pero el Asegurado no recibe la cobertura prevista en esta póliza. Se extiende desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o desde la incorporación del asegurado a la misma, según corresponda, hasta una fecha posterior determinada y especificada en las Condiciones Particulares. Se podrá establecer periodos diferenciados de carencia por cobertura o enfermedad que origine el gasto médico.
- 15) **DEDUCIBLE:** Es el monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto, forma y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiéndose establecer un deducible por asegurado o grupo familiar, así como también para cada una de las coberturas contratadas.
- 16) **PERIODO DE ACUMULACION:** 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.
- 17) **DEDUCIBLE POR SOLICITUD DE REEMBOLSO:** Corresponde al monto de cada solicitud de reembolso de gasto médico que será de cargo del asegurado y cuyo monto se deberá indicar en las Condiciones Particulares de la póliza. Este deducible por solicitud de reembolso sólo se aplicará una vez que el asegurado haya acumulado el monto total del deducible definido en el numeral 15) del presente artículo.
- 18) **FRANQUICIA:** Es el monto mínimo de los gastos médicos en que será necesario que incurra el asegurado a consecuencia de una prestación médica para que tenga derecho a la cobertura que otorga esta póliza. Para los efectos de determinar el monto mínimo de los gastos médicos se considerarán en forma individual cada uno de los documentos que den cuenta de los gastos médicos incurridos. Excedido dicho monto, la compañía considerará el monto total del gasto médico para el reembolso de acuerdo a la cobertura contratada, sin perjuicio de la aplicación del deducible o deducible por solicitud de reembolso que corresponda. El monto de la franquicia se establecerá en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 19) **MEDICAMENTO:** Para efectos de esta póliza se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata y destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.
- No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural o alternativo.
- 20) **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Es aquella cirugía que requiera el asegurado si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, sin necesidad de ser hospitalizado o, de requerir ser hospitalizado.
- 21) **SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO:** Corresponde a la petición reembolso de gastos médicos por parte del asegurado mediante la entrega del formulario proporcionado por la Compañía Aseguradora. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por el asegurado.

22) **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.

ARTÍCULO N° 4: MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

La compañía de seguros sólo reembolsará hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades.

ARTÍCULO N° 5: DUPLICACION DE BENEFICIOS

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

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía de seguros 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 (Isapre o Fonasa).

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.

En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas por las instituciones antes mencionadas, es previo y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga esta póliza.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

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

- a) La hospitalización para fines de reposo, como asimismo la hospitalización, rehabilitación consultas, exámenes y/o tratamientos por enfermedades psiquiátricas y/o psicológicas.
- b) Gastos médicos provenientes de una hospitalización en que incurra un asegurado, que tenga la calidad de asegurado titular o su cónyuge, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento.
- c) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

- d) Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadoras, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.
- e) Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto - inferidas y abortos provocados.
- f) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sus consecuencias y complicaciones.
- g) Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:
 - i. La cirugía por obesidad independientemente del grado de 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 Lásik 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.
- h) Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aún cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:
 - i. Insumos ambulatorios no asociados a una cirugía.
 - ii. Cualquier tipo de alimento o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
 - iii. Homeopatías y/o Recetario Magistral.
 - iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo, filtros solares, medias antiembólicas o para el tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.
- i) Lesión o enfermedad causada por:
 - i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.

- v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos.
 - vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
-
- j) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, cirugía y/o tratamiento 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.
 - k) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos, tales como: sillas de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, etc.
 - l) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura contratada de la póliza.
 - m) Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
 - n) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comidas y similares.
 - o) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
 - p) Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
 - q) Tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo, aún 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.
 - r) Tratamientos homeopáticos, iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
 - 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.
 - t) Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

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

Las exclusiones precedentes, relativas a determinadas prestaciones y servicios médicos, no tendrán aplicación, cuando los términos, porcentajes y límites de dichas prestaciones y servicios médicos se encuentren expresamente establecidos en el cuadro de beneficios de las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO Nº 7: EXCLUSIÓN DE PREEXISTENCIAS

Sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el Artículo precedente, esta póliza no cubrirá los gastos médicos cuando ellos provengan o se originen en situaciones o enfermedades preexistentes.

