

## **POLIZA DE BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

**Inscrita en el Registro de Póliza bajo el código POL 3 97 014**

### **I) COBERTURA**

#### **ARTICULO 1º:**

Mediante el pago de la prima y en las condiciones y términos que más adelante se establecen, la compañía conviene en otorgar al asegurado el beneficio diario por hospitalización a causa de enfermedad o accidente, si como consecuencia de alguno de éstos hechos debe ser ingresado en un hospital por más de 24 horas. En todo caso se cubrirá la hospitalización que sea como consecuencia de un accidente.

La indemnización que se obliga a pagar la compañía por cada día de hospitalización, así como el número máximo de días indemnizables y el período de carencia convenido, se regirá de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares. Sólo habrá período de carencia hasta la primera renovación del contrato. En consecuencia, no se exigirá período de carencia para los períodos de cobertura correspondientes a las renovaciones posteriores a la primera.

Podrán ser asegurados por esta póliza las personas menores de 65 años que contraten este seguro como también su cónyuge e hijos entre los seis (6) meses de edad y los 18 años, y aquellos hasta los 23 años de edad que sean solteros y se encuentren estudiando y que vivan permanentemente con el asegurado, sujetos a los términos que para éstos establezca la compañía lo cual deberá quedar expresamente establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, y que figuren con calidad de tal en la misma.

#### **ARTICULO 2º: DEFINICIONES**

Para los efectos de esta póliza, las palabras que a continuación se expresan, tendrán el significado que para cada una de ellas se indica:

- a) Hospital:** Cada vez que en este contrato se utilice el término, significará una institución legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o accidentadas y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal; que presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería en forma permanente; que cuenta con una infraestructura para el diagnóstico y la cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otro establecimiento y cuya finalidad principal no sea la de una casa de reposo o convalecencia o algún establecimiento similar, como tampoco, se trate de un establecimiento para el tratamiento de alcohólicos o drogadictos.
- b) Hospitalización:** Internación del asegurado en un hospital por un período mínimo de 24 horas, con motivo de una enfermedad o accidente, bajo el cuidado y atención de un médico tratante.
- c) Lesión:** Es un daño corporal accidental sufrido durante la vigencia de la póliza como consecuencia de un accidente.

- d) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
- e) **Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo, y que conlleve un tratamiento médico o quirúrgico.
- f) **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge de la persona asegurada; c) hijo, padre o hermano del asegurado o de su cónyuge.
- g) **Exámenes Médicos de Rutina:** Aquellos efectuados como chequeos o exámenes preventivos de salud.
- h) **Enfermedad Mental:** Todas aquellas patologías psiquiátricas, ya sea de tipo neurosis, sicosis o deterioro sico-orgánico.
- i) **Curas de Reposo:** Descanso prescrito al asegurado, por un médico, como consecuencia de patologías psiquiátricas o psicológicas.
- j) **Condiciones Médicas Preexistentes:** Enfermedades o lesiones por las que el asegurado haya recibido tratamiento médico o, en su caso, haya sido diagnosticada por un médico en forma anterior a la fecha de vigencia de esta póliza.
- k) **Período de Carencia:** Es el número de días no cubiertos por esta póliza el cual deberá quedar claramente expresado en las Condiciones Particulares de ésta. Queda expresamente establecido que si el asegurado se encontrare hospitalizado, incapacitado o recibiendo el pago de un beneficio por concepto de accidente o enfermedad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, la cobertura se iniciará 31 días después que dicha hospitalización, incapacidad, accidente o enfermedad, haya terminado.
- l) **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** Deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluye el VIH (virus inmunodeficiencia humano), encefalopatía (demencia), y síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia, y todas las enfermedades causadas y relacionadas al virus VIH positivo.
- m) **Beneficio Diario por Hospitalización:** Es el monto diario de indemnización que la compañía pagará por cada día que el asegurado se encuentre hospitalizado por un período superior a 24 horas consecutivas.
- n) **Evento:** Es cada enfermedad o accidente amparado por la presente póliza y que requiera hospitalización. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente o enfermedad. Si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a 6 meses, éste se considerará como un nuevo evento.

- o) Período Asegurado:** Será aquel que comienza con la fecha efectiva de la póliza y expira al término de la vigencia de la póliza.
- p) Solicitud:** Es aquella solicitud de cobertura firmada por el asegurado y aceptada por la compañía la cual forma parte integrante de esta póliza.
- q) Diagnóstico Clínico:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio.

### **ARTICULO 3º: EXCLUSIONES**

La compañía no será responsable de pago alguno por hospitalización, que sea consecuencia de:

- a)** Guerra, invasión, actos cometidos por un enemigo extranjero, hostilidades (ya sea que la guerra haya sido declarada o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, o poder militar, o usurpado, o las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- b)** Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de vigencia de la póliza.
- c)** Hospitalización del asegurado si éste es un residente fuera de Chile al momento de su ingreso a un hospital.
- d)** Curas de Reposo
- e)** Embarazo, parto, aborto provocado o cualquier enfermedad relacionada a los órganos de reproducción femeninos.
- f)** Hospitalización realizada dentro del período de carencia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, en el evento que este hubiere sido pactado. En todo caso se cubrirá la hospitalización que sea como consecuencia de un accidente.
- g)** Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- h)** Condiciones médicas preexistentes de acuerdo a definición establecida en el Artículo 2º, letra j).
- i)** Exámenes médicos de rutina
- j)** Intento de suicidio o lesiones intencionalmente infligidas a si mismo por el asegurado, esté o no en su sano juicio, o cualquier acto relacionado con tales sucesos.
- k)** Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- l)** Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

## **II) REGLAS GENERALES**

### **ARTICULO 4º: CONDICIONES DE RENOVACION**

Esta póliza sólo podrá ser renovada previa aprobación de la compañía en tal sentido, y sujeta a los términos, condiciones y tarifas vigentes por ésta, al momento de dicha renovación.