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 aseguradora estará obligada a preguntar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares de la póliza o certificado de cobertura, según corresponda, se deberán establecer 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.

Con todo, la declaración especial del asegurable no será necesaria en el caso de seguros contratados colectivamente a favor de trabajadores o de afiliados a Servicios de Bienestar, por su empleador o el citado servicio, respectivamente, y siempre y cuando el pago de la prima sea íntegramente cubierto por estos.

Esta condición, es sin perjuicio del deber de información previsto en el Artículo Nº 10, Declaración del Contratante y Asegurados, de esta póliza.

ARTÍCULO Nº 8: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La compañía de seguros podrá evaluar y otorgar cobertura a los riesgos excluidos en el Artículo Nº 6, Exclusiones, del presente contrato, con un pago de prima adicional, si fuere el caso, y dejando expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el certificado de cobertura, los riesgos cubiertos bajo esta estipulación.

ARTÍCULO Nº 9: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La póliza tendrá una vigencia de un (1) año, u otro plazo señalado en las Condiciones Particulares, y podrá ser renovada por un nuevo periodo a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas pactadas con el contratante de la póliza.

Para estos efectos, la compañía de seguros deberá enviar las nuevas condiciones de coberturas y primas para la renovación de la póliza, con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha vencimiento de la póliza. En caso de no recibir respuesta por parte del contratante antes del término de la vigencia de la póliza, esta se entenderá renovada bajo las nuevas condiciones de coberturas y primas propuestas por la compañía aseguradora.

No obstante lo anterior, cualquiera de las partes podrá poner término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con, a lo menos, treinta (30) días de anticipación a la fecha en que se desee poner término anticipado.

ARTÍCULO N° 10: DECLARACION DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía de seguros, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía de seguros asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones de la póliza.

Asimismo, con anterioridad a la emisión de la póliza o de su incorporación a la misma, los asegurados titulares deberán declarar por escrito el estado de salud respecto de su persona y de sus asegurados dependientes.

La veracidad de tales declaraciones, como asimismo las que formulen 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.

La compañía de seguros se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigencia de la póliza, incluso haciendo examinar médicamente a las personas amparadas por el presente seguro.

Cualquier reticencia, omisión, declaración falsa o inexacta del asegurado titular o contratante, según corresponda, relativa a la edad, estado de salud, ocupación, deportes o actividades riesgosas de las personas amparadas por esta póliza, que puedan influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, conocida por la compañía de seguros pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación en sus condiciones, 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 beneficios fundamentados 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 individual.

ARTÍCULO N° 11: BENEFICIARIOS

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

En el evento que corresponda efectuar un reembolso al asegurado titular y este haya fallecido, el pago de dicho reembolso será efectuado al asegurado cónyuge, o a falta de este, a sus herederos legales. En cualquiera de los casos, la compañía aseguradora se libera de cualquier responsabilidad o reclamo posterior por dicho pago.

ARTÍCULO N°12: PRIMAS

- a) **Pago de la Prima:** La prima será pagada en forma anticipada en la oficina de la compañía de seguros o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente. La compañía de seguros no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de las primas.
- 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 diferente, 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 de seguros, esta podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.
- c) **Financiamiento de la Prima:** Según quien soporte el pago de las primas, se definen dos modalidades. Ellas son: 1) Modalidad Contributoria, cuando la prima es financiada en conjunto por el contratante y el asegurado titular; y 2) Modalidad No Contributoria, cuando la prima es financiada sólo por el contratante de la póliza o sólo por el asegurado titular. La modalidad elegida deberá constar en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 13: AVISO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto de cargo del asegurado cuyo reembolso se solicita, salvo que se indique otro plazo en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la compañía de seguros del reembolso de los gastos médicos que le habría correspondido.

ARTÍCULO N° 14: REQUISITOS PARA LA LIQUIDACION DE BENEFICIOS

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de la compañía de seguros:

- a) La entrega oportuna a la compañía de seguros del formulario proporcionado o puesto a disposición por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía de seguros de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de ordenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, 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 beneficiario 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.

Con todo, la compañía de seguros queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, la compañía de seguros no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTÍCULO N° 15: TÉRMINO ANTICIPADO DE LA PÓLIZA

Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado para el pago de las primas, conforme a lo establecido en el Artículo N° 12, Primas, letra b), la prima continuare impaga, la póliza terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía de seguros de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Asimismo, cualquier reticencia, omisión, declaración falsa o inexacta del asegurado titular o contratante, según corresponda, relativa a la edad, estado de salud, ocupación, deportes o actividades riesgosas de las personas amparadas por esta póliza, que puedan influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, conocida por la compañía de seguros pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación en sus condiciones,

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.

ARTÍCULO N° 16: TERMINACION ANTICIPADA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Encontrándose la póliza colectiva vigente, la cobertura individual terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular en las siguientes circunstancias:

- a) En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, cuando el asegurado titular pierda la calidad de trabajador o afiliado de la empresa contratante o servicio de bienestar, según corresponda;
- b) A partir de la fecha en que el asegurado titular cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- c) A partir de la fecha en que el cónyuge cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- d) A partir de la fecha en que el hijo cumpla los dieciocho (18) años de edad, o los veinticuatro (24) años de edad, según corresponda, u otra edad que se indique expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza;
- e) A partir de la fecha en que se cumpla la edad que se indica expresamente para cada uno de los otros dependientes señalados en las Condiciones Particulares de la póliza;
- f) Fallecimiento del asegurado titular, oportunidad en la que también terminarán las coberturas individuales de los asegurados dependientes de él;
- g) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía de seguros;
- h) Cuando no se efectúe el pago de la prima correspondiente a dicho asegurado y haya transcurrido el plazo de gracia;
- i) Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información en cualquiera de las declaraciones efectuadas a la compañía de seguros sobre si o sus dependientes o cuando presentare reclamaciones fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros y, a contar de la fecha de término, ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos acaecidos al asegurado respecto del cual ha terminado anticipadamente su cobertura individual. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía de seguros respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado titular cuya cobertura individual ha terminado.

ARTÍCULO N° 17: TERMINACION DE LA PÓLIZA

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

Asimismo, se conviene que en caso que se termine la vigencia individual de un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha del término de la cobertura individual o del término de la póliza.

ARTÍCULO N° 18: INCORPORACIÓN DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza nuevos asegurados durante la vigencia de la misma, con notificación expresa del contratante y previa aceptación de parte de la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación, o la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, el contratante deberá notificar e informar a la compañía de seguros dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde la fecha de la contratación o afiliación del trabajador, salvo que se estipulare otro periodo en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado titular pudiese llegar a tener nuevos dependientes, el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía de seguros. Para los efectos incorporarse como asegurados, los dependientes deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza y ser aceptados por la compañía de seguros, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se iniciará el día primero del mes siguiente de la fecha de aceptación.

En caso que la póliza fuere contratada para asegurar a los trabajadores de una empresa o a los afiliados de un servicio de bienestar, los trabajadores que hayan reunido los requisitos de asegurabilidad y no se hayan incorporado al inicio de la vigencia de la póliza, no lo podrán hacer, hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo cumplir los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares de la misma. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTÍCULO N° 19: MONEDA O UNIDAD DE LA PÓLIZA

Los montos asegurados, los valores y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados, los valores y como las primas se reajustarán en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

Si la Unidad de Fomento o la unidad reajutable estipulada dejare de existir, se aplicará en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptare la nueva unidad y lo comunicare así a la compañía de seguros, dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación que ésta le hiciere sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.

ARTÍCULO N° 20: COMUNICACION

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía de seguros y el contratante, o los asegurados con motivo de esta póliza, deberá verificarse por escrito.

Las 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. Las de la compañía de seguros serán dirigidas al último domicilio que tenga registrado el contratante, sea que se dirijan a éste, o a cualquiera de los asegurados de la póliza.

ARTÍCULO N° 21: ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la compañía de seguros 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 pusieran 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.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o el 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 de seguros cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N°251, de 1931.

ARTÍCULO N° 22: DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO N° 23: CLÁUSULAS ADICIONALES

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