### **ARTICULO 5º: OMISIONES O ERRORES**

En el caso que la edad del asegurado haya sido omitida o esté informada erróneamente a la compañía, todo pago que el asegurador haga bajo los términos de esta póliza deberá estar de acuerdo al valor de la prima correspondiente a la edad correcta. En el evento anterior, si ocurrido un accidente o enfermedad se constata que de acuerdo a la edad correcta del asegurado éste no se encuentra cubierto, o bien, la cobertura caducó en una fecha anterior al momento en que dicha situación es constatada, la compañía sólo estará obligada a restituir al asegurado, a su petición escrita, todas las primas pagadas por el período no cubierto por la póliza.

### **ARTICULO 6º: RECLAMACIONES**

Las indemnizaciones provenientes de esta póliza son independientes y en adición de cualquier beneficio que el asegurado tenga derecho a exigir de alguna institución de salud, pública o privada, sistema de bienestar u otro cualquiera sea su origen o naturaleza.

La compañía podrá a su propio costo, hacer examinar al asegurado cuya lesión o enfermedad es la base del reclamo las veces que lo estime razonablemente necesario, como asimismo, podrá solicitar su autopsia en caso de muerte.

Si la reclamación o los documentos con los cuales se acreditare el hecho de la hospitalización fueren fraudulentos, o bien, si en apoyo de algún reclamo, se actuare con dolo, el asegurado perderá todo derecho a esta cobertura.

### **ARTICULO 7º: AVISOS**

Salvo fuerza mayor, toda hospitalización debida a un accidente o enfermedad indemnizable bajo esta póliza deberá ser comunicada al asegurador por escrito, dentro del plazo máximo de 10 días hábiles contados desde su ocurrencia o desde la fecha en que se haya iniciado la enfermedad. Se considerará válida aquella notificación escrita efectuada por un tercero a la compañía, que contenga la información necesaria para identificar al asegurado.

Una vez concluída la hospitalización y salvo fuerza mayor, el asegurado deberá formalizar la reclamación en la compañía, utilizando el formulario que para este fin ha confeccionado la compañía, debiendo acompañar los documentos que acrediten la pérdida dentro del plazo de 30 días.

### **ARTICULO 8º: PAGO DE BENEFICIOS**

Los beneficios indemnizables bajo esta póliza, serán efectuados al asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza una vez que presente a la compañía los siguientes documentos:

- a) Autorización de hospitalización firmada por el médico tratante
- b) Certificado del hospital que acredite la hospitalización del asegurado en dicho recinto.
- c) Diagnóstico Médico

En caso de fallecimiento del asegurado por algún riesgo cubierto bajo esta póliza, tendrá derecho a cobrar los beneficios la persona designada en las condiciones particulares. En su defecto este derecho lo tendrán sus herederos legales.

#### **ARTICULO 9º: PERIODO DE GRACIA**

Se otorgará un período de gracia de 30 días para el pago de la totalidad de la prima o de la primera cuota del total pactado, tiempo durante el cual la póliza se mantendrá vigente. Sin embargo si ocurre un reclamo dentro del período de gracia, cualquier prima adeudada será rebajada de la indemnización en cuestión.

#### **ARTICULO 10º: TERMINO ANTICIPADO**

La compañía podrá poner término anticipado a la póliza en cualquier momento, mediante carta certificada enviada al domicilio del asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza o al último registrado por la compañía, todo con a lo menos 15 días de anticipación a la fecha en que se haga efectiva la terminación del contrato. En este caso, la compañía restituirá al asegurado la parte de la prima no ganada en forma proporcional a la prima pagada por el asegurado. Dicha cancelación podrá efectuarse sin perjuicio de cualquier reclamo presentado con anterioridad a la misma.

En caso que la póliza sea cancelada por el asegurado, la devolución de prima por el tiempo que falte por transcurrir será calculada en base a la porción de la prima no ganada de acuerdo a la tabla de plazo corto que se encuentre en uso por la compañía al momento de contratación o renovación de la póliza, contenida en las condiciones particulares.

#### **ARTICULO 11º: REHABILITACION**

Si la causa que pone término a esta póliza es la falta de pago de prima, el asegurado podrá rehabilitarla pagando la prima adeudada a la compañía. En este caso, sólo se cubrirán aquellas pérdidas que resulten de una enfermedad o accidente ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación.

#### **ARTICULO 12º: TERMINACION**

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra una cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) pérdida de la condición de asegurado, de conformidad con los términos previstos en este contrato;
- b) no pago de la prima de esta póliza al término del período de gracia

#### **ARTICULO 13º: PROPIEDAD DE ESTA POLIZA**

Todos los derechos, privilegios y opciones conferidos bajo esta póliza estarán reservados al asegurado de la póliza.

**ARTICULO 14º: FECHA EFECTIVA**

La fecha efectiva de vigencia de esta póliza es la indicada en las condiciones particulares del contrato. Todos los vencimientos o aniversarios de la póliza se calcularán a contar desde la fecha de inicio de su vigencia o fecha efectiva.

**ARTICULO 15º: NUEVAS INCORPORACIONES**

En cualquier momento durante la vigencia de esta póliza podrán incorporarse nuevos asegurados. En tal caso, la compañía deberá haber recibido y aceptado en forma previa una solicitud por escrito en tal sentido, sin perjuicio del pago de la prima adicional correspondiente. Los nuevos asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que dicha solicitud haya sido aprobada por la compañía y en los términos que se expresen en ella.

**ARTICULO 16º: ARBITRAJE**

Cualquier dificultad que suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la compañía, 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 sólo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía, cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 unidades de fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del Artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